

PARTEA I

PSIHIATRIE GENERALĂ

INTRODUCERE. ISTORIC. ORIENTĂRI ACTUALE

1. INTRODUCERE ÎN PSIHIATRIE

Psihiatria cunoaște în ultimele decenii o schimbare profundă și continuă atât datorită progreselor terapeutice, cât și frecvenței crescîndî a bolilor mintale. Aceste fapte conferă psihiatriei un loc important în rîndul științelor medicale, în practica și teoria medicinei contemporane.

În traducere etimologică cuvîntul psihiatrie înseamnă tratamentul (vindecarea) sufletului (psyche = suflet; iatreia = vindecare). Acest termen totuși nu exprimă fidel conținutul psihiatriei ca ramură a științelor medicale, în epoca modernă, deoarece este greu să mai presupună cineva azi că pot exista boli psihice „sine materia”, făcîndu-se astfel ecoul unor ipoteze vechi idealiste sau dualiste. Chiar dacă în multe cazuri (nevroze, psihoză) prin mijloacele actuale de investigație nu se pot pune în evidență leziuni organice sau tulburări somatice specifice, putem considera că boala psihică, ca și toate celelalte boli, se manifestă ca o afecțiune a întregului organism. Unitatea biopsihică este demonstrată convingător de existența unor modificări ale funcțiilor nervoase și de tulburări somatice care acompaniază boala psihică, care deși nespecifice, confirmă unitatea dialectică dintre psihic și somă, dintre structurile nervoase, funcțiile lor și tulburarea psihică. Admitem în același timp că determinismul funcțiilor psihice depășește explicația biologică, în structurarea lor intervenind pe o suprafață largă și în mod hotărîtor *determinismul social*. Omul, persoana umană, apare deci ca o unitate existențială, biologică, psihică și socială. Susținînd această unitate de fapt exprimăm adevărul obiectiv conform căruia nu poate exista boală psihică ruptă de baza materială biologică (creierul uman) și fără răsunet somatic, tot aşa cum nu poate exista afecțiune somatică care lasă indiferent psihicul uman cu determinismul său istorico-social.

Așadar psihiatria modernă privește boala psihică și „sufletul” în general într-o unitate indisolubilă cu organismul și ca atare termenul cu care

a fost denumită această specialitate corespunde conținutului ei actual, chiar dacă la timpul său el ar fi exprimat unilateral doar funcția de „vindecare a sufletului“.

Psihiatria deci reprezintă specialitatea medicală care studiază tulburările mintale, etiologia și patogeneza lor, organizează asistența și stabilește măsurile profilactice, terapeutice și de recuperare a bolnavilor cu afecțiuni psihice.

Ca ramură a științelor medicale, psihiatria în conținutul său se ocupă de totalitatea manifestărilor patologice ale relațiilor bolnavului psihic cu sine însuși și cu societatea, înglobind în general formele anormale de dezvoltare ale personalității, fie de dezorganizare episodică, periodică sau continuă a persoanei umane, fie de regresiune a personalității. Domeniul psihiatrici se extinde de la descifrarea manifestărilor patologice ale psihicului, la profilaxia îmbolnăvirilor prin măsuri de psihoiugienă și psihoprofilaxie, la tratamentul și recuperarea socioprofesională a bolnavilor psihici.

Descifrarea manifestărilor patologice reprezintă de fapt evidențierea elementelor semiologice ca prima etapă a examenului psihic. Ea este urmată de gruparea acestor elemente în complexe sindromologice pe baza specificității și dinamicii cărora se ajunge la stabilirea entității nozologice. Deși în orientarea modernă terapeutică se merge pe aşa-zisele „simptome ţintă“ (Freyhan), eficiența actului medical rămâne și în psihiatrie, cel puțin parțial, în funcție de cunoașterea bolii, a etiologiei și mecanismelor sale patogenice. Se știe însă că multe dintre bolile psihice nu au o etiologie cunoscută, iar patogeneza unora dintre ele rămâne încă la nivelul unor ipoteze adesea contradictorii. De altfel, însăși elaborarea măsurilor de psihoiugienă și psihoprofilaxie este în bună măsură legată de cunoașterea cauzelor pentru a putea combate factorii de risc pe care îi înglobează complexul etiologic al fiecărei boli psihice.

Cu toate aceste aspecte deficitare ale psihiatriciei moderne, ea s-a impus totuși prin eficiența activității practice de asistență și terapie care a schimbat aproape complet aspectul spitalelor vechi azilare, asistența psihiatrică în aceste condiții a depășit mult limitele spitalului de psihiatrie, fiind puternic reprezentată în instituțiile ambulatorii speciale (spitale de zi, servicii de sănătate mintală, dispensare de psihiatrie), sau ca unități funcționale diferențiate în cadrul polyclinicilor generale (cabinete de psihiatrie adulți și copii).

Practica psihiatrică nu trebuie ruptă însă de elaborarea unor concepții teoretice noi care au făcut posibile îmbogățirea metodelor actuale chimio-, psihico- și socioterapeutice. De fapt practica psihiatriciei trebuie să se bazeze pe o teorie psihiatrică, pe o concepție științifică, care să poată explica ansamblul tulburărilor psihice, determinismul și dinamica lor și care să ofere cercetării științifice ipoteze de lucru verificabile, cantificabile sau testabile.

Latura teoretică a psihiatriciei constituie obiectul *psihopatologiei* și rezultă din generalizarea practicii psihiatrice pe care la rîndul său o fundamentează. Deci înțelegerea raportului dintre latura practică (diagnosticul, tratamentul, recuperarea) a psihiatriciei și cea teoretică (studiază le-

găurile de cauzalitate, dinamica și patogeneza bolilor psihice) derivă din cunoașterea raportului dintre teorie și practică în general. Dezvoltarea actuală a practicii psihiatricice impune dezvoltarea și mai intensă a cercetării științifice fundamentale și multidisciplinară capabile să elucideze cauzele și patogenia bolilor psihice și să fundamenteze științific în continuare atât psihopatologia, ca latură teoretică a psihatriei, cît și practica psihiatrică în general, inclusiv măsurile de psihogienă și psihoprofilaxie.

Ca ramură a medicinii, psihatria având ca obiect omul bolnav psihic și ca atare studierea și înțelegerea lui, face ca psihatria în general și latura sa teoretică psihopatologia, să se interfereze cu metodele practicii și cu teoriile altor științe despre om cum sunt: psihologia, filozofia și multiple alte specialități medicale (neurologia, medicina internă și endocrinologia, bolile infecțioase, și cu medicina în general).

Psihologia, care studiază psihicul normal ca funcție a creierului, oferă psihatriei o serie de metode de testare (testele de aptitudini psihologice și tehniciile proiective), contribuie la explicația teoretică a funcțiilor psihice normale, fundamentează lanțul relațiilor medic-pacient-act medical-familie-societate.

Psihatria ca și psihologia are multiple interferențe cu filozofia și mai precis cu antropologia filozofică, care are ca obiect studiul omului, istoria naturală și socială a existenței acestuia. Toate disciplinele care fundamentează teoretic și practic științele medicale (fiziologia, psihofiziologia și fiziopatologia respectiv neurofiziologia și neurofiziopatologia, biochimia, histochimia, biologia și genetica etc.) sunt implicate și în fundamentarea psihatriei ca știință medicală.

Psihatria deține însă o situație specială în cadrul științelor medicale. Deși are comun cu ele studiul organismului uman bolnav, care îi impune asimilarea tuturor disciplinelor biologice spre deosebire de ele, psihatria se ocupă de tulburarea funcțiilor psihice al căror determinism depășește explicația biologică pe care o poate furniza studiul creierului prin metodele științelor naturii. Înțelegerea acestui determinism este legată de asimilarea disciplinelor care demonstrează ce este omul din punct de vedere social, care este rolul societății în formarea conștiinței, caracterului și personalității umane pentru a putea descifra dimensiunea factorilor sociali în determinarea stărilor psihopatologice, în evoluția lor și apoi în resocializarea suferindului psihic.

Iată de ce psihatria având ca obiect bolile care afectează în mod preponderent omul în umanitatea lui și ca atare relațiile interumane este considerată ca una dintre ramurile aplicate ale antropologiei. Odată cu dezvoltarea psihogienei a fost delimitată „Ecologia psihiatrică”, ca știință a interacțiunilor dintre omul bolnav psihic și mediul său ambient, iar studiul raporturilor dintre cultura colectivităților umane și problemele de sănătate mintală au dus la fundamentarea așa-zisei „Psihatrii transculturale”.

În literatura psihiatrică a ultimelor decenii apare tot mai net preocuparea de a delimita „Psihatria socială”, care, aflindu-se în unitate dialectică cu psihatria terapeutică instituțională și ambulatorie se ocupă

în mod dominant de problemele sociale ale bolnavului psihic, înglobând în mare măsură domeniul „Ecologiei psihiatrice“ și ale „Psihiatriei transculturale“.

În ceea ce ne privește socotim că psihiatria în întregul ei este socială ca și medicina în general și că majoritatea domeniilor față de care există tendință de a fi delimitate ca științe noi, nu sunt altceva decât ramuri ale imensului arbore al psihiatriei ca știință pluridimensională. Considerind psihopatologia ca o ramură derivată a antropologiei aplicate în medicină în general, subliniem fundamentarea ei teoretică dublă, biologică și socială.

Fundamentarea biologică este comună psihiatriei și celorlalte științe medicale deoarece concepția și metoda sunt relativ omogene (fiind vorba de științe ale naturii) limbajul este relativ unitar, iar interpretarea rezultatelor se pretează la exprimarea statistică-matematică.

Fundamentarea psihosocială a psihopatologiei face ca metoda și concepția ei să fie heterogene și ca atare influențate mult mai puternic de concepția despre lume și de apartenența ideologică. De aceea ca și în psihologie, în psihiatrie *s-au răsfînt marile confruntări dintre concepțiile și curentele filozofice*. Se înțelege de asemenea de ce în psihiatrie poate ceva mai mult decât în celelalte domenii ale medicinii trebuie subliniată concepția noastră despre lume și viață, materialismul dialectic și istoric, baza filozofică a comunismului științific. Materialismul dialectic are ca obiect studiul lumii în ansamblul ei — natura, societatea, omul. Studiul multilateral al omului constituie obiectul antropologiei marxiste, care este materialistă pentru că abordează latura biologică materială a omului și stabilește interrelația între biologic și spiritual, între omul, ființa biologică și structura lui psihologică și socială.

Antropologia marxistă este *dialectică* pentru că în viziunea sa multidimensională asupra omului nu pune toți factorii explicativi pe același plan, ci fără să negligeze vreunul și studiază în interrelația lor obiectivă socotind că factorul principal al explicației și înțelegерii omului este cel social, care în ultimă instanță determină dezvoltarea armonioasă a acestuia.

Alienarea însăși (în sensul acceptat în psihiatrie) constituie o perturbare a raporturilor dintre subiect și societate, o modificare patologică calitativă și cantitativă a valențelor specifice umane. Poziția noastră în psihiatrie, ca ramură aplicată a antropologiei materialist-dialectice, constă în a considera omul ca pe o unitate psihobiologică realizată și situată într-un anumit context social-istoric și cultural, diferențiindu-se prin particularitățile sale de temperament, caracter, intelect și personalitate.

Psihiatria și psihopatologia având interferențe cu toate științele care studiază diferențele aspecte ale omului ca unitate existentială biologică, psihică și socială, nu se confundă cu nici una dintre ele, constituind o disciplină independentă care are următoarele caracteristici :

a) este științifică pentru că se bazează pe fapte obiective evitând speculațiile și ipotezele necontrolabile prin metodele actuale ale științei ;

b) este cuprinsătoare fiindcă nu poate ignora aportul nici unei discipline care poate spori progresul în domeniul cunoașterii omului. Ea nu exclude nimic ce poate constitui o ipoteză de lucru;

c) interferențele plurivalente de noțiuni și metode impun specialității caracterul de sinteză și cercetare multidisciplinară evitând orice tendință la extrapolare mecanică a noțiunilor altor discipline;

d) teoria psihiatrică (psihopatologia) pentru a avea finalitatea practică (ce trebuie să characterizeze orice domeniu de activitate științifică), trebuie să acorde prioritate cercetării acestor domenii ale specialității care duc la îmbunătățirea substanțială a asistenței psihiatricice.

Desprinzind aspectele prioritare ale dezvoltării asistenței medicale de la noi din țară, psihatrie îi revine sarcina de a-și orienta obiectivele de cercetare către studiul morbidității și a particularităților determinismului ei biosocial. Ea trebuie să stabilească atât metodologia depistării precoce a afecțiunilor psihice, criteriile de evidențiere și combatere a factorilor de risc cît și tipurile de instituții spitalicești, semiambulatorii și ambulatorii capabile să aplique măsurile medicale și sociale adecvate în prevenirea și combaterea bolilor psihice. În sfîrșit ea trebuie să elaboreze întregul complex de măsuri de igienă mintală ca un program al întregii societăți în păstrarea sănătății mentale. Fără o teorie psihiatrică, capabilă să fundamenteze o metodologie unitară, practica psihatrie s-ar face necordonat după cunoscută autonomie și confuzie a empirismului.

2. SCURT ISTORIC ÎN PSIHIATRIE

Psihiatria ca ramură a medicinii s-a dezvoltat în strânsă legătură cu domeniile științelor în care și-au găsit larg răsunet diferitele concepții filozofice. De aceea întreaga istorie a psihatriei trebuie privită în raport cu dezvoltarea societății și deci în strânsă legătură cu relațiile sociale-economice ale unei epoci sau alteia.

Prima perioadă — perioada prehipocratică a psihatriei — era apreciată de Régis ca epocă a ignoranței și superstițiilor, epocă anterioară tuturor noțiunilor medicale, epocă în care afecțiunea psihică era considerată drept o „maladie provocată de forțe supranaturale, de zeii creați de imaginația fiecărui popor”. Nu întimplător ecoul acestei concepții străbătind negura vremurilor a ajuns pînă la noi sub binecunoscuta istorisire a pedepsei celei mai aspre a „zeilor” față de regi și care constă în „suprimarea” sau „tulburarea mintii”.

Sunt cunoscute din acea vreme tulburările de tip maniacal ale regelui Saul sau accesele de „licantropie” (convingerea delirantă de a se fi transformat în lup) ale lui Nabucodonosor. În documentele egiptene din secolul al VII-lea înaintea erei noastre se amintește despre posesarea de către duhuri rele a unei prințese și tot la egipteni templul lui Saturn era dedicat purificării bolnavilor psihici. În Grecia antică înaintea perioadei hipocraticice dominau aceleași idei de posesare de către spirite bune sau rău-făcătoare. Sunt edificatoare, în acest sens, istoria paricidului lui Oreste, Hercules, Ajax, a fiicelor lui Pretus etc. Aspectele contrarii

posedării reies din descrierea „profetilor“ care în exaltarea lor delirantă preziceau viitorul fiind inspirați de divinitate. Clasică în această privință este celebra Pythie din Delfi. De altfel în Grecia un fel de preoți medici, slujitori ai templului lui Esculap cunoscuți sub denumirea de asclepiazi tratau bolnavii psihici prin ceremonii religioase, uneori însoțite însă și de măsuri de igienă mintală și psihoterapie, kineziterapie (spectacole, distracții, muzică, plimbări în aer liber, cură în stațiuni termale, exerciții de gimnastică etc.). În general însă, comportamentul acestor preoți a fost denunțat de Hipocrate, care arăta că în principal scopul asclepiazilor era de a primi din partea apartinătorilor bogăți ai bolnavilor ofrande cît mai valoroase sub pretextul „liniștirii“ spiritelor revoltate „ale zeilor“. Aceste ofrande reprezentau de fapt sursele unor averi fabuloase.

Perioada a doua — perioada antică propriu-zisă — începe pentru psihiatrie ca și pentru medicină în general prin era hipocratică. Hipocrate, deși fiu al unei familii de preoți asclepiazi, se ridică împotriva monopolului terapeutic al acestora și consideră că bolile psihice sunt boli ale creierului, din care cauză bolnavii psihici trebuie tratați de medici și nu de preoți. Este demn de reținut următorul pasaj din opera sa: „Trebuie să se știe că pe de o parte plăcerea, veselia, rîsul, jocul, pe de altă parte indispoziția, tristețea, minia, plânsul nu provin decât din creier. Prin el noi gîndim, înțelegem, vedem, auzim, cunoaștem urîul și frumosul, răul și binele, agreabilul și dezagreabilul. Prin el noi suntem nebuni, delirăm, datorită lui credințele sau teroarea ne agită fie noaptea, fie după începutul zilei“ (Hippocrate — *De la maladie sacrée*. Traduction Littré, Paris, 1894).

Pe drept cuvînt Hipocrate și Democrit sunt considerați întemeietorii concepției materialist vulgare a medicinii în general, inclusiv a psihiatriei și psihologiei. Hipocrate este acela care a descris o serie de tablouri clinice sub denumirea de „phrenitis“ (delirul acut febril), apoi mania, delirul hipocondric, delirul alcoolic, psihiza epileptică, isteria și a căutat să găsească tratamentul medical al acestor afecțiuni introducînd o serie de medicamente ca : eleborul și mandragorul.

Din descrierile lui Plutarh și Herodot se poate deduce că în vremea aceea bolnavii nepericuloși erau tratați în libertate, în timp ce bolnavii cu stări de agitație erau imobilizați.

După Hipocrate, tradiția relativ științifică despre bolile psihice a trecut în Egipt unde a avut oarecare înflorire în vremea regilor Ptolemei.

Perioada „alexandrinică“ a fost reprezentată prin Herophyl și Erasistrat (300 de ani i.e.n.), care se crede că au dus mai departe ideile lui Hipocrate, au îmbogățit noțiunile despre bolile psihice posedînd chiar unele cunoștințe de neurofiziologie. Deși de la cei doi oameni celebri nu au rămas documente pînă în vremea noastră, se apreciază că au acoperit etapa de trecere către a treia perioadă antică — *perioada greco-romană* — reprezentată prin Asclepiade, Cels, Areteu, Soranus, Coelius Aurelianus și Galen.

Asclepiade din Bitinia (80 ani i.e.n.) era adeptul teoriei atomiste a lui Democrit. El a delimitat sub termenul de „phrenitis“ bolile psihice acute și febrile, diferențindu-le de bolile cu evoluție cronică fără febră,

de manie, de melancolie. Asclepiade a distins halucinațiile de iluzii și a introdus pentru tulburările psihice de intensitate psihotică termenul generic de „*alienatio mentis*“. Acest ultim termen a fost înlocuit de Celsius (anul V i.e.n.) cu „*insania*“ termen în care includea trei genuri de boli psihice și anume : frenezia (*insania acută*), melancolia, iar cel de-al treilea gen cu două variante cuprindea delirul halucinator vesel sau trist și delirul general sau parțial. Areteu din Capadochia (80 i.e.n.) este cunoscut prin descrierile sale despre melancolie cît și prin preocupările de a evidenția existența în creier a centrilor nervoși motori, ai inteligenței, căutând să explice modalitatea producerii paraliziilor.

Soranus din Efes (95 i.e.n.) ne este cunoscut doar din descrierile lui Coelius Aurelianus. Meritul acestor doi înaintași ai psihiatriei nu constă numai în continuarea descrierilor unor tablouri clinice ale melancoliei, a semnelor sale somatice, ci mai ales în consecvența cu care au militat pentru introducerea unui regim fără brutalitate și constrângere față de bolnavii psihici. Apreciind acest mare merit în special al lui Coelius Aurelianus, psihiatrul și istoricul francez Régis menționa că el a enunțat complet elementele cuprinse abia după multe secole în principiul „no-restraint“ introdus de Conolly în secolul XIX. Pornind de la observația deosebit de pătrunzătoare că orice metodă de constrângere agravează starea de neliniște a bolnavului psihic, Coelius Aurelianus considera „deliranți“ tocmai pe acei care comparau bolnavii cu animalele sălbaticice.

Această epocă de încercare a clasificării bolilor psihice și de umanizare a tratamentului bolnavilor mintali se sfîrșește cu celebrul medic din Pergam — Galien (anul 150 al erei noastre) cunoscut în special pentru contribuțiile sale în domeniul fiziolgiei cerebrale. El considera creierul uman drept „for“ al mișcărilor voluntare, al inteligenței, al sentimentelor și al memoriei, subliniind că adesea compresiunile cerebrale duc la pierdere sentimentelor, traumatismele cerebrale sunt urmate de confuzie și comă, iar inflamațiile creierului sunt întotdeauna însoțite de tulburări ale proceselor gîndirii.

După antichitate, cu excepția țărilor arabe, lumea a intrat în obscurantismul concepțiilor religioase ale evului mediu, în care, aşa cum afirma Cullerre, se îmbinău într-un mod dezolant superstițiile cu cele mai ridicole practici ale medicinii antice. Important de reținut că în timp ce în Europa domina negura obscurantismului, în țăriile arabe Razès (850—923), Avicena (980—1037) au reînviat ideile lui Galen. În aceeași perioadă apare tratatul lui Avicena despre „*Melancolie*“ și cel scris de Ahmed Ibn Aljazzar despre „*Maladia Amorului*“ (Zad Al-Musafir).

În contradicție cu formularea principiilor materialist naiv ale școlii lui Hipocrate și Democrit și a adeptilor acestora (Leucip, Epicur, Lucretiu, Car etc.), a apărut și s-a dezvoltat concepția idealistă a lui Aristotel și Platon, care a servit drept bază a concepțiilor religioase din evul mediu despre originea divină a sufletului, despre existența primordială a acesteia. Din acele vremuri îndepărtate ale antichității a început confruntarea între filozofii și medicii materialiști, care considerau bolile psihice ca boli ale creierului și cei idealisti care susțineau primordialitatea sufletului socotind materia, ca element secundar apărind ca rezultat al acțiunii „spi-

ritului“ sau ca substrat rupt de suflet și existent independent de el. Această concepție a pregătit fundamentarea ideologică a obscurantismului stimulat de expansiunea bisericii în evul mediu, care prin metodele ei feroce a inhibat toate domeniile științelor despre om și natură, inclusiv evoluția și fundamentarea psihiatriei ca ramură a științelor medicale.

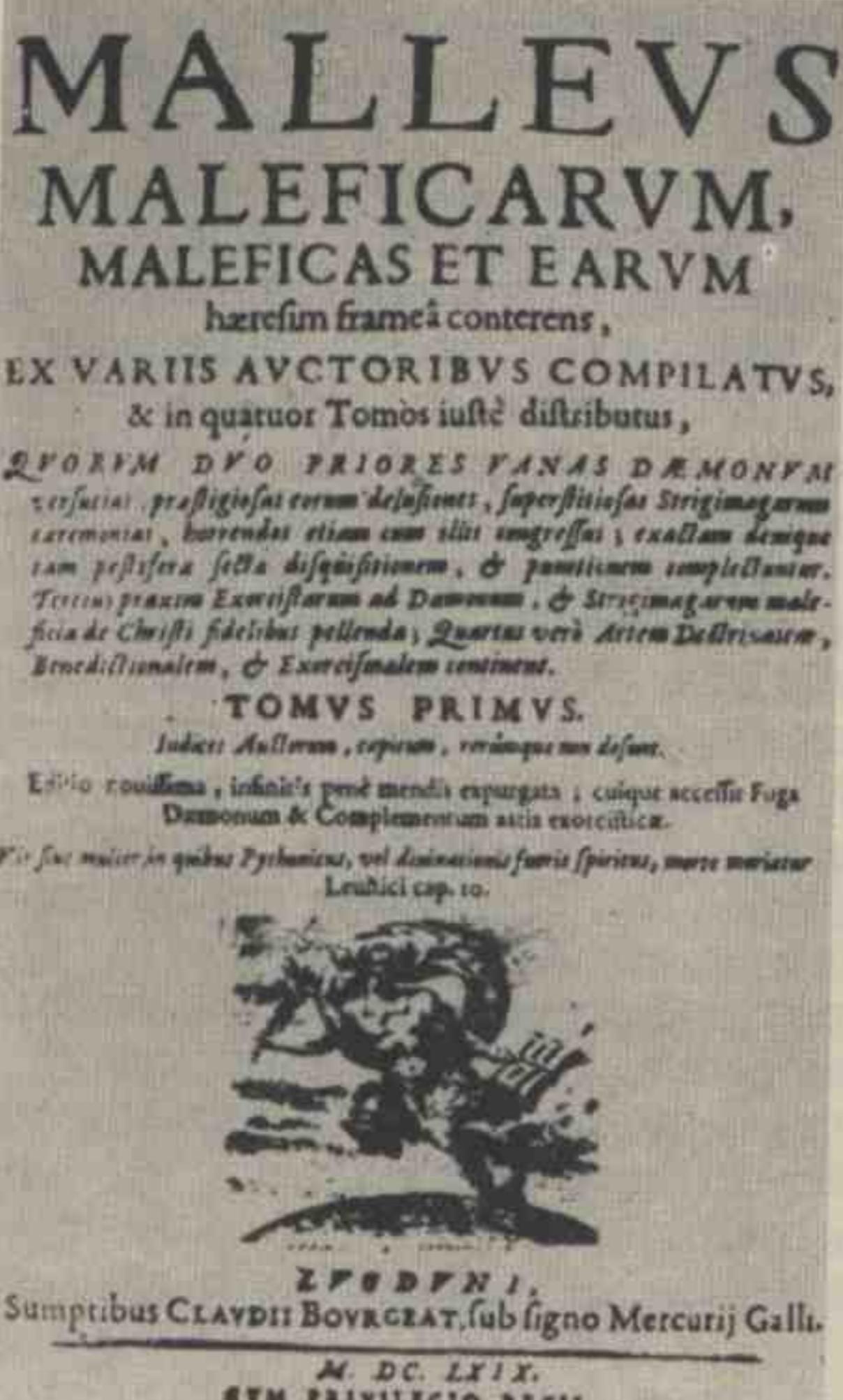


Fig. 3

În acest sens este grăitoare Bula Papei Inocențiu al VIII-lea în care se prevedea căutarea și tragerea la răspundere a acelora care se lăsau de bunăvoie posedați de diavol. Bazați pe preceptele „terapeutice“ ale acestuia, doi călugări dominicani (Jacob Sprenger și Heinrich Kramer) au publicat în anul 1486 o carte intitulată „Malleus maleficarum“ (fig. 3), în care ridicînd la rang de lege Bula Papei Inocențiu, descriu modalitățile de descoperire a posesaților și metodele cu care erau chinuiți și adesea uciși acești nenorociți.

În secolele al XV-lea și al XVI-lea au fost descrise epidemii întregi de „posesiuni ale diavolului“ (demonomanii), dublate de o epidemie de pedepse capitale ordonate de slujitorii bisericii catolice. Condamnările la moarte din perioada „epidemiei demonomanice“ le-a urmat atitudinea conform căreia bolnavii psihici erau considerați „criminali de stat“

A treia perioadă — Evul mediu și Renașterea. În primele secole ale evului mediu asistența psihiatrică a fost aproape complet neglijată. În țările Europei apusene bolnavii psihiici au avut mult de suferit din cauza dominației bisericii catolice, care prin lupta sa înverșunată pentru propagarea ideilor scolastice, „crede și nu cerceta“ a căutat să înăbușe orice progres al științei. Ca și în perioadele cele mai primitive ale psihiatriei, bolile psihiice erau considerate ca fiind provocate de „duhuri rele“. Se credea de exemplu că epilepsia sau unele crize de isterie, asemănătoare crizelor epileptice, erau provocate de către diavol care „intra în corpul bolnavului“ de unde și denumirea de „demonomanie“. Cum tratamentul constînd în rugăciuni nu-și dovedea efectul pentru nimicirea „duhului rău“, se mergea de la bătaia și schinguierea bolnavilor pînă la arderea pe rug. Multă bolnavi psihiici au pierit în flăcări, în lanțurile și butucii care-i fixau de zidurile umede și reci ale celulelor mînăstirești.

și ca atare erau ținuți în închisori. Este cunoscută în acest sens istoria Bedlam-ului (refugiu înființat pentru bolnavii psihici în sec. XVI în Anglia). În această instituție bolnavii psihici erau lăsați să zacă în celule mici de piatră cu metereze în loc de ferestre, fără încălzire, fără pat și fără asternut. De multe ori între aceste ziduri umede și reci, goi, prinși în cătușe metalice își consumau amarul întregii vieți. În perioadele de agitație pentru bolnavi intrau „observatorii” înarmați cu bice, bătaia fiind socotită ca metodă de scurtare a perioadei de agitație.

Aceste „instituții” nefiind susținute material de către stat, pentru a se completa sumele minime necesare întreținerii bolnavilor, în zilele de sărbătoare, oamenii instărați, pe bilete plătite, veneau ca la spectacol pentru a se distra, nu rareori batjocorindu-i.

Interesant de menționat că și în secolul al XVI-lea și unii oameni de știință ai vremii — medici, matematicieni, considerau că și preoții, bolile psihice ca fiind de origine divină. În opoziție cu ei însă Calmeil citează o serie de scriitori curajoși care au încercat să lămurească cel puțin pe savanții din vremea lor că monomania, histero-demonopatia, zooantropia, obsesiile diabolice nu sunt altceva decât stări psihice patologice. Cu tot obscurantismul epocii, inchizitorul Nider a descris totuși cîteva aspecte psihopatologice valabile practicii clinice ca „dedublarea personalității”, ideile delirante de urmărire, ruină și negație în melancolie.

Perioada Renașterii începe aşa cum apreciază Régis la sfîrșitul secolului al XVI-lea cînd o serie de medici sub impulsul curentului renascentist au început să revină la tradițiile științifice ale medicinii. Astfel Felix Plater, Paolo Zacchias, Thomas Willis caută să reconsideră boala psihică ca boală a creierului. Paolo Zacchias (1584—1659) proto-medicul papei și al statelor romane, în cartea sa „Quaestiones medico-legales” pune bazele psihatriei judiciare. În această lucrare el reușește ca alături de descrierile clinice să consemneze implicațiile medico-legale sub aspectul capacitatii civile, a validității actelor în perioade de stare, în intervallele lucide, cît și particularitățile responsabilității legale și morale a bolnavilor psihici. Felix Plater (1536—1614) face eforturi remarcabile pentru a delimita pe criterii psihologice, principalele forme ale tulburărilor mintale. El împarte tulburările psihice în patru clase și anume: imbecilitatea, idiotia, a treia clasă cuprinde afecțiunile convulsive și apoplexia, iar a patra clasă bolile psihice propriu-zise, în care introduce frenezia, mania, melancolia, hipocondria și coreomania. Aceasta este de fapt prima tentativă mai complexă de a clasifica bolile psihice, fapt pentru care pe bună dreptate, Cullerre aprecia că după epoca antică, Plater a avut un spirit de observație inegalabil. Cam în aceiași perioadă Charles Le Pois (1563—1633) descrie „isteria convulsivă”, Sennert recunoaște în creier organul inteligenței, iar boala psihică o atribuie leziunilor funcționale ale creierului: Sylvius de le Boe (1614—1672) evidențiază rolul eredității în melancolie, iar Sydenham (1624—1680) semnalază apariția unor stări maniacale după febrele intercurente. Contribuții importante a adus prin lucrările sale Thomas Willis (1622—1675) care a descris cu un realism apropiat de cel modern mania și melancolia (evi-

dențind posibilitatea trecerii unei forme în cealaltă), delirul acut, afecțiunile convulsivante, delirul de gelozie, demențele precoce la adolescenți și demența consecutivă epilepsiei.

În operele sale „Sepulcretum“, Th. Bonet (1620—1689) a căutat să stabilească unele corespondențe între tulburările psihice, alterațiile viscerale și glandele endocrine. Deși lucrările acestor înaintași ai psihatriei au fost mult depășite de vreme, trebuie să remarcăm efortul lor de a reduce boala psihică în medicină, studiindu-i baza ei materială — creierul uman.

Ideile și metodele progresiste introduse de Bacon (1564—1626) și Descartes (1596—1650) au dus la înlăturarea treptată a teologiei din științele naturii, iar speculațiile religioase au fost înlocuite cu metoda observației fenomenelor, ceea ce a dus la mari descoperiri din acea vreme în domeniul astronomiei, chimiei și medicinii. Datorită acestei lumi noi a gîndirii, psihiatrica secolelor XVII și XVIII intră pe făgașul nou al cunoașterii anatomiei sistemului nervos prin Vieussens (1641—1720), iar Boerhaav (1688—1738) și comentatorul său Van Swieten (1700—1772) pun bazele anatomiei patologice și a fiziolgiei raționale a sistemului nervos. Datorită lucrărilor lui Bonet, Vieussens și mai ales prin nemuritoarele contribuții la fundamentarea științifică a anatomiei patologice a creierului datorate anatomistului italian Morgagni (1682—1767) teoria chimiatrică și humoră este într-o mare măsură abandonată, atrăgindu-se în special atenția asupra importanței studiului creierului (currentul solidist). În încercarea să de a clasifica bolile psihice după criterii nozologice, Sauvage are meritul de a uni sub termenul generic de „Vesanies“ toate bolile psihice cunoscute pînă la el. Lorry (1726—1777) combinînd confuz teoria humoră cu cea „solidistă“ ajunge totuși la unele explicații patogenice în hipocondrie și histerie, iar Cullen (1712—1792) caută să stabilească avantajele investigațiilor anatomo-patologice în studiul patogenezei bolilor psihice.

Cu toate progresele în domeniul concepției despre bolile mintale, în timpul Renașterii situația bolnavilor psihici a rămas încă deplorabilă, ei continuînd să fie claustrați în închisori, în mînăstiri sau în case de refugiu. Saloanele puținelor spitale care existau aveau mai degrabă aspect de instituție de ispășire a pedepselor decît de instituție medicală.

În Franța, cunoscutul spital *Hôtel Dieu* avea rezervate doar două săli pentru bolnavii psihici și prin hotărîrea Parlamentului din 16.IX.1660 către acest așa-zis spital (așa cum stipulează documentul) erau trimiși toți bolnavii psihici, inclusiv cei cu hidrofobie. Aici ei stăteau în condiții de supraaglomerare și totală lipsă de diferențiere, cîteva săptămâni pentru terapie „activă“ cu purgative, dușuri reci, sîngerări repetate, preparate cu efect antispastic. Dacă aceste brutale mijloace terapeutice nu dădeau rezultate, bolnavii erau socotiți incurabili și dirijați către Petite Maison (devenit mai tîrziu Ospice des Menages) sau către Salpêtrière și Bicêtre. Situația bolnavilor internați în aceste ospicii este astfel caracterizată de către Régis : „prost hrăniți, acoperiți cu zdrențe, copleșiți de lanțuri și inele de fier, izolați în celulele destinate altădată criminalilor,

culcați pe paie putrede, respirind un aer infect, ei duceau o viață mizerabilă". Adesea erau expuși la vederea publicului, care, în zilele de sărbătoare era admis, pe bază de retribuție, pentru a se amuza cu spectacolul lor și pentru a-i întărîta ca pe animalele sălbaticice prin gratiile cuștilor.

Dacă asta era aprecierea situației bolnavilor din Franța, despre Bedlam se spunea că dacă există vreo instituție acoperită de rușine în Anglia, apoi aceasta este Bedlam-ul.

A patra perioadă — Epoca revoluției burghezo-democratice, epoca capitalismului în ascensiune. Către sfîrșitul secolului al XVIII-lea, cînd capitalismul în ascensiune venea să schimbe societatea feudală și cînd cercetările în domeniul științelor naturii erau în plin avint, apar ideile progresiste, care străbătînd ceața veacurilor ignoranței și superstițiilor Evului mediu, păreau a contura speranțele descătușării spiritului uman.

Noua structură economică și socială impuse de capitalismul ascendent a creat condițiile apariției unor noi concepții filozofice progresiste, de care au profitat în ultimă instanță atît fundamentarea psihiatriciei ca ramură a științelor medicale, cît și asistența bolnavilor psihici.

Astfel, sub influența filozofilor enciclopediști francezi (Diderot, La-mettrie, D'Holbach, Helvétius, Cabanis) a ideilor revoluției franceze însăși, bolnavii psihici încep să iasă treptat de sub ocrotirea călugărilor și să treacă în îngrijirea medicilor. Deși primele spitale de bolnavi psihici au fost construite deja din sec. al VII-lea la Cairo și Fez în Arabia, abia peste un mileniu, primul care reușește să introducă o atitudine umanitaristă în spitalele de psihiatrie este Ph. Pinel (1755—1826). El deschide o eră nouă grație reformei pe care a inițiat-o. În anul 1792 Pinel fiind însărcinat succesiv cu asistența bolnavilor psihici de la Bicêtre și Salpêtrière, a protestat energetic împotriva tratamentului odios al acestor bolnavi. În primul rînd a dat puțină libertate bolnavilor, aer și lumină, contribuind printr-o propagandă susținută să creeze o opinie favorabilă alienaților internați. Eliberarea din lanțuri a celor 80 de pacienți pe care-i îngrijea, marchează de fapt începutul epocii moderne a asistenței psihiatricice. Efortul lui Pinel nu a fost izolat, deoarece în aceeași perioadă și chiar înaintea lui, preocupări similare însotite de rezultate pozitive se făceau cu insistență în Italia și în Anglia și chiar în alte localități din Franța. Astfel Daquin în Savoia aplicase într-o variantă chiar mai modernă aceeași doctrină umanitară. În 1794 în Italia, Vincenzo Chiarugi în lucrările sale consemnează rezultatele ameliorării obținute prin același regim blind la Florența în azilul San Bonifacio. În Anglia un simplu cetățean din orașul York, William Tuke a creat o „casă de sănătate” în care au fost interzise pedepsele corporale și brutale.

Pinel ocupîndu-se în special de organizarea asistenței psihiatricice și spitalicești a reușit să sistematizeze o serie de aspecte diferențiate în tratamentul bolilor psihice. În ceea ce privește însă contribuția lui Pinel la sistematizarea afecțiunilor mintale, Cullerre consideră că el nu a adus aproape nimic nou în tratatul său Medico-filozofic, subliniind însă că importanța capitală a acestei opere constă în preceptele generale despre

asistența bolnavilor. În contradicție cu el, Régis consideră că Pinel a fost nu numai un reformator, ci și un savant reprezentativ al epocii sale care a reunit toate observațiile clinice și terapeutice în lucrarea „*Traité de la manie*”, în care a expus și părerile sale medico-filosofice. El aduce în sprijinul ideii susținute părerea lui Cuvier, care referindu-se la opera lui Pinel aprecia că aceasta este nu numai o carte de medicină, ci și o lucrare capitală de filozofie și în același timp de morală. În America, primul spital de psihiatrie a fost fondat în 1773 la Williamsburg în Virginia. În organizarea și dezvoltarea asistenței psihiatrice în S.U.A. un rol deosebit l-a avut Benjamin Rush (1745—1813), care este de altfel și autorul primului manual de psihiatrie american (1812). El a introdus principiile noi terapeutice în spitalul de psihiatrie din Pennsylvania (George Mora, M. D.). În răsăritul Europei, deși din timpurile vechi predomină același punct de vedere religios, practici inumane ca cele din apus au fost semnalate mult mai rar, deși bolnavii psihici erau ținuți tot în mănăstiri fiind îngrijiți de preoți. În Rusia primele case speciale pentru bolnavii psihici au fost construite în vremea lui Petru I la Novgorod, apoi la Moscova și Petersburg.

Către sfîrșitul secolului al XVIII-lea și începutul secolului al XIX-lea apar primele lucrări de psihiatrie, care pot fi socotite ca lucrări pregătitoare ale conturării bazelor necesare delimitării în cadrul specialităților medicale a unei specialități noi. Nou-născutul deși avea părinți mai bătrâni decât piramidele egiptene și probabil tot așa de bătrâni ca și societatea umană, a împrumutat numele apropiat de limba acelora care au expus primele ei acorduri, marii gînditori greci și anume „*Psihiatria*” („*lecuirea sufletului*”). Dar așa cum am subliniat mai sus, dezvoltarea psihiatriei ca știință în diferite țări a fost strîns legată de sistemul social-economic din aceste țări. Astfel în timp ce în Franța revoluția burghezo-democratică marca trecerea de la societatea feudală la societatea capitalistă, în Germania continua să se mențină și să domine legile feudale. În timp ce în Franța filozofii materialiști citați mai sus erau ateiști convinși, filozofii germani, întemeietorii idealismului subiectiv de la sfîrșitul sec. al XVIII-lea și începutul sec. al XIX-lea (Kant, Fichte, Schelling, Hegel) susțineau religia. Din această cauză în Germania au dăinuit concepțiile religioase asupra bolilor psihice și în prima jumătate a sec. al XIX-lea. Astfel atitudinea față de alienați a rămas multă vreme retrogradă, plină de brutalitate, metoda epuizării acestora fiind socotită ca mijloc terapeutic. Bolnavii erau speriați cu scorpioni, cu împușcări, erau legați de paturi special construite, de scaune și leagăne în care erau învîrtiți pînă amețeau. Li se turnau pe piele picături de smoală topită, ulei fierbinte, răsină topită etc. Se utiliza infometarea sau li se dădeau mari cantități de substanțe vomitive sau purgative. De asemenea a fost continuată metoda sîngerării și a dușurilor cu apă rece. Către jumătatea sec. al XIX-lea, în Germania, apare manualul de psihiatrie a lui Griesinger, în care autorul demonstrează că boala psihică este o boală a creierului și prin aceasta el reușește să pună parțial capăt controverzelor dintre cele două curente dominante în psihiatria germană „școala

somaticilor“ din care făcea parte Griesinger și „școala psihicilor“. Opera lui Griesinger deschide o eră nouă în psihiatria germană.

Griesinger deși adept al școlii somaticilor, în lucrarea sa „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ (1845) a evidențiat apropierea dintre neurologie și psihiatrie încercând chiar să unească aceste catedre. El a combătut părerea lui Jacobi, după care boala psihică este doar un „epifenomen“, adică doar o formă de manifestare simptomologică a diferitelor boli somatice. După Griesinger, boala psihică este o boală de sine stătătoare, care are la bază tulburarea funcției creierului.

În Franța Esquirol a continuat și extins reforma lui Pinel. Prin acțiunile, scierile și călătoriile sale, Esquirol a contribuit la crearea mișcării care s-a soldat cu elaborarea faimoasei legi din 1838. Aceasta, după părerea lui Régis, a adus foarte mari servicii asistenței bolnavilor psihici. Ca om de știință, Esquirol a părăsit domeniul speculațiilor atașindu-se observației clinice atente, ceea ce i-a permis să descrie admirabil tablourile clinice ale unor boli psihice. El a delimitat monomania și a presupus existența paraliziei generale progresive, care a fost apoi delimitată și descrisă ca model de boală psihică de către Bayle și Calmeil în anii 1822—1826. Moreau de Tours (1804—1884) în afara contribuției sale în domeniul „degenerărilor“ epileptice și a relației între vise și bolile psihice a utilizat „hașișul“ în scop experimental, deschizând calea metodelor experimentale în psihiatrie. Moreau și alți psihiatri francezi au fondat în anul 1843 jurnalul „Annales médico-psychologiques“. În aceiași perioadă preocupările de a stabili anumite legături dintre bolile psihice și ereditate culminează cu teoria degenerărilor elaborată de R. A. Morel (1809—1873). După el, ereditatea și degenerarea joacă rolul preponderent în geneza maladiilor mintale, pe care le și numește „alienații ereditare“. Deși afirma că uneori aceste degenerări pot să fie determinate de alianța dintre factorii nocivi de mediu extern și ereditate, el a acordat un rol preponderent eredității. Contemporanul lui Morel — Ch. Lasègue (1816—1883) a izolat și descris „Delirul de persecuție“ și împreună cu M. Jules Falret a elaborat prima lucrare de ansamblu asupra delirului induc „Folie à deux“.

În aceiași perioadă Falret și Baillarger reușesc să contureze dinamica maniei și melancoliei delimitînd cadrul psihozei circulare (folie circulaire) și a psihozei în dublă formă (folie à double forme). Comparînd psihiatria cu ramurile unui arbore (arborele fiind medicina generală), Lasègue considera că psihiatria va rămîne întotdeauna legată de medicină ca și ramurile legate viabil de trunchiul copacului și că în acest sens psihiatria va rămîne ca o specialitate medicală, neputind fi confundată cu psihologia.

Suștinătorul și continuatorul teoriei degenerărilor lui Morel a fost în Franță marele psihiatru V. Magnan (1835—1909), care a lucrat la spitalul St. Anne din Paris. Spre deosebire de Morel, teoria degenerărilor ocupă o poziție secundară, Magnan acordînd prioritate faptelor observației clinice. El a împărțit bolile psihice în două clase : 1) psihozele care apar la indivizi normali ; 2) psihozele care apar la indivizi

cu predispoziții ereditare-degenerative, și care au de obicei evoluție nefavorabilă cronică.

Este binecunoscută și în multe privințe valabilă pînă în vremea noastră descrierea lui Magnan privind stadiile dezvoltării sindroamelor delirante. Prin descrierea unei categorii de bolnavi denumiți de autor „dezechilibrați“ (deséquilibrés), el poate fi socotit ca unul dintre fondatorii concepției despre psihopatii. Cam în aceeași vreme, la Saplêtrière, Charcot descrie isteria, iar elevul său P. Janet psihastenia, iar în S.U.A., Beard (1880) delimită neurastenia, conturîndu-se astfel cel de-al doilea mare domeniu al psihiatriei marginale — nevrozele.

În Rusia sec. al XVIII-lea și al XIX-lea — aşa cum arată O. V. Kerbikov — psihiatria a înregistrat mai multe etape de dezvoltare, astfel *prima etapă* de la sfîrșitul sec. al XVIII-lea și pînă la începutul sec. al XIX-lea este caracterizată prin aceea că problemele psihiatriei clinice nu erau separate de medicina internă și de aceea psihiatria era predată de profesorii de medicină internă. *A doua etapă* situată între anii 30—50 ai sec. al XIX-lea în care medicii practicieni psihiatri se ocupau și de problemele psihiatriei clinice (Sabler, Gerzog, Malinovski). *A treia etapă* care se referă la a doua jumătate a sec. al XIX-lea este caracterizată prin organizarea catedrelor de psihiatrie în cadrul facultăților medicale din universități. Între anii 40—50 ai sec. al XIX-lea o mare influență pozitivă a dezvoltării concepțiilor materialiste în psihiatria rusă o are lucrarea: „Scrisori despre studiul naturii“ a lui Herzen, și apoi lucrările filozofilor materialiști, a democraților revoluționari ruși Belinski, Cernîșevski și Dobroliubov. Prima catedră de psihiatrie organizată în Rusia în anul 1857 la Academia medico-chirurgicală din Petersburg a fost condusă de I. M. Balinski (1827—1902). El a legat teoria de practica de spital și a creat o pleiadă întreagă de psihiatri. În acea vreme lucra la Petersburg V. H. Kandinski (1849—1889), care a realizat clasificarea bolilor psihice și a scris lucrarea rămasă actuală pînă în vremea noastră „Despre pseudohalucinații“. Prima catedră de psihiatrie din Moscova a fost condusă de S. S. Korsakov (1854—1900), care a descris psihiza polinevritică alcoolică, care-i poartă numele. Korsakov a fost un adept convins al delimitării entităților nozologice în psihiatrie, un adept al dinamismului în evoluția bolilor psihice și un cercetător al substratului organic al unor tulburări psihice. Lucrările lui Secenov despre reflexele creierului au fost folosite pe scară largă de Korsakov în studierea activității psihice normale și patologice. Korsakov a reușit să creeze o mare școală psihiatrică și printre elevii săi se numără personalități psihiatrice cunoscute ca Serbski, Suhanov, Ganuškin și alții.

Psihiatria sec. al XIX-lea în țările apusene a fost influențată deosebit de pozitiv de activitatea psihiatrilor englezi Gardiner Hill și Conolly (1794—1866) și a psihiatrlui german E. Kraepelin (1856—1926). Conolly a continuat reforma începută de Pinel și a extins-o prin faptul că a eliminat complet cămașile de forță și orice mijloc de imobilizare a bolnavilor. El a enunțat principiile înlăturării complete a metodelor de constrîngere mecanică a bolnavilor psihici. Această propunere cu-

noscută sub denumirea de „no-restraint” — nici un fel de constrîngere, a însemnat o nouă etapă progresistă în atitudinea față de bolnavii psihici.

Contribuția școlii engleze de psihiatrie este recunoscută pentru preocupările ei consecutive în domeniul practicii psihiatrice, cît și prin lucrările lui James Prichard, care au dus la delimitarea conceptului de „moral insanity” (1835). În vremea lui a apărut revista „Journal of Mental Science” cunoscută azi sub denumirea de „British Journal of Psychiatry”.

Deși, aşa cum spuneam, în Germania, spre deosebire de Franța, au dominat mai mult concepțiile religioase și în general „vitalismul”, o serie de psihiatri germani au acumulat o vastă experiență în domeniul psihiatrici clinice și teoretice. Astfel Johann Cristian Reil a descris stările psihonevrotice și unele metode psihoterapice de tratament. Hahnemann (1755—1843) a fondat homeopatia. Ernst von Feuerstein (1806—1849) în lucrarea sa „Principiile psihologiei medicale” publicată în anul 1845 a pus bazele psihologiei medicale. Din preocupările lui se degajă intenția de a stabili interrelațiile dintre biologic, psihic și social. În această etapă apare revista de limbă germană „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie”. În sfîrșit, prin E. Kraepelin, Kahlbaum și Hecker, de fapt școala germană reușește să se impună în psihiatria vremii.

E. Kraepelin în cercetările sale clinice pe baza legilor de evoluție și prognostic al bolilor a ajuns la delimitarea și clasificarea entităților nozologice ale psihiatriciei. El a prelucrat într-o mare măsură întreaga sistematică a bolilor psihice pe baza principiului nozologic. Datorită introducerii principiului nozologic a fost înlocuit sistemul înșiruirii întâmplătoare a diferitelor simptome ce se constatau la bolnav, fără a se căuta identificarea acestora cu boala psihică ca entitate nozologică și fără a se presupune că dinamica bolii și prognosticul ei. Sistematica nozologică introdusă de Kraepelin a largit posibilitățile de cercetare a etiologiei și patogeniei bolilor psihice și căutarea metodelor de tratament în funcție de boala psihică. Kraepelin însă are și o serie de puncte slabe în crearea acestei sistematici prin faptul că el bazîndu-se mai mult pe evoluția bolii psihice și a prognosticului în delimitarea entităților nozologice, a ajuns la concluzia că boala psihică este determinată strict de o singură cauză, minimalizînd rolul stării generale a organismului în momentul simbolnăvirii. El nu a reușit să acorde importanță cuvenită condițiilor de viață ale bolnavului, care în mod firesc influențează atât dinamica cît și prognosticul afecțiunii. Cu toate aceste scăderi, E. Kraepelin rămîne principalul fondator al concepției nozologice în psihiatrie și psihiatru în cele mai mari contribuții în practica de specialitate din vremea sa.

Această a doua perioadă a secolului al XIX-lea este caracterizată atât prin începuturile fundamentării nozologiei psihiatrice, cît și prin ecoul concepției evoluționiste promovate în științele naturii de către Darwin.

Reprezentanții curentului evoluționist au demonstrat importanța metodei fiziológice în psihiatria clinică, au întrevăzut împărțirea simpto-

melor morbide în „pozitive” și „negative” (minus-plus simptom), au decelat dinamica regresiunii funcțiilor psihice. În acest sens, sănt edificate lucrările lui S. S. Korsakov și Th. Ribot în tulburările de memorie. Remarcăm de asemenea faptul că H. Maudsley în afara contribuției sale la fundamentarea curentului evoluționist în psihiatrie, poate fi socotit pe drept cuvînt întemeietorul psihiatriei infantile.

Succesele mari înregistrate în studiul microscopic al creierului (V. A. Betz, Economo, Brodman, Vogt etc.) au stimulat apariția în psihiatrie a curentului „localizaționist” reprezentat prin psihiatrii de renume ca Meynert în Austria, Wernicke și Kleist în Germania. Deși adeptii concepției mecanicist-localizaționiste au avut o părere simplistă, eronată despre substratul material al bolilor psihice, totuși ei au adus servicii serioase aprofundării studiului bazei materiale a bolilor psihice, cît și descrierii mai complexe și mai precise a unor tablouri clinice. Astfel Meynert a descris „amentia”, de numele lui Wernicke se leagă „presbiofrenia” și „halucinoza etilică”, iar de cel al lui Kleist „paranoia de involuție”.

3. SCURT ISTORIC AL DEZVOLTĂRII PSIHIATRIEI ROMÂNEȘTI

Etapele de dezvoltare ale psihiatriei noastre nu diferă prea mult de cele ale țărilor din răsăritul Europei. Presupunem că și la noi, ca și în alte părți ale lumii, tulburările psihice datează de cînd există oameni pe aceste meleaguri și că atitudinea față de bolnavul psihic a cunoscut variații sensibile în funcție de etapa de dezvoltare social-economică și politică a diferitelor regiuni ale țării.

În acest sens am putea delimita în epoca feudală o *primă perioadă*, în care asistența bolnavilor psihici a fost legată de așezămintele mînăstirești. În cea de a *doua perioadă* — tot feudală, în care ideile revoluției burghezo-democratice se extind și în țara noastră, se poate vorbi de debutul asistenței medicale psihiatrice. *Perioada a treia* o reprezintă perioada delimitării psihiatriei românești ca ramură a științelor medicale, cuprinzînd ultimul deceniu al secolului al XIX-lea și primele decenii ale secolului al XX-lea; perioada a patra se situează după primul război mondial și, în sfîrșit, perioada a cincea constituie psihiatria românească în ultimul patrîar de veac.

In prima perioadă — asistența psihiatrică la noi a avut aspect caritabil și a fost organizată în cadrul unor schituri și mînăstiri. Primele instituții de asistență caritabilă au fost organizate pe lîngă mînăstirile Căldărușani și Schitul Malamuci și apoi mînăstirea Mărcuța în Muntenia, mînăstirea Jitea și schitul Madona Dudu în Oltenia, mînăstirea Neamț, Golia și schitul Adam în Moldova. Este interesant de remarcat că înaintea întemeierii acestor așezăminte citate de noi, existau prevederi legale cu privire la regimul bolnavilor psihici. Astfel în pravilele voievodului muntean Matei Basarab (1652) se găsesc sub titlul :

„Semnele nebuniei” următoarele dispoziții: „Pentru ca judecătorul să recunoască dacă este vorba de un bolnav psihic, el trebuie să întrebe medicul care îl va recunoaște cu ușurință. Nebunul, chiar dacă ar fi comis vreun delict, nu va fi pedepsit pentru aceasta, dar pe de altă parte el nu va fi nici lăsat în libertate, pentru că să umble pe drumurile țării: el va fi supravegheat în continuu pînă cînd își va recăpăta rațiunea”. Din conținutul acestei dispoziții legale a vremii se desprinde totuși concepția avansată a legiuitorilor, care cuprinde problema responsabilității penale a bolnavilor, prevede necesitatea observației permanente și măsurile de securitate față de unii dintre ei.

Deosebit de interesantă este recunoașterea reversibilității bolilor psihice — revenirea rațiunii presupunînd ridicarea măsurilor de supraveghere și ca atare externarea bolnavilor. Deși în această epocă nu exista o asistență medicală net conturată, totuși aceste măsuri impun prezența medicului în hotărîrea soartei bolnavului. Cu toate acestea, în decursul secolelor al XVII-lea și al XVIII-lea, o serie de măsuri luate de legiuitori aveau mai mult caracterul unor măsuri de apărare a societății. Internarea bolnavilor se făcea în mînăstiri. Tratamentul în aceste instituții se reducea la o serie de citanii și ceremonii cu caracter religios, fără a se ajunge însă la pedepse inumane ca cele aplicate de slujitorii bisericii catolice a Europei medievale.

Caracterul uman al tratamentului în așezămintele mînăstirești românești este semnalat de Marcus Bandinus, preot iezuit, care își exprima mirarea față de rezultatele bune cu număr mare de vindecări obținute în așezămintele noastre prin „mijloace blînde terapeutice” (Codex Bandinus — Analele Acad. Române, vol. XVI, 1895).

In perioada a doua, ideile revoluționare burghezo-democratice care au creat condițiile unor reforme umanitariste în apusul Europei au găsit ecou și în provinciile istorice românești. Astfel, în luna august a anului 1838, prințul Alexandru Ghica hotărăște trimiterea bolnavilor psihici la așezămintele Malamuci de lîngă București, iar la 11 decembrie în același an, ministrul afacerilor interne dă o decizie prin care asistența bolnavilor psihici internați la Malamuci trece în sarcina Eforiei spitalelor civile. Acest document reprezintă de fapt actul de naștere al asistenței medicale psihiatricice la noi în țară, care a avut drept urmare nominalizarea unui medic și a unei infirmiere la acest așezămînt psihiatric.

După anul 1845 însă așezămîntul Malamuci trece din nou la Ministerul Cultelor, iar în anul 1846 este transferat la mînăstirea Mărcuța. În anul 1847, așezămîntul avînd în fruntea sa pe dr. Nicolae Gănescu, găzduia 40 de bolnavi.

În anul 1859 capacitatea lui s-a ridicat la 100 de bolnavi. În acest an, la propunerea doctorului Protici, devenit director al ospiciului, a fost creat un atelier de tîmplărie pentru bărbați, iar pentru femei un atelier pentru lucru de mînă. Iată deci că ergoterapia în țara noastră datează de peste un secol.

După unirea celor două principate, în anul 1860, ospiciul Mărcuța împreună cu întreaga asistență medicală a țării au trecut în sarcina

Ministerului de Interne. În „Monitorul Medical” al Principatelor Unite din anul 1864 a apărut „Regulamentul ospiciului Mărcuța” semnat de întemeietorul școlii medicale românești, Carol Davila, care în acea vreme era director al serviciilor sanitare. Acest document, apărut în vremea lui Alexandru Ion Cuza și a primului său ministru, Mihail Kogălniceanu, stabilește trecerea definitivă a asistenței psihiatricice de la tipul medieval mănăstiresc la asistența medicală laică și reproduce ideile vechi ale legislației românești, cît și o serie de idei ale primului regulament de funcționare a serviciilor de alienați inițiat de Pinel în anul 1814.

Este demn de remarcat că ideile cuprinse în acest regulament nu au fost introduse în mod mecanic în cel românesc, ci au fost adaptate condițiilor Principatelor Unite și obiceiurilor locale.

Regulamentul ospiciului Mărcuța cuprindea 114 articole sistematizate în 7 capitole (I. Destinația așezămîntului. II. Intrarea și ieșirea bolnavilor. III. Serviciile interioare ale așezămîntului. IV. Regimul alimentar. V. Așternutul, îmbrăcămîntea și măsurile de curățenie. VI. Diferite ocupații și repausul. VII. Dispoziții generale). Din lectura acestor capitole se poate ușor deduce că asistența psihiatrică răspunde unor exigențe științifice medicale și administrative.

În dezvoltarea asistenței din acea vreme merită a fi menționate încă două evenimente și anume: trecerea din nou în anul 1866 a ospiciului Mărcuța sub administrarea Eforiei spitalelor și luarea conducerii acestui ospiciu de către ilustrul psihiatru dr. Alexandru Șuțu în anul 1867. De numele lui se leagă înființarea învățămîntului de psihiatrie în Principatele Unite.

În Moldova ospiciul de alienați din incinta mănăstirii Neamț a funcționat în perioada anilor 1799—1905, a avut mai multe amplasări în incinta mănăstirii fiind încadrat începînd cu anul 1846 cu medic și farmacist. În anul 1905 a fost desființat odată cu deschiderea Spitalului modern Socola, cu 400 de paturi, cei 60 de bolnavi fiind transferați la Iași.

În perioada anilor 1883—1894 ospiciul Golia a fost condus de dr. Iulian Lucacevschi recunoscut pentru preocupările sale din domeniul epidemiologiei, terapiei și mai ales pentru susținerea efectului pozitiv și umanizant al ergoterapiei.

În Oltenia ospiciul Madona Dudu înființat în anul 1787 la Craiova a fost încadrat cu medic încă în jurul anului 1855. El a funcționat în cadrul chililor mănăstirești pînă cînd s-a construit un spital pavilionar cu 60 de paturi.

Acestea au fost începuturile, care au marcat trecerea către organizarea asistenței psihiatricice moderne în cîteva din provinciile istorice ale țării din acea vreme.

Perioadele a doua și a treia a dezvoltării psihiatriei românești se împletește cu întemeierea învățămîntului medical de psihiatrie la București și la Iași.

După cum se știe, la București în anul 1857 sub direcția lui Carol Davila a luat ființă „Școala Națională de medicină și farmacie”. În proiectul de regulament apărut în anul 1862 a fost prevăzut și cursul

de psihiatrie, iar după 1864, cînd a fost redactat și proiectul de lege pentru transformarea „Scolii de Medicină” în „Facultate de medicină”, printre catedrele prevăzute în proiect figura și „Catedra de boli mentale”.

Din cauza evenimentelor istorice din acea vreme, cursul de „Clinică a maladiilor mentale” a început prin prelegeri benevole pentru studenții anului V abia în anul școlar 1867—1868. Acest curs benevol a fost inițiat de dr. Alexandru Șuțu și se ținea duminica dimineața la ospiciul Mărcuța. Deși benevol și ca atare neintegrat în regulamentul facultății promulgat în anul 1871, putem socoti totuși că predarea psihiatriei datează de acum 108 ani. În anul 1893 în programul oficial al Facultății de Medicină a reapărut „Clinica de boli mentale”. Între această dată și anul școlar 1897—1898, prof. Șuțu ținea atît cursurile de medicină legală, unde era profesor titular, cît și cursurile benevole de psihiatrie.

Odată cu înființarea „Catedrei de psihiatrie și Clinica maladiilor mentale” (1897—1898), prof. Șuțu devine primul titular al acestei catedre.

Lupta prof. Șuțu, care timp de 30 de ani a predat benevol psihiatria, a fost încununată de succes atunci cînd el avea vîrstă de 60 de ani.

Iată de ce prof. Alex. Șuțu (1837—1919) este pe drept cuvînt socotit întemeietorul școlii românești de psihiatrie. Capacitatea sa organizatorică a fost dublată de o preocupare permanentă în domeniul cercetării științifice a cărei orientare filozofică progresistă reiese din lucrările sale: „Alienatul în fața societății” și „Viața și materia”. Prin articolele sale, publicate în „Gazeta Spitalelor” și „Gazeta medico-chirurgicală a spitalelor” — reviste medicale fondate de el, prof. A. Șuțu a pus bazele în esență materialiste ale școlii psihiatric românești.

Așa cum subliniază E. Tomorug*, Alex. Șuțu, în calitatea sa de profesor și efor al „Spitalelor Civile”, a militat nu numai pentru introducerea psihiatriei în sistemul de formare a medicilor, ci și pentru

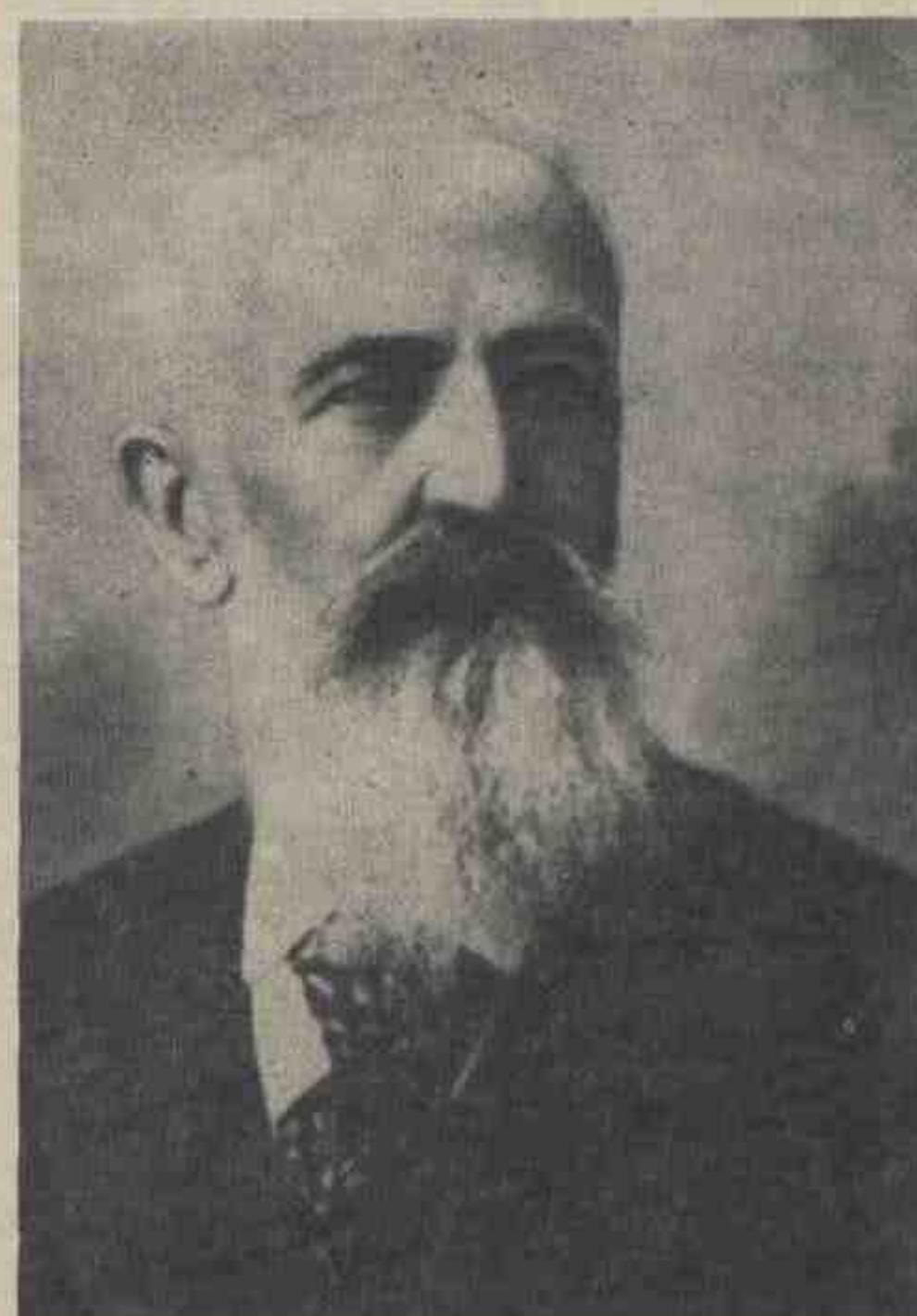


Fig. 4 — Prof. Alexandru Șuțu (1837—1919), întemeietorul școlii românești de psihiatrie.

* E. Tomorug: „Un episod din istoria psihiatriei române”. Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia, Buc., 1957, 5, p. 398—405.

îmbunătățirea continuă a asistenței bolnavilor psihici. Astfel, în legătură cu ospiciul Mărcuța, care avea 500 de paturi în acea vreme, prof. Al. Şuțu afirma că el nu reprezintă decit o soluție de tranziție și că se impune construcția unor spitale noi, sistematice.

În Moldova, la Iași, după înființarea Facultății de medicină în anul 1879, ospiciul de alienați Golia cu 90 de paturi a fost desemnat ca bază de învățămînt de psihiatrie și neurologie în anul 1881. Ca și în Muntenia, la început cursurile au fost benevole și inițierea lor a fost legată de figurile distinse a unor psihiatri de mare prestigiu în lumea medicală și intelectuală a vremii, personalități progresiste, cu orizont larg și bine informate în problemele psihiatrici. Dintre acești amintim figura doctorului Al. Brăescu (absolvent al Facultății de medicină de la Iași), care după studiile de specializare de la Paris, în clinice de renume mondial conduse de Charcot, Brissaud, Déjérine, Pierre Marie, este preocupat de organizarea spitalelor de psihiatrie și întreprinde o serie de studii privind asistența bolnavilor psihici în Anglia, Austria, Belgia, Elveția, Franța etc.

În anul 1895 Ministerul Cultelor a aprobat ca dr. Al. Brăescu să țină un curs liber de „Patologie a bolilor mentale”, iar dr. Pastia să țină un curs liber de „Clinică a boalelor nervoase și mintale”. După plecarea la specializare a dr. Al. Brăescu, cursurile benevole de neurologie și psihiatrie au fost ținute de dr. George Pastia, absolvent al Facultății de medicină de la București, pînă în anul 1895. În anul școlar 1895—1896 dr. Al. Brăescu preia cursurile de psihiatrie și primește în anul 1899 titlul de profesor suplinitor.

Datorită refuzurilor repetate de nominalizare a catedrei de psihiatrie, el predă pînă în anul 1906, iar din acest an cursurile de neurologie și psihiatrie sunt continue de dr. Panaite Zosin, care încă din anul școlar 1904/1905 organizase un ciclu de prelegeri libere de psihiatrie judiciară. În anul 1910 a fost bugetată și la Iași catedra de Neurologie și Psihiatrie, titularul ei rămînind pînă în anul 1912 prof. Panaite Zosin.

În Muntenia, la București, după pensionarea profesorului Al. Şuțu, devine titular al catedrei de psihiatrie prof. Alexandru Obregia (1860—1937). Psihiatru cu pregătire complexă în clinicele și laboratoarele lui Virchow, Munk, Westphall în Germania, și apoi în spitalele și clinicele conduse de Charcot, Magnan și Ball în Franța, Alexandru Obregia a fost numit în anul 1892 profesor titular al catedrei de histologie, conducind în același timp cu începere din anul 1893 ospiciul Mărcuța. Se poate afirma că în cei 24 de ani ca titular al catedrei de psihiatrie din București (1910—1934) și-a adus o contribuție de seamă atât în organizarea predării psihiatriciei, cât și în organizarea modernă a asistenței bolnavilor psihici.

El este cunoscut pentru introducerea metodei anatomo-clinice și a metodelor experimentale în domeniul psihiatrici. Adept al nozologiei kraepeliniene, Al. Obregia contribuie la introducerea sistematicii bolilor psihice în țara noastră, delimitază ciclofrenia (schizofrenia). În anul 1908, în scopul îmbunătățirii metodelor de explorare biologică în neu-

rologie și psihiatrie, introduce în practica de specialitate punctia sub-occipitală.

Alexandru Obregia rămîne ca o figură centrală în istoria psihiatriciei românești nu numai pentru meritele sale de cercetător, clinician, ci și pentru inițiativele și spiritul său organizatoric. Astfel, împreună cu dr. Al. Brăescu, el susține cu consecvență necesitatea înființării unor spitale noi atât la Iași, cât și la București.

Construcția celor două spitale a fost susținută împreună, dar la Iași unde funcționau numai 90 de paturi, dr. Al. Brăescu reușește primul să capete o subvenție de 350 000 lei pentru construcția spitalului de la Socola cu 400 de paturi. În calitatea sa de director al Direcției Sanitare din Ministerul de Interne, Alexandru Obregia a asigurat dotarea Spitalului Socola, făcind posibilă deschiderea sa după lungi tergiversări și neglijențe în construcții, în anul 1905. La rîndul său, Al. Brăescu, în articolul : „Cum săn considerați și asistați alienații în România”, publicat în anul 1903 în Buletinul Societății de Medici și Naturaliști, după ce apreciază cu spirit critic ascuțit rămînerea în urmă a asistenței psihiatrice de la noi, insistă asupra necesității deschiderii spitalului de la Socola, a cărei construcție practic era terminată încă din anul 1899. În același articol insistă să se construiască spitalul modern de la București. Deși finanțarea construcției ospiciului de alienați de la București era legiferată încă din 2 iunie 1892, Alexandru Obregia reușește abia în anul 1906 să obțină votarea legii pentru construcția spitalului, iar construcția lui începe doar în 1908. Lipsa fondurilor a determinat înteruperea lucrărilor de construcție în anul 1911, iar luerările de amenajare și dotare au fost și ele temporizate pe toată perioada primului război mondial, fiind reluate abia în anul 1921.

Ca eveniment de seamă pentru dezvoltarea învățămîntului de neurologie și psihiatrie în Moldova remarcăm ocuparea acestei catedre mixte la Iași de către savantul de renume mondial C. I. Parhon, în anul 1912. Așa cum apreciază P. Brânzei, anul 1912 marchează etapa dezvoltării științifice a Școlii de la Socola, datorită activității desfă-



Fig. 5 — Prof. Alexandru Obregia (1860—1937), editorul spitalului de psihiatrie „Central” (în prezent „Gh. Marinescu”) din București.

șurată de Constantin Parhon, colaboratorii și elevii săi (Itinerar psihiatric, Ed. Junimea, 1975, pag. 59).

C. I. Parhon (1874—1969), după absolvirea Facultății de medicină de la București a lucrat împreună cu Gh. Marinescu la Spitalul Pantelimon, iar din anul 1910, a ocupat postul de medic primar la Mărcuța.

C. I. Parhon a servit cu cînste neurologia și psihiatria românească și a întemeiat Endocrinologia ca știință medicală, avînd contribuții incontestabile în afirmarea acestei specialități și dincolo de granițele țării. În anul 1909, în colaborare cu Goldstein, a publicat primul tratat din lume în domeniul glandelor cu secreție internă. Ca și Obregia la București, în anii premergători primului război mondial, C. I. Parhon, savant cu multiple cunoștințe în domeniul biologiei, neurologiei, endocrinologiei și psihiatriei, a orientat cercetarea științifică către poziții materialiste și deterministe. Făcînd din catedra și clinica de la Iași un veritabil centru de cercetare științifică, el a creat o întreagă pleiadă de cercetători cu orientare materialist-dialectică. Studiile sale în domeniul corelațiilor dintre tulburările psihice și disfuncțiile endocrine au fost sintetizate în raportul prezentat în anul 1913 la Congresul Internațional de psihiatrie de la Gand, făcîndu-se astfel cunoscute lumii europene liniile de preocupare științifică a neurologilor și psihiatrilor români. Prin studiile în domeniul endocrinologiei și a substratului material al fenomenelor neuropsihice, de fapt C. I. Parhon a deschis calea cercetării în domeniul endocrino-psihiatriei și a orientat pentru multe decenii psihiatria română către studiul bazei materiale a vieții psihice normale și patologice.

Perioada a patra a dezvoltării psihiatriei românești este cuprinsă între cele două războaie mondale, remarcindu-se atât printr-o sporire sensibilă a numărului de paturi, cît și prin extinderea învățămîntului și cercetării științifice. Astfel la București, în luna august a anului 1923, a fost inaugurată deschiderea celui mai mare spital de psihiatrie din țara noastră, „Spitalul Central”, împlinindu-se astfel visul lui Alexandru Obregia la un interval de timp de peste 30 de ani de la legiferarea construcției (1892).

În Transilvania, la Cluj, a fost organizată secția clinică de psihiatrie a Facultății de medicină și a luat ființă cea de-a treia Catedră de psihiatrie, al cărui prim titular a fost Constantin Urechia. La Sibiu funcționa încă din 1863 Spitalul de neurologie și psihiatrie, care în anul 1919 avea 400 de paturi. În acest spital a lucrat o perioadă de timp Pandy Kalman, autorul reacției care-i poartă numele. Sub conducerea doctorului Gheorghe Preda, spitalul s-a extins la 500 și apoi la 710 paturi.

Gheorghe Preda (1879—1965), absolvent al Facultății de Medicină din București, și-a impletit întreaga sa viață profesională cu activitatea spitalului din Sibiu, al cărui director a fost din anul 1919. În anul 1933, el a înființat la Sibiu primul dispensar de psihiatrie din țara noastră, creație care marchează de fapt începutul asistenței extraspitalicești la noi. Acest destoinic medic, cu orientare modernă în psihiatrie și pregătire multilaterală, a organizat și dezvoltat în cadrul spitalului, ergo-

terapia agrozootehnică, cît și pe cea de atelier. Bogată sa experiență în domeniul ergoterapiei este sintetizată în lucrarea sa „Manual de inițiere în Ergoterapie”, pe care l-a publicat în anul 1963, cind avea respectabila vîrstă de 84 de ani. Multă vreme alături de Gh. Preda a lucrat dr. Th. Stoenescu ca șef de secție, apoi ca director. La circa 30 de km de Sibiu, pe valea Oltului, a fost construit ospiciul pentru croniți mintali Rîul-Vadului. La început cu 100 de paturi (1934), capacitatea sa extinzindu-se la 250 de paturi (1938). Pentru asigurarea asistenței bolnavilor cu evoluție prelungită, la Băița-Sibiu funcționa ospiciul pentru croniți mintali.

Interesul pentru școlarizarea oligofrenilor recuperabili și parțial recuperabili în Transilvania, este remarcat de existența unor școli internat la Inău (Arad — 120 de locuri) și la Cluj (40 de locuri), în care eforturile de școlarizare erau dublate de orientarea deficienților către diverse activități practice și meserii.

Pentru satisfacerea nevoilor de asistență spitalicească au fost create secții mixte de neurologie și psihiatrie la Arad și Oradea. În Maramureș, la Sighetul Marmației, asistența spitalicească a fost asigurată de o secție de psihiatrie cu 250 de paturi (200 paturi pentru adulți și 50 pentru copii). În aceeași perioadă în Banat funcționau un spital de psihiatrie la Jimbolia și o secție la Lugoj.

Interes deosebit prezintă organizarea asistenței psihiatricice în Bucovina. În această parte a țării a luat ființă în anul 1886 primul serviciu de psihiatrie în cadrul „Spitalului Central” din Cernăuți, sub conducerea doctorului C. Turcan. La insistențele acestui destoinic psihiatru a fost construit apoi un pavilion separat cu 60 de paturi, care în anul 1912 (anul morții lui C. Turcan) avea 450 de paturi repartizate în trei secții. În anul 1920 au fost organizate patru secții, care s-au dezvoltat treptat la 500 de paturi (1928), 600 de paturi (1929), 750 de paturi (1930), 800 de paturi (1934), 850 de paturi (1937)*.

După înființarea secției de neurologie, aici a lucrat timp de doi ani (1931—1933) dr. D. Bagdasar, întemeietorul școlii românești de neurochirurgie. La insistențele doctorului Christian Deculescu, se înființează în anul 1938 cel de-al doilea dispensar de psihiatrie.

Dr. Christian Deculescu (1883—1942) absolvent al Facultății de medicină din București, după terminarea specializării în domeniul neurologiei și psihiatriei a fost numit director administrativ al Spitalului Central de Psihiatrie, București (1927) pînă în anul 1932, cind este numit director al spitalului de psihiatrie din Cernăuți și lucrează în această funcție 9 ani (1941), cind se reintoarce la București și funcționează ca director al Spitalului Central pînă în anul 1942, cind decedează la o vîrstă de numai 59 de ani.

* Chr. Deculescu — „Istoricul Spitalului de boli mentale și nervoase”, Cernăuți, în „Buletinul Spitalului de boli mentale și nervoase Cernăuți”, an I, 1938, pag. 1—34.

La Chișinău (jud. Lăpușna) funcționa spitalul de psihiatrie Costiugeni, care avea în 1920 un număr de 550 de paturi *.

Un eveniment de seamă în dezvoltarea neurologiei și psihiatriei în toate provinciile istorice ale țării l-a avut „Societatea de Neurologie, Psihiatrie, Psihologie și Endocrinologie”, care a luat ființă sub președinția lui C. I. Parhon în anul 1918. Până în anul 1938 au fost ținute 18 congrese în diferite centre mari ale țării. Începînd cu anul 1919 Societatea a editat *Buletinul de Neurologie și Psihiatrie*.

În strînsă legătură cu Societatea de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie și cu școlile de la București, Cluj și Iași, în 1938 se editează la Cernăuți periodicul „*Buletinul Spitalului de boli nervoase și mintale din Cernăuți*”, sub îngrijirea medicului primar dr. Gh. Gh. Constantinescu.

În primul număr al acestui periodic, dr. Christian Deculescu publica un istoric al Spitalului de la înființarea sa. În 1939 la Cernăuți se organizează Congresul anual al Societății de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie. La Chișinău se înființează „*Buletinul asociației profesionale a medicilor din orașul Chișinău*”.

În aceste buletine apar articole care arată interesul medicilor din localitățile respective pentru organizarea unei asistențe psihiatrice moderne, cît și poziția lor față de unele orientări în psihiatrie. Dintre acestea cităm lucrarea doctorului Pojoga : „Însemnatatea socială și științifică a spitalului contemporan de alienați” **, sau al doctorului B. Ocsinat, „Despre psihanaliză și critica ei” ***. Avînd o legătură mai strînsă cu școala de la Socola, unele ședințe de referate de la Chișinău erau prezidate de C. I. Parhon (ex. ședința din 21 noiembrie 1931, la care au prezentat lucrările lor dr. M. Pojoga, dr. M. Isanos și dr. C. Cijevski).

Dezvoltarea impetuosa a școlii românești de neurologie este strîns legată de numele savantului Gh. Marinescu sub îndrumarea căruia și-au început activitatea o serie de personalități medicale : C. I. Parhon, I. T. Niculescu, A. Radovici, State Drăgănescu, Oscar Sager, A. Kreindler. Lucrările acestei pleiade au fundamentat orientarea determinist științifică a școlilor de neurologie și psihiatrie. Lucrările de renume ale lui Gh. Marinescu au deschis drumuri noi în elucidarea substratului morfolofuncțional al afecțiunilor psihice. Dintre aceste direcții amintim doar preocupările lui Gh. Marinescu în domeniul demenței senile și vasculară, în domeniul epilepsiei, isteriei, Gheorghe Marinescu împreună cu A. Kreindler inițiind cercetarea activității nervoase superioare la bolnavii neurologici și psihici.

Lucrările asupra biologiei vîrstelor (C. I. Parhon) în domeniul bolilor organice vasculare și senile (Gh. Marinescu, C. Urechia) reprezintă

* C. Gorescu — „Modul de organizare a serviciilor sanitare din Bucovina”, în „Buletinul Dir. Gen. a Serv. San., An XXXII, 1920, nr. 8, p. 285.

** Buletinul asociației profesionale a medicilor din orașul Chișinău, nr. 8, oct. 1925, p. 154—157.

*** *Idem*, nr. 9, noiembrie 1925, p. 187.

contribuții pe care școlile noastre le-au adus dezvoltării domeniului cunoașterii în aceste specialități (v. capitolele respective).

În anul 1938* existau în România 16 spitale de psihiatrie cu 5 695 de paturi încadrate cu 84 de medici. La Cluj, Tg. Mureș, Inău existau de asemenea 3 institute pentru oligofreni. Pentru bolnavii psihici cronici au luat ființă aşezămintele Plevna și Bălăceanca în jurul Bucureștiului, Răducăneni, Bohotin, Șipote în Moldova, Rîul Vadului și Boia la lîngă Sibiu.

Cu toată dezvoltarea, însă, nevoile de asistență nu erau satisfăcute, mai ales că multe dintre afecțiunile psihice aveau la bază carentele grave în alimentație. Așa se explică de ce însuși Congresul de la Cernăuți a avut ca subiect „Pelagra”, raportor Gh. Gh. Constantinescu, aspect incisiv criticat de Gh. Marinescu cu peste trei decenii înainte**.

Cu cîțiva ani înainte de cel de-al doilea război mondial și în timpul desfășurării lui, evenimentele politice de tristă amintire au dus la stagnarea activității de cercetare științifică și chiar la persecuții brute față de unii reprezentanți ai ei.

Activizarea și organizarea activității didactice științifice și de asistență cunosc progrese deosebite după cel de-al doilea război mondial (a V-a perioadă a dezvoltării psihiatriei). Condițiile create de noua ordinare socială au permis atât folosirea experienței dobîndite, cît și îmboğățirea și adaptarea acestei experiențe la dezideratele etapei de dezvoltare ale societății noastre sociale (v. Psihiatria azi).

Psihiatria în ultimul sfert de veac în țara noastră, perioada a V-a a psihiatriei românești.

În primii ani de după cel de-al doilea război mondial, activitatea rețelei de psihiatrie a fost mobilizată în scopul reorganizării asistenței de specialitate în concordanță cu noile condiții create de regimul democrat popular. Odată cu apariția celor două institute de medicină la Timișoara și Tg. Mureș, numărul catedrelor de psihiatrie a crescut la cinci. Au fost astfel create condițiile reluării activității științifice pe un plan mai larg, astfel încit reunurile tradiționale ale societății de neurologie și psihiatrie și-au reînceput activitatea și o parte din lucrările științifice au fost publicate în „Revista de Științe Medicale”, „Medicina internă”, cealaltă parte fiind publicată în volumul de „Probleme de psihiatrie” apărut în anul 1957. Din această publicație de specialitate de după război, au reieșit cu pregnanță orientarea clinico-nozologică și clinico-biologică a colectivelor noastre de psihiatrie, preocupările de învățămînt și cercetare științifică fiind dominant legate de elaborarea unor criterii unitare de delimitarea entităților nozologice și de studiu al substratului material (cerebral și somatic) al tulburărilor și bolilor psihice.

Din această primă decadă se degajă de asemenea preocuparea psihiatrilor noștri pentru delimitarea unor subspecialități ca neuropsihia-

* Enciclopedia Română, Ed. Gusti, Buc., 1938, p. 506.

** Gh. Marinescu — „Progresele și tendințele medicinii moderne”, Acad. Română, discurs de recepție (10, 23) martie 1906, p. 20—21.

tria infantilă și psihiatria judiciară și în același timp preocuparea cu prinderii sarcinilor de asistență psihiatrică în condițiile asigurării gratuității asistenței medicale. Începînd cu anul 1956, cele trei specialități înrudite au beneficiat de o revistă de specialitate și anume revista de „Neurologie, Psihiatrie și Neurochirurgie“.

În cadrul Societăților de Științe Medicale au fost organizate reunii anuale pe întreaga țară care au dezbatut problemele privitoare la asistență de specialitate din teritoriile de graniță sau comune psihiatriei și neurologiei (nevrozele, accidentele și tulburările psihice din bolile vasculare, patologia neurologică, psihică și endocrină a copilului, patologia bătrîneții etc.). Conferințele, simpozioanele și reuniiile organizate au atras nu numai specialiști din domeniul specialităților înrudite, ci și reprezentanți ai școlilor românești de medicină internă, igienă și medicină socială, medicină judiciară și psihologie. Creșterea nevoilor de asistență psihiatrică și orientarea profilactică a acestei asistențe a fost relevată de tematica conferințelor „Asistență curativoprofilactică în maladiile psihice“ (1960) și aceea despre „Psihoprofilaxie psihogienă“ (1961). După înființarea Societății de psihiatrie (1961), prin separarea ei de Societatea de Neurologie în cadrul Uniunii Societăților de Științe Medicale, activitatea membrilor societății de psihiatrie a fost orientată către dezbaterea problemelor unor boli psihice cu o evidentă creștere în structura morbidității sau cu un potențial ridicat invalidant (psihogeniile, psihopatiile, stările psihopatoide și tulburările de comportament ale copilului și schizofrenia). Două dintre aceste manifestări au îmbrăcat forma unor „Conferințe naționale“ cu participare prestigioasă internațională și anume Conferința națională cu tema „Schizofrenia“ (1964), Conferința națională cu tema „Psihopatiile“ (1969). Temele acestor conferințe și publicațiile în revistele de specialitate din țară și străinătate reflectă în mod sintetic preocupările psihiatrilor români, din care se desprind nu numai orientarea lor către cercetarea problemelor prioritare, ci și preocupările de îmbogățire continuă a mijloacelor de investigații clinice și paraclinice (EEG, EMG, reoencefalografie, P.E.G.), prin examene psihologice complexe bazate pe teste și tehnici proiective și în sfîrșit introducerea scalelor de evaluare odată cu utilizarea pe scară largă a preparatelor psihotrope. Contribuția unor cadre cu bogată activitate în domeniul cercetării științifice va fi cuprinsă în mod diferențiat la capitolele de patologie specială. În orice caz menționăm însă că dezvoltarea potențialului științific al școlii românești de psihiatrie nu trebuie separată de dezvoltarea instituțiilor spitalicești, și de creșterea numărului de cadre de specialitate (psihiatri, psihologi, defectologi etc.).

Edificatoare în acest sens este creșterea numărului de paturi de peste 3 ori, a numărului de specialiști psihiatri de aproape 9 ori, ca și dezvoltarea rețelei ambulatorii de psihiatrie adulți și copii. Datorită acestei dezvoltări, rețeaua ambulatorie de psihiatrie dispune azi de peste 150 de cabine de consultații în polyclinicile generale de copii și adulți, care aplică sistemul de asistență ambulatorie dispensarizată. În pas cu vremea și în concordanță cu creșterea preocupărilor de recu-

perare și reinserție socială au apărut și se dezvoltă serviciile de sănătate mentală, care răspund integral sarcinilor dispensarului clasic de psihiatrie cît și unitățile semiambulatorii de tipul spitalului de zi.

Evidența realizărilor psihiatriciei românești în condițiile societății noastre socialiste este convingătoare nu numai prin privirea retrospectivă a dezvoltării continue și multilaterale, ci și prin condițiile prezente de asistență, învățămînt și cercetare științifică, care asigură o privire prospectivă optimistă și în totală armonie cu realizarea societății socialiste multilateral dezvoltate.

În etapa actuală de dezvoltare socială, politică și economico-culturală alături de obiectivele mărețe ale ridicării țării noastre pe culmile cele mai înalte ale culturii și civilizației, ocupă un loc de frunte continua preocupare pentru dezvoltarea multilaterală și împlinirea armonioasă a personalității umane. Aceasta este cadrul actual în care rețeaua sanitară traduce în viață politica partidului și statului nostru în domeniul ocrotirii sănătății. În acest sens menționăm obiectivele și sarcinile asistenței medicale din țara noastră cuprinse în Directivele Comitetului Central al Partidului Comunist Român din februarie 1969 din care se desprind sarcini importante privitoare la apărarea sănătății mentale. Obiectivele majore ale promovării sănătății mentale cuprind studiul cauzelor și dinamicii tulburărilor și bolilor mentale în scopul de a le preveni și trata. Continuind tradiția școlii noastre de psihiatrie atât în promovarea atitudinii umaniste față de bolnavii psihiici, cît și în orientarea clinico-nozologică și biosocială în psihiatria românească, boala psihică este considerată ca o expresie dinamică a interferențelor complexului de factori negativi biologici, psihologici și sociali. Este lesne de înțeles de ce orientarea profilactică a psihiatriciei românești este realizabilă în primul rînd prin studiul factorilor ce condiționează apariția bolilor psihice, cum sunt factorii ereditari și congenitali, factorii prenatali, postnatali, factorii ecologici (toxici, infecțioși). O deosebită atenție trebuie acordată factorilor demografici și factorilor sociali. Studiul factorilor demografici evidențiază structura pe vîrstă a populației impunând orientarea cercetării aspectelor particulare biologice și psihologice ale fiecărei vîrstă și în funcție de factorii de risc și aspectele morbide întîlnite în mod particular este nevoie de intensificarea măsurilor de psihohigienă și psihoprofilaxie. De altfel aceste particularități au impus delimitarea specialității de pedopsihiatrie și impun conturarea psihiatriciei universitare și cu atât mai mult a gerontopsihiatriciei.

Dezvoltarea societății moderne pe lîngă multitudinea factorilor de progres (urbanizarea, industrializarea, mecanizarea, automatizarea, apropierea pînă la ștergerea granițelor dintre munca fizică și munca inteligențială etc.) conține și o serie de factori determinanți sau favorizați în apariția și dezvoltarea unor boli psihice. Factorii sociali legați de aceste condiții de progres absolut indispensabil dezvoltării multilaterale a societății noastre pot favoriza în același timp creșterea riscului dezadaptativ implicat în special în nevroze și psihopatii.

Pentru stabilirea ponderii fiecărei grupe de factori (toxici, infecțioși, traumatici, motivaționali etc.) se impune inițierea unor ample

studii epidemiologice capabile să stabilească nu numai structura morbidității, ci și cauzele și condițiile care determină sau favorizează apariția bolilor psihice. Așa cum se stipulează în „Programul privind apărarea și promovarea sănătății mentale a populației“ aprobat de Consiliul Superior Sanitar, în ședința din decembrie 1971 pentru a cunoaște, preveni și combate îmbolnăvirile psihice este nevoie de dezvoltarea continuă a rețelei ambulatorii de psihiatrie, care prin echipele multidisciplinare, are menirea de a depista factorii de risc, de a elabora planul de măsuri profilactice (de psihoigienă și psihoprofilaxie) și de a trata îmbolnăvirile, de a preveni recăderile și de a contribui la observația continuă a bolnavului psihic în scopul recuperării sale profesionale și sociale.

În baza experienței dobândite de către serviciul psihico-social care a funcționat la Iași și a dispensarului de psihiatrie organizat la București se impune ca unitatea ambulatorie capabilă să rezolve complexitatea sarcinilor impuse de cerințele actuale ale asistenței psihiatrice să fie: „Laboratorul de sănătate mentală“, care așa cum spuneam, va trebui să răspundă atât sarcinilor dispensarului clasic de psihiatrie, cât și aspectelor actuale ale promovării sănătății mentale. Aceste sarcini constau în:

- Studiul factorilor de risc în apariția tulburărilor psihice în vederea instituirii măsurilor de profilaxie primară ;
- depistarea activă și precoce a afecțiunilor psihice în vederea instituirii măsurilor de psihoprofilaxie secundară ;
- dispensarizarea activă și asigurarea tratamentului de întreținere a bolnavilor psihici luați în evidență ;
- rezolvarea problemelor de muncă, juridice, familiale și de reinserție socială a bolnavilor psihici în cadrul acțiunilor de psihoprofilaxie terțiară ;
- inițierea măsurilor de psihoigienă și psihoprofilaxie în colectivități de copii, de tineri, de adulți și în familie ;
- antrenarea și îndrumarea metodologică a rețelelor de bază (medicină generală și pediatrie) în problemele comune de promovare a sănătății mentale.

Tot în lumina Programului de promovare a sănătății mentale se prevede în același timp, dezvoltarea rețelei de instituții semiambulatorii în baza experienței acumulate de spitalul de zi înființat la București. Rostul și rolul acestor instituții este de a acoperi funcțiile de asistență, orientare profesională sau pregătire pentru reluarea activității anterioare îmbolnăvirii. Acoperind perioada de adaptare cuprinsă între data externării și reîncadrarea în muncă și societate, acest tip de unitate prin economicitatea și eficiența ei și-a dovedit rațiunea de a fi dezvoltată.

Pentru acoperirea nevoilor de asistență se impune în continuare dezvoltarea instituțiilor spitalicești sub forma de spitale de psihiatrie separate, sau sub forma unor secții în spitalele generale județene. Numai în acest plan cincinal se preconizează o creștere cu peste o treime din numărul total de paturi existent în prezent.

Pentru acoperirea nevoilor de cadre de psihiatrie, catedrele de psihiatrie și centrele metodologice au în centrul preocupărilor lor sar-

cina îndeplinirii planului complex de formare a cadrelor de psihiatrie, de îmbunătățire continuă a sistemului de predare a psihiatriei viitorilor medici de medicină generală, cît și de organizarea unor cursuri de inițiere postuniversitară, în special pentru medicii de medicină generală și pediatrie pentru a cuprinde la nivelul circumscriptiilor respective și problemele de sănătate mentală.

Dezvoltarea rețelei ambulatorii spitalicești de psihiatrie este dublată de preocupările intensive de dezvoltare a bazei materiale atât pentru îmbogățirea mijloacelor de investigație, cît și pentru asigurarea unor condiții corespunzătoare desfășurării activității de învățămînt și cercetare științifică. O dovadă a atenției și importanței ce se acordă domeniului de metodologie și cercetare științifică este înființarea secției de psihiatrie în cadrul fostului Institut de neurologie, care poartă azi, denumirea de Institutul de neurologie și psihiatrie.

Sarcinile importante ce revin cercetării științifice sunt strîns legate de planul prioritar de cercetare elaborat de Ministerul Sănătății și Academia de Științe Medicale. În domeniul psihiatriei el urmărește fundamentarea măsurilor de profilaxie, creșterea eficienței măsurilor terapeutice, stabilirea criteriilor de expertiză și recuperarea capacitatei de muncă și în general de recuperarea socială a bolnavilor psihici, cît și elaborarea măsurilor de asistență și ocrotire a cazurilor irecuperabile.

În același timp în sarcina catedrelor și a secției de psihiatrie a Institutului de neurologie și psihiatrie sunt cuprinse cu prioritate preocupările de elaborare a unor criterii obiective de încadrare nozologică a afecțiunilor psihice cu potențial mare invalidant (schizofrenia, psihozele de involuție, psihozele afective), și mai ales a afecțiunilor psihice de graniță cum sunt nevrozele, stările psihopatoide, psihopatiile, afecțiunile psihice aşa-zise funcționale nevrotice și psihotice ale vîrstei înaintate.

Un obiectiv deosebit de important de care se leagă elaborarea măsurilor de psihoprofilaxie încă din primii ani de viață îl constituie elaborarea în mod diferențiat a criteriilor obiective de urmărire continuă a dezvoltării psihice și motorii a copiilor imaturi, a distroficiilor, rahiaticilor și în general a acelor copii cu risc crescut de întîrziere în dezvoltarea psihomotorie și a acelor cu potențial de dezvoltare dizarmonică sau nevrotică.

Acestea au fost sarcinile și obiectivele actuale ale psihiatriei românești, care prin dimensiunile și conținutul lor dezvăluie noi orizonturi ale specialității noastre chemate să-și aducă cu responsabilitate aportul său în vastul plan de ocrotire a sănătății poporului. Rezultatele muncii neobosite a cadrelor de psihiatrie înscrise în acest efort trebuie să constituie în primul rînd un modest omagiu adus poporului nostru și conducerii sale de partid și de stat, care prin înfăptuirea neabătută a vastului program de zidire a României noi, ne-au creat condiții de viață și muncă la care doar au visat poate înaintașii noștri.

4. SUCCINTĂ TRECERE ÎN REVISTĂ A ORIENTĂRILOR ȘI CONCEPȚIILOR DIN PSIHIATRIA CLASICĂ ȘI MODERNĂ

Practica psihiatrică a impus încă din antichitate și anumite preocupații teoretice de delimitare a unor orientări și concepții care reflectau poziția filozofică a celor care le-au elaborat și susținut. Fundamentarea teoretică a psihatriei ca ramură a științelor medicale a devenit posibilă abia după reformele umanitare inițiate de Pinel, Chiarugi, Tuke, Rôche, reforme care au descris era creării unor instituții spitalicești capabile să asigure condițiile de asistență, învățămînt și cercetare științifică. Așa cum reiese din partea de istoric, secolul al XIX-lea s-a caracterizat prin descrierea și acumularea faptelor de observație clinică și printr-o serie de tentative de a le explica teoretic.

Primul model teoretic de entitate nozologică l-a oferit Bayle (1822), care a dublat observația clinică a paraliziei generale progresive cu descrierea substratului anatomo-patologic, anticipînd descoperirea etiologiei ei luetice cu 90 de ani.

Istoricul psihatriei evidențiază mai multe tentative de sistematizare a bolilor psihice. Kraepelin este însă primul psihiatru care reușește prin fondarea sistemului clinico-nozologic să lanseze prima concepție teoretică și prima sinteză de accepțiune europeană. Postulatul fundamental al concepției kraepeliniene are ca punct de plecare conceptul organogenetic al lui Griesinger și constă în susținerea existenței unor entități clinice care ar fi expresia ipotetică a unor leziuni cerebrale. Această ipoteză *organogenetică* depășită de altfel de Kraepelin în primele decenii ale sec. al XX-lea, a constituit dogma psihatriei clasice din secolul al XIX-lea. Astfel, o serie de psihografi celebri (Wernicke, Meynert, Seglas, Magnan) considerau boala psihică drept o colecție de simptome determinate de lezarea centrilor cerebrali.

Concepția organogenetică cu variantele ei (teoria degenerărilor, teoriile eredo-constituționaliste) și-au continuat existența și în secolul al XX-lea, mai ales că progresele mari ale neuroanatomofiziologiei și neurochirurgiei au stimulat extinderea ei și a și fundamentat în unele boli organice legătura dintre tulburările psihice și substratul lor evident lezional. Tendința de a reduce explicația fenomenelor psihopatologice la niște aspecte neurofiziologice și lezonale o întîlnim la Clérambault, delirul de influență fiind explicat de el prin fenomene de iritare automată și mecanică a proceselor nervoase. Guiraud interpreta delirul ca pe o deconexiune neuronală în releele subcorticale. Organicismul îngust și din unele puncte de vedere aberant îl întîlnim însă în teoria localizărilor cerebrale a lui Kleist, care în „*Patologia clinică a leziunilor corticale*“ delimita pe lîngă alte centre — un centru al „eului individual“, un „centru religios“, altul „social“ etc. Această interpretare mecanicistă a fenomenelor psihice ducea în ultima instanță la reducerea psihologicului la neurofiziologie.

Explicațiile de inspirație organicistă s-au dovedit în bună măsură valabile în bolile psihice organice (demențe, oligofrenii, traumatisme etc.).

Atunci cînd ele au fost aplicate altor categorii de boli (psihogeniile, nevrozele, psihopatiile etc.), unde nu se cunoștea un substrat anatomic lezional s-au dovedit cu totul insuficiente și în fond mecaniciste.

În opoziție cu ipoteza organogenetică și în bună măsură inspirată de marile ei insuficiențe a luat naștere ipoteza *psihogenetică*, care postulează boala psihică drept o reacție la dificultățile existenței. Dacă potrivit primei ipoteze psihiatria era o disciplină strict medicală, care studia boala psihică asemănător oricărei discipline medicale, deservind-o prin sistemul categoriilor clasice (etiologie, patogenie, fenomenologie clinică, diagnostic, prognostic, tratament curativ și profilactic, anatomicie patologică etc.) potrivit celei de-a doua ipoteze, relația dintre boala psihică și factorul psihogen din mediul exterior nu mai putea fi probată strict științific, excluzindu-se posibilitatea explicării cu metodele științelor naturii. Complexitatea relației psihogenetice a impus folosirea altei metode, adecvată de fapt studiului științelor sociale și anume metoda înțelegerii adică empatiei, comprehensiunii sau intelligibilității (Dilthey, 1911). De altfel teoriile psihogenetice care consideră boala psihică drept o reacție la o situație dificilă, pornesc de la idei mai vechi exprimate de Esquirol, Stahl, Heinroth și mai recent de Baruk.

Conform acestei ipoteze, bolile funcționale, în special nevrozele, ar fi dezadaptări, conduite inadaptate provocate de mediu. De aici noțiunea de patologie ecologică și sociogenică demonstrată și experimental de Masserman, după care boala mentală este un efect al structurii sociale și al presiunii pe care societatea o exercită asupra individului. În același orizont de gîndire se încadrează și reprezentanții orientării culturaliste (Kardiner, Horney, Mead, Sullivan etc.).

Desi concepția psihogenetică exprimă importanța factorilor de mediu social în determinarea unor boli psihice și conferă optimismul reversibilității, ea păcătuiește fiindcă subapreciază sau eludează importanța condițiilor interne legate de aspectele constituționale, ereditar-genetice, și prin faptul că limitînd boala psihică la mecanismul simplu, psihotraumă, îmbolnăvire psihică, determină adesea ștergerea distincției dintre reacțiile normale în diferite situații stressante și cele patologice. Această concepție prin unilateralitatea ei face din cele două tipuri de reacții normale și patologice de fapt două variante cantitative, care pot duce la negarea obiectului specific al psihiatriei.

Una dintre concepțiile psihiatriei contemporane, care și-a propus să micșoreze și pe undeva să găsească punctile de legătură între cele două ipoteze extreme — organogenetice și psihogenetice este *organodinamismul susținut de Henry Ey* (1936), care a extins la psihiatrie ideea evoluționismului (Darwin, Spencer) aplicată în neurologie de către H. Jackson.

A. Organodinamismul are următoarele principii generale :

- Organismul și funcția psihică constituie un edificiu unitar, dinamic și ierarhizat rezultînd din evoluția, maturizarea și integrarea structurilor stratificate a funcțiilor nervoase, a conștiinței și a persoanei.

b) Boala mentală reprezintă (în lumina acestei concepții) efectul unei disoluții, al unei destructurări sau al unei anomalii de dezvoltare ale acestui edificiu structural.

c) Agentul fenomenelor morbide evolutive (accident evolutiv în limbajul autorului) este procesul organic care poate avea o acțiune distructivă sau negativă.

d) Acțiunea distructivă negativă a procesului organic determină regresiunea sau imaturarea funcțiilor psihice care se reorganizează sau care rămân organizate la un nivel *inferior*. Această organizare a funcțiilor psihice la nivel inferior determină fizionomia clinică a bolii, fiind socotită ca „organizare pozitivă”.

În lumina teoriei organo-dinamiste, boala mentală ar reprezenta o organizare a vieții psihice la un nivel inferior de integrare și în același timp o psihodinamică generată de degradarea organică. Organizarea inferioară este exprimată în structura simptomelor care constituie orice formă de existență patologică. Cu toată susținerea unității psihic-somă, a dinamicii și ierarhizării funcțiilor, concepția devine greu aplicabilă într-o serie de domenii unde nu sînt evidențiați factorii organici (asa cum dealtfel însuși autorul recunoaște).

În al doilea rînd pericolul care amenință această teorie stă în tendința la o conștiinție pe cît de sistematică pe atît de schematică și abstractă, care substituie faptelor de observație interpretări ipotetice, forțate și eclectice. Din păcate corelația celor doi factori (psihic și somatic) nu ajunge la H. Ey la înțelegerea materialist dialectică a raportului structură-funcție, ceea ce duce în ultimă analiză la interpretări materialist vulgare după care orice tulburare psihică exprimă necesarmente un substrat organic încă nedescoperit, ceea ce evident exclude posibilitatea unui stadiu inițial strict funcțional al bolii psihice, care numai în anumite condiții face saltul către organicitate.

Ipotezele psihogenetice ale ultimului deceniu al sec. al XIX-lea și începutul sec. al XX-lea, delimitarea conceptului de boală psihogenetică (psihozele reactive, nevrozele și în special isteria), cît și exagerările ipotezei organogenetice din acea vreme au stimulat pe Freud în fundamentarea teoriei sale psihanalitice ca primă concepție psihogenetică închegată și care își propunea să ofere o explicație deterministă în etiologia și patogenia nevrozelor în general și mai ales în explicarea manifestărilor somatice din isterie.

B. Psihanaliza și școlile psihanaliștilor disidenți. Ipoteza fundamentală a doctrinei psihanalitice o constituie postulatul după care psihicul uman este determinat de anumite forțe de motivație inconștientă. Deși noțiunea de inconștient fusese elaborată de Eduard von Hartmann cu 36 de ani mai înainte (1869), Freud (1856—1939) este primul care consideră drept conținut esențial al inconștientului instinctul sexual „libidoul” (1905). Aceasta ar fi după el izvorul energiei psihice și factorul motivațional de bază în jurul căruia s-ar centra comportamentul uman. Prin metoda asociației libere el constată că bolnavul își amintește experiențele copilăriei pe care le considera de mult uitate, dar care erau de fapt doar inhibate pentru că implicau experiențe sexuale. Freud postu-

lează astfel existența unei forțe active inconștiente, capabilă să excludă din conștiință aceste trăiri neplăcute, printr-un mecanism de represiune (refuzare) și care determină atât uitarea trăirilor neplăcute, cît și rezistența pe care o opune bolnavul în mod inconștient cînd trebuie să se refere la aceste evenimente. Făcînd unele analogii între comportamentul copilului și a relațiilor dintre el și părinți și comportamentul sexual al adultului, Freud a descris stadiile de dezvoltare psihosexuală a copilului. Astfel în primul an de viață copilul străbate *faza orală* în care activitatea erotică se exprimă în cursul suptului, mestecatului și mișcării, aceasta fiind centrată în jurul gurii și buzelor.

În al doilea an erotismul se deplasează asupra controlului sfincterian, este *faza anală*. Dacă în prima fază în tendință de a-și potoli foamea copilul duce totul la gură ajungînd să recunoască în mama lui sursa rezolvării tensiunii instinctuale și totodată plăcerea erotomană de supt, în fază anală relația de plăcere între el și mamă e condiționată de controlul sfincterian.

Dacă în aceste două faze există un autoerotism față de propriul corp în fază următoare, *faza genitală (falică)* care începe în al treilea an de viață, copilul descoperă obiectul iubirii în afara lui. Începe famosul „complex Oedip“, în care copilul străbate variate relații afective cu părinții. La băiat relația de obiect cu mama se continuă din fază orală, peste fază anală, în fază falică, cînd el este atras de mama lui și cînd dorește să-și eliminate „rivalul“ care este tatăl său, dar se teme că drept pedeapsă ar putea pierde organul genital, frică care cu timpul devine mai puternică decît iubirea pentru mamă și duce la stingerea ei. Acum băiatul s-ar identifica cu tatăl său, însușindu-și interzicerile acestuia și intră cu acel „complex al castrării“ într-o fază de latență sexuală pînă la pubertate. Fata se atașează și ea de mamă în stadiul preoedipal, dar descoperă surprinzător de curînd diferența sexuală anatomică față de băiat și capătă un sentiment de frustrare și invidie față de acesta. Ea devine ostilă față de mamă pe care o socotește răspunzătoare de această frustrare și se îndreaptă către tatăl său. Complexul se rezolvă prin diminuarea iubirii fetei față de tatăl său care nu-i poate satisface „cerințele imaginare“ cît și datorită fricii de dezaprobaare a mamei. Freud acordă complexului Oedip o mare importanță în formarea viitoarei personalități, nedepășirea și fixarea în această fază explicînd după el multe anomalii tardive. Între 4—11 ani este „faza de latență“, după care odată cu pubertatea se produce o recrudescență a sentimentelor incestuoase oedipale la ambele sexe, acum punîndu-se importanta problemă a retragerii libidoului de la părinți și atașarea către alții.

În teoria instinctelor, Freud leagă fenomenele psihologice de cele biologice definind instinctul (1915) ca un concept de frontieră între mental și somatic, ca reprezentare psihică a stimulilor originari din interiorul organismului care cîștigă psihicul, ca o măsură la cererea făcută psihicului de a lucra în consecința conexiunii sale cu corpul. După el, instinctul ar avea patru caracteristici principale și anume: sursa, impulsul, tinta și obiectul. Sursa oferă stimulul, care are o anumită forță (impuls) și care determină o acțiune cu scopul de a-și apropiua obiectul

care aduce satisfacție. Dacă la început el s-a limitat doar la instinctul sexual, în 1920 a clasificat instințele în instințe de viață (instinctul de autoconservare și instinctul sexual) și instinctul morții. Aceste instințe ar fi guvernate de anumite principii coordonatoare, cum ar fi principiul conștanței (1895), adică tendința organismului de a menține un echilibru prin descărcarea tensiunii interne la un nivel de repaus, fapt care s-ar realiza printr-un al doilea principiu, al plăcerii și al realității (1911). Tendința la descărcarea tensională dictată de principiul plăcerii e modificată de principiul realității odată cu maturarea funcțiilor „egoului“.

Deci, pentru Freud orientarea psihicului uman și adaptarea la mediu nu e motivată aşa cum susținea gîndirea filozofică și științifică de pînă la el de către conștiință, ca funcție de reflectare supremă, ci de către forțe de motivație inconștiente, în care rolul predominant îl joacă libidoul. Dacă Marx văzuse omul ca rezultat al condițiilor social-istorice în care trăia, Freud pune în primul plan biologicul din om care ar subordona după el latura socială. Consecințele filozofice ale acestei idei sunt evident retrograde și au favorizat orientările materialist vulgare ale antropologiei. Această primă schemă a psihicului cu conflictul inconștient-conștient (și cu o derivărie preconștientă) nu l-a satisfăcut pe Freud care își reformulează teoria concepînd de data asta psihicul ca o structură compusă din regiuni funcționale (nu trebuie confundat cu un fel de „anatomie topografică“). Psihicul s-ar compune din id (sine), ego și superego.

a) „Idul“ (sinele) este total inconștient și locul pulsunilor instinctuale, de care am vorbit mai sus. Este rezervorul de energie primordial, este complet neorganizat și se conduce după principiul plăcerii în contrast cu „egoul“ care se conduce după principiul realității și organizează contactul cu mediul.

Tot de „id“ sunt atașate și visele. Astfel, în somn se produce o relaxare a cenzurii prin care „idul“ devine predominant. După Freud visul ar avea tocmai această structură și funcție complexă de a păzi somnul moderînd excitația „idului“, iar pe de altă parte de a deghiza aceste impulsuri sub o formă simbolică, descifrabilă prin tehnica psihanalitică. El a numit visul „calea regală“ de studiu a inconștientului subliniindu-i astfel valoarea metodologică (1900). Această interpretare a fost punctul de plecare pentru arta suprarealistă și onirică.

b) „Egoul“ (eul) reprezintă o unitate coerentă cu sarcina de a evita neplăcerea și durerea, reglementînd descărcările „idului“ conform cu cerințele lumii externe. Freud descoperă „egoul“ în cursul fenomenului de rezistență și îl concepe ca o organizație strîns legată de conștiință și realitatea externă și concomitent operînd inconștient asupra instinctelor. Deci conștiința la Freud este doar una din funcțiile „egoului“. „Egoul“ (eul) controlează motilitatea, percepția, contactul cu realitatea și inhibă instințele primare ale idului. Studiind dezvoltarea ontogenetică a egoului, Freud constată că la naștere copilul nu are „ego“ ci doar „id“ (sine) și de aceea este total dependent de „egourile“ părinților. Contactul și schimbul cu lumea exterioară modifică sinele (idul) și for-

mează eul (egoul) care face ca progresiv principiul plăcerii să fie treptat subordonat principiului realității.

Dacă conflictul era la început între sine și lumea exterioară, acum este între sinele inconștient și „eul conștient”. Mai recent, Hartmann, Kris și Löwenstein au postulat coexistența „egoului” cu „idul” chiar de la naștere, numindu-l ego autonom primar. Acesta ar coordona copilul față de obiectele satisfacerii instinctuale. Medierea pe care egoul o realizează între id și lumea externă se realizează printr-o serie de funcții din care menționăm :

— relația cu realitatea, adaptarea la ea prin perceptie, memorie, înțelegere și acomodare ;

— controlul și reglarea pulsunilor instinctuale prin care se realizează trecerea de la placere la realitate ;

— dezvoltarea relațiilor de obiect de la narcisism la relații sociale în interiorul familiei și apoi în grupul social ;

— sinteza, integrarea, coordonarea tuturor funcțiilor psihicului ;

— apărarea față de semnalele periculoase din exterior sau interior printr-o serie lungă de mecanisme dintre care principalele par a fi represiunea (refularea), deplasarea, izolarea, anularea, rationalizarea, proiecția, regresiunea, evitarea, identificarea, introiecția, descărcarea, sublimarea, elaborarea creatoare etc.

c) Superegoul (supraeul) reprezintă forță inconștientă care imprimă „egoului” și „idului” anumite scheme morale insușite în copilarie de la părinți (și prin aceasta de la societatea în care au trăit părinții). Supraeul („supraegoul”) se constituie odată cu rezolvarea complexului Oedip cînd se încorporează forțele inhibitorii ale lumii externe (internalizare) și cînd se conturează un model ideal care va călăuzi în mod inconștient individul, model de „ego“-ideal, care va impune ceea ce a rezultat din sinteza imaginii părinților și al altor autorități exemplare. Deci supraeul este conceput ca o forță prohibitivă, autocritică. Normalul ar fi prin urmare cel al cărui psihic ar menține un echilibru armonios al „egoului” față de id și „superego“. Trăind bolnavi psihici Freud a constatat fapte psihopatologice noi pe care nu le putea înțelege cu noțiunile de psihologie și psihopatologie ale vremii lui și pentru care a elaborat o teorie comprehensivă atât pentru psihologia omului normal (pe care am expus-o mai sus), cât și pentru bolnavul psihic, pe care încercăm să o redăm sumar în cele ce urmează. Psihanaliza are o concepție proprie asupra nevrozelor și psihozelor. Freud observase că istericul sub hipnoză relatează amintiri inconștiente și admite că boala apare la indivizi care au suferit anumite traume psihice. Apoi descoperă prin metoda asociației libere că aceste traume sunt foarte precoce și sunt legate de ceea ce a descris ca sexualitate infantilă, adăugind la etiopatogenia nevrozelor ideea unui conflict sexual precoce între „ego“ și „id“. Simptomul ar fi expresia compromisului pe care îl face eul cînd reprimă pulsuna sinelui inconștient („idului“). Nevoia ar fi deci expresia unei frustrări care împiedică o satisfacere pulsională adecvată, eul regresind la o treaptă de organizare mai inferioară, infantilă. Psihanaliza lui Freud oferă același fel de explicații și pentru psihoză. Schizofrenia ar fi după

el expresia unei slăbiciuni, constituționale sau psihogene a eului, care ar determina o regresiune a psihicului la un nivel primitiv, asocial, narcisic, în care individul sacrifică eul și adoptă puncte de vedere ale „idului“ (sinelui).

Studiind cartea unui bolnav de paranoia (cazul Schreber), Freud explică delirul de persecuție printr-un puseu de libido homosexual care intră în conflict cu „egoul“ din care rezultă printr-un mecanism de proiecție, delirul de persecuție.

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

În concepția psihanalitică cauza principală a bolilor psihice o constituie eliberarea inconștientului de sub controlul conștiinței. Inconștientul reprezintă un sistem de forțe afective refulate, care nu se manifestă clinic decât printr-o distorsiune în simptome psihopatologice după modelul gîndirii din vis. Această forță intră în conflict cu forța conștientă a „egoului“ care „are sarcina“ să adapteze persoana la realitate, și astfel se produce boala mentală.

Freud și-a propus ca prin metoda psihanalitică să aducă în conștiință bolnavului sensul real al bolii sale, adică faptul că aceasta constituie o producție simbolică și imaginară care descărcîndu-l și elibărîndu-l astfel de o povară imatură îi întărește sau chiar îi refac concomitent personalitatea (prin mecanisme de conștientizare-restructurare).

Limitele psihanalizei țin în primul rînd de ignorarea substratului material, neurofiziologic al bolilor mentale. Datele neurofiziologice contemporane pun într-o lumină nefavorabilă și desuetă ipotezele psihanalitice. Ceea ce este inacceptabil este caracterul dogmatic pe care îl continuă urmășii ortodoxali ai lui Freud, care contrazic cerința de reinnoire a oricărei teorii, conform cu noile descoperiri, fapt care pune sub semnul întrebării pretenția psihanalizei ca teorie științifică.

Criticabilă este de asemenea confuzia domeniului socialului și al culturii cu psihopatologia care duce la ștergerea distincției, de mare importanță socială, între bolnav și normal, ceea ce scade mult din aplicabilitatea practică a psihanalizei. Aceasta este și motivul pentru care psihanaliza a fost criticată nu numai de marxism, ci chiar de curente burgheze cum ar fi existentialismul.

Cu toate aceste scăderi grave, cum ar fi predominanța explicației biologico-sexuale în conduită umană, ca și neîntelegerea valorii societății în formarea personalității umane, psihanaliza are totuși meritul de a fi dat o sinteză oarecum unitară asupra funcționării psihicului într-un moment istoric cînd totul era fragmentat de pozitivismul sec. al XIX-lea.

Deși n-a fost acceptată de psihologia riguros experimentală și de științele naturii în general, psihanaliza a avut ecouri largi în artă și filozofie, domenii în care subiectivul își mai găsește încă de asemenea unele explicații.

Din cercul de elevi al lui Freud, doar Karl Abraham și Ernest Jones au rămas fideli maestrului, pe cind Adler, Jung, Rank, Stekel și Ferenczi au formulat la început critici și apoi au întemeiat școli separate, independente, cunoscute sub epitetul de „disidente“. Dintre acestea expunem concepția lui Jung și Adler accentuând mai ales punctele de vedere deosebite de psihanaliza lui Freud.

Carl Gustav Jung (1875—1961) psihiatru elvețian, spre deosebire de Freud, neagă rolul determinant al sexualității în viața psihică și susține că aceasta este determinată de inconștientul colectiv, ancestral. Inconștientul după Jung nu reprezintă numai acea parte reprimată a psihicului, ci el reprezintă modelul original, aprioric de motivație care se dezvoltă progresiv neputind deveni decât parțial conștient, și care este relevat prin simboluri, imagini și vise. El vorbește de un limbaj inconștient pe care-l consideră mai puternic decât pe cel conștient și obișnuit pentru că primul (cel inconștient) permite o comunicare spontană și originală prin imagini și nu prin concepte.

În concepția lui Jung, visurile și fantezia reprezintă o sursă vitală și indispensabilă de informație și ghidare, negind apartenența lor la un nivel primitiv, regresiv sau anormal. Pornind de la conceptul său despre inconștientul colectiv, ancestral, Jung ajunge la concluzia că psihicul este predeterminat obiectiv, aprioric, că omul nu se naște cu un fel de „tabula rasa“ din punct de vedere psihic, ci fiecare vine cu moștenirea aceluiași psihic inconștient colectiv, ancestral capabil să-i imprime anumite predispoziții și prefigurații, ultimele constituind de fapt rezervorul viitoarei conștiințe. După el deci, inconștientul este o entitate autonomă și precedentă; nu este nici o parte a eului, ci invers, eul reprezintă o parte incompletă și relativ inadecvată a totalității vieții psihice. Inconștientul personal este, după Jung, contrabalansat de inconștientul colectiv, ancestral și el reprezintă acel material psihic, care nefiind compatibil cu „egoul“ ideal propriu este reprimat (refuzat) de acesta.

Din aceste relații inconștient personal, inconștient colectiv și „eul conștient“ autorul derivă noțiunile de intro- și extroversiune și legat de ele tipurile psihice respective. Tipul psihic introvertit derivă sensul realității din lumea sa subiectivă, pe cind cel extrovertit este legat de lumea externă, materială. Exagerarea introversiunii poate duce la o adaptare inadecvată, în timp ce exagerarea extroversiunii ar putea duce la o depersonalizare conformistă.

Pentru a înțelege și mai bine conținutul acestei concepții idealist-obiective redăm cele două elemente ale inconștientului colectiv și anume: arhetipurile și complexele.

Arhetipurile ar reprezenta configurații ale inconștientului colectiv care se exprimă prin imagini, emoții și modele de comportament tipic umane, cum ar fi omul bun, eroul, diavolul, persoana divină etc. Ele reprezintă moștenirea vie care înregistrează tendințele de bază din trecutul umanității. În plus pentru Jung, inconștientul ar fi în principal colectiv, determinat de experiența nenumăratelor generații trecute. Per-

sonalitatea conștientă, după el, se organizează în jurul acestor arhetipi care devin motivațiile de bază, instinctuale, predispozițiile viitoarei personalități. Toate aceste idei cu fond speculativ se bazează pe interpretarea de către autor a unor elemente de cultură care cuprind anumite motive exprimate în artele plastice primitive ale tuturor popoarelor de unde și concluzia universalității acestor imagini.

Complexele se dezvoltă ulterior printr-o lungă condiționare sau prin experiențe psihosomatice timpurii din modelul arhetipal. De pildă, complexul „mamă” se formează pe arhetipul mamă ca imagine mitologică preformată, universală, transpersonală, pe care individul o proiectează în femeia care joacă acest rol. Complexul ia naștere din conflictul potențialului arhetipal cu experiența actuală a femeii în funcție de mamă.

Complexele, după Jung, ar reprezenta structuri autonome ce se exprimă ca forțe afective de motivație ce pot irupe în conștiință uneori chiar dominând-o prin înlocuirea raționalității „egoului” cu emoțiile sale. Această idee de altfel și-a însușit-o și E. Bleuler.

Arhetipurile și complexele ar servi conștiința și personalitatea pe o cale indirectă, simbolică. Dacă sunt negate pot provoca tulburări obsesiv-compulsive și în cazuri extreme psihozе.

În lumina acestei teorii arhetipurile se pot projecța asupra altor persoane formind configurații arhetipale, dintre care cele mai importante ar fi : persona, umbra, anima, animus și self-ul.

„*Persona*“ este tendința către conformitate și realitatea exterioară, către mască, către rol, dând în extremis o personificare și de fapt o pseudopersoană, cum ar fi de pildă „doctorul, profesorul“. În asemenea situații visele conțin personaje îmbrăcate rigid, armuri și din contră, insuficiența acestei configurații provoacă vise în care personajul este „inadecvat îmbrăcat“ sau chiar „gol“.

Umbra este un alter ego reprimat pe care subiectul nu-l poate accepta la el și a cărui prezență la alții o consideră „inamică“. Ea apare de asemenea în vis.

„*Anima*“ și „*animus*“ sunt instințe umane fundamentale, universale, inconștiente din care se dezvoltă personalitatea nedominantă, recessivă. Ele sunt reprezentate de o feminitate nedezvoltată la bărbat („*anima*“) și de o masculinitate nedezvoltată la femeie („*animus*“).

„*Anima*“ reprezintă capacitatea pentru emoții, fantezie, imaginație, receptivitate. „*Animus*“ reprezintă capacitatea pentru inițiativă și agresivitate, abilitatea de a rationa, spiritualitatea și capacitatea pentru activitate și organizare.

Self-ul este instictul arhetipal către individuație, către devenire a propriului potențial preformat care intră în tensiune cu mediul și cu „*egoul*“ actual și dă complexele, putând duce la scindare și incompletitudine în caz de boală. În condiții normale el tinde la integrare, la unire cu „*egoul*“ actual.

În lumina acestei concepții deosebit de încurate, „*egoul*“ este deci confruntat cu inconștientul colectiv, cu arhetipurile și complexele care se formează în jurul lor și care uneori poate duce la o disociație și

fragmentare. După Jung, stabilitatea emoțională poate fi menținută numai dacă aceste arhetipuri și complexe sunt confruntate și înțelese în termeni simbolici, putind să reorienteze conținuturile și valorile conștiente, ajungindu-se astfel la o cooperare cu inconștientul în viața zilnică.

Termenul de „*individuație*“ utilizat de Jung avea menirea să reprezinte procesul creșterii și dezvoltării persoanei prin devenirea a ceea ce este întrinsec. În timp ce personalitatea sănătoasă caută o înțelegere clară și profundă a sensului vieții, nevroza ar reprezenta acea suferință a sufletului persoanei care nu și-a găsit sensul. Orice creație și orice progres afirma Jung, survine dintr-o suferință a sufletului care la rindul ei este rezultatul unei stagnări și sterilități spirituale.

Calea vieții umane este, după el, o „luptă dreaptă“ între conștient și inconștient, care ar juca rolul ciocanului și nicovalei, între care se forjează individul.

Libidoul are la Jung un sens larg de energie psihică. El nu-l limitează la sexualitate sau putere, ci consideră că include orice expresie posibilă a psihicului, inclusiv tendința spirituală sau religioasă ca și impulsul de a găsi sens în viață.

Conform teoriei sale pe care a intitulat-o „*psihologie analitică*“, factorii arhetipali, nerationali ai psihicului, direcționează funcționarea și scopurile „egoului“ conștient, constituind puterea internă a conștiinței, nucleul de integritate morală a personalității, selful și ca atare voința de viață. Jung postulează deci o entitate necunoscută și incognoscibilă ca sursă a vitalității psihice, dar care prin structura sa inconștientă poate obstrucționa și sabota personalitatea conștientă, producind astfel manifestări psihopatologice. Partial originalitatea teoriei lui Jung față de psihanaliză provine și din postularea adaptării interne care ar consta în atitudinea conștientă față de cerințele arhetipurilor care se manifestă destul de diferit și ambivalent. Astfel inadaptarea lor ar constitui o amenințare distructivă pentru personalitatea conștientă, interferență cu adaptarea reală la condițiile interne și externe ar da obseziile. Ele capătă însă, calități pozitive atunci cînd se integrează în personalitate și capătă un sens constructiv și creator. Adaptarea subiectului la realitatea externă și internă include deci atât cerințele inconștientului colectiv centrata în self, cât și adaptarea la cerințele societății. În conformitate cu aceste speculații, Jung consideră că metoda psihoterapeutică trebuie să conste în ghidarea inconștientului observabil în vise, fantezii și produse artistice, care exprimă „mesajul“ inconștient ce se impune integrat în viața conștientă. Din aceste mesaje ce reprezintă analogii simbolice, psihoterapeutul trebuie să afle sursa conflictelor psihologice răspunzătoare de devierile psihopatologice.

Acest model psihoterapeutic al lui Jung poate fi însă luat în discuție cel mult ca ipoteză de lucru și nu ca o cale demnă de urmat, deoarece el ne propune o nouă mitologie, o mistificare a psihicului, o substanțializare spiritualistă, o absolutizare a unei presupuse esențe psihice. Modelul său aparent și declarativ atât de diferit de cel al lui Freud este în conținut aproximativ identic, deoarece postulează același

determinism psihic al inconștientului fără de care, după ei, comportamentul nu poate fi înțeles.

Alfred Adler (1870—1937), psihiatru austriac, este cel de-al doilea discipol al lui Freud și autorul „Psihologiei individuale”. Între anii 1902—1911 era unul dintre colaboratorii cei mai apreciați ai lui Freud, care în anul 1907 l-a promovat ca președinte al Societății psihanalitice din Viena. Participarea lui Adler la ședințele săptămînale a evidențiat spiritul său critic deși în multe privințe era de acord cu Freud (studiu viselor, experiențelor infantile etc.).

Disensiunea începe în 1908 și ruptura survine în 1911, cînd Adler a dezvoltat propria teorie asupra personalității în care a redefinit inconștientul și a contestat concepția lui Freud asupra libidoului. În 1912 el a creat o societate proprie și a editat lucrarea intitulată „Caracterul nervos“.

După Adler, cursul vieții individului nu este determinat de instințe obiective, inconștiente, preformate (ca la Freud și Jung), ci din scopurile și valorile înalte, subiective, proprii. Abordînd oarecum holistic omul, Adler îl consideră ca pe un *sistem organic*, cu sens care are scopul auto-realizării și supraviețuirii individuale. Unitatea individului în lumina acestei concepții este rezultatul interacțiunii proceselor dinamice somatice, psihologice și sociale. Inspirat din filozofia lui Nietzsche și Schopenhauer, Adler ajunge să privească diferit complexele tratînd în mod special „complexul de inferioritate“, care este înlocuit compensatoriu cu motivația pentru superioritate. „Complexul de inferioritate“ este definit de el ca „orice inadaptare reală sau imaginară, fizică, psihologică sau socială“. Adler consideră că forța care stimulează orice activitate umană este impulsul către superioritate, perfecțiune și totalitate.

Din neajutorarea și dependența originară ia naștere un sentiment de inferioritate universal al copilului, care după Adler dorește să depășească micimea și dependența în scopul securității, dominării și autoaprecierii. În acest sens lupta pentru autorealizare reprezintă în primul rînd aspectul integral al vieții. În al doilea rînd autorealizarea are un aspect subiectiv, individual, ea depinzînd de înzestrarea biologică și de condițiile de mediu, fiecare individ dezvoltîndu-și conceptul său de „self“ și lume într-un mod personal și unic. Sensul vieții umane ar consta deci în tendința omului de a înlătura anxietatea și insecuritatea prin perfecțiune și completitudine. Spre deosebire de Freud și Jung, el acordă o importanță deosebită activității conștiente critice selective în formarea personalității umane. Astfel Adler consideră că individul în adaptarea activă la mediul social și diferențierea de el, selectează din experiențele proprii și din relațiile sociale cu alții formîndu-și un model propriu, coerent și consistent exprimat în „stilul de viață“. La copil „stilul de viață“ se dezvoltă în procesul de maturizare prin confruntarea cu comportamentul adulților. Experiențele primare din primii cinci ani de viață formează o schemă pe care se va construi „stilul de viață“ al persoanei adulte.

Deși Adler situează persoana în contextul larg al societății consideră ambele elemente — individ — societate de egală importanță, ne-

gind astfel rolul determinant al societății în formarea personalității. Cu toate acestea el are contribuții pozitive față de înaintașii săi în aprecierea rolului mediului familiar și social. Astfel Adler consideră că educabilitatea copilului derivă din creșterea interesului social, rațiunea și inteligența se dezvoltă prin interacțiune umană, iar autointeresul pentru o viață socială cu scop și în acord cu realitatea socială o leagă de condițiile favorabile de mediu familial chiar din primii ani de viață. Deși Adler pune pe plan de egalitate individul și societatea, pentru el dezvoltarea sentimentului social reprezintă un criteriu de sănătate mentală. În acest sens el consideră că cea mai mare anxietate a omului este legată de sentimentul de „izolare socială”, iar vulnerabilitatea lui provine din pierderea autostimei. Un stil de viață sănătos, spunea Adler, este îndreptat către căpătarea competenței și succesului social prin muncă în conformitate cu scopul și utilitatea socială. Inteligența, autoștima și capacitatea de a înfrunta evenimentele stressante sunt și ele condiționate de creșterea sentimentului social al individului ca membru util al societății, capabil să împartă cu ceilalți idealurile etice și estetice.

Psihopatologia adleriană pleacă de la conceptul de sănătate mentală construit pe un „self”, pe un stil de viață activ și creator cu o motivație dinamică și deschisă pentru viața socială.

Nevroza ar fi în acest sens rezultatul unei dispoziții nevrotice din copilărie căpătate prin supraprotecție sau neglijență, rezultând un copil cu un „self” neajutorat într-un mediu ostil, frustrant și pedepsitor, neadaptat aperceptiv pentru sarcinile cognitive și constructive ale vieții sociale. Pentru a-și compensa inferioritatea subiectul dezvoltă o luptă nevrotică pentru superioritate, pentru securitate substituind scopul unei vieți sociale utile cu o rezolvare egoistă, necooperantă și într-un fel anticomunitară. Subiectivitatea individului devine distorsionată cu o autoimagine șubredă și constant amenințată. Desigur că unele mecanisme psihopatologice de acest gen pot fi incriminate și în nevroze și mai des în dezvoltările nevrotice. În marea lor majoritate ele sunt întâlnite în structurarea personalităților dizarmonice, psihopatiche.

Din această teorie rezultă o psihoterapie și mai ales o psihoprofilaxie adleriană, care ar consta în esență în ghidarea copilului și a familiei, considerind că relația mamă-copil este asociată pentru dezvoltarea emoțională a acestuia. Ea reprezintă cea mai intensă și mai imediată experiență a dragostei și prieteniei și formează baza a tot ce va avea copilul ca incredere optimistă și atitudine responsabilă față de lume și societate. În aceste formulări regăsim de altfel fundamentată importanța celor „6—7 ani de-acasă”. Adler a propus chiar ghidarea copilului în „constelația familială” și apoi în sistemul educațional care stă la baza școlii austriece. El a susținut colaborarea familie-școală sfătuind copilul, familia și profesorii să promoveze o atmosferă de optimism pedagogic. În acest sens el a creat „echipa terapeutică” formată din medic, părinți și profesori pentru îndrumarea copilului.

Pornind de la aceleași principii, Adler postulează prietenia caldă și înțelegerea reciprocă în relația medic-pacient în scopul întăririi și dezvoltării motivațiilor constructive, a sentimentului social și a diminuării

sentimentelor de inferioritate și de teamă. Apreciind că rezistența bolnavului în procesul terapeutic se datorește fricii de schimbare a „stilului de viață morbid”, el recomandă psihoterapeutului insistența fermă și perseverența în a încuraja pacientul și nu neutralitatea acestuia ca în tipurile de psihoterapie de inspirație psicanalitică pură.

În concluzie spre deosebire de Freud, Adler consideră psihicul ca pe un proces continuu și în interacțiune cu mediul într-un stil de viață care reimplică continuitatea accentuând aşezarea organismului uman în societate. Pentru el inconștientul este motivat în principal nu de libido, ci de tendințele inconștiente către putere, superioritate, perfecțiune și adaptare socială. Aceste idei au constituit sursele de inspirație în special în teoriile psihologice ulterioare (Sullivan, Horney, A. Lewin, Allport, Goldstein, Buber). Influența concepției sale și-a găsit aplicabilitate în special în domeniul pedopsihiatriei și al igienei mentale, în care este chiar socotit ca unul dintre fondatori. Evidențiind aceste merite ale lui Adler trebuie să avem în vedere orientarea de esență dominant idealistă și legată de ea aprecierea eronată conform căreia mobilul și conținutul dezvoltării personalității umane se reduce la „tendința către putere”, iar determinismul social apare ca element subordonat acestei tendințe și pe plan de egalitate cu „elementul” individual.

C. Neopsihanala sau neofreudismul. După 1933 se știe că centrul freudismului s-a mutat din Europa în S.U.A. îndeosebi la New-York, unde cunoaște o pătrundere în toate domeniile socio-culturale. Mai influent decât freudismul ortodox devine neofreudismul, care susține că s-a eliberat de greșeala lui Freud asupra instinctelor și ține cont de factorii de mediu exterior (de factorii socio-culturali). Aparent aceasta este în concordanță cu marxismul. Din analiza teoriilor celor doi reprezentanți (Horney și Fromm) se va vedea însă că neofreudismul nu este din punct de vedere doctrinal altceva decât freudismul, deoarece și pentru reprezentanții lui psihicul uman este determinat de inconștientul „Compulsiv” care dirijează conștiința, rațiunea și toate produsele ei. De aceea îl considerăm neștiințific și iraționalist pentru că răstoarnă adevărul asupra determinismului psihic susținut de materialismul dialectic și istoric pentru care psihicul este determinat social și condiționat biologic. Se înțelege de ce nu se pot deruta nici formulările „socio-culturale” pentru că ele nu sunt niște determinanți, ci sunt doar circumstanțiale ale unui inconștient „suveran”.

Karen Horney, în cartea „The Neurotic Personality of our Time” (1937), a început critica concepțiilor lui Freud, a părăsit societatea de psihanala ortodoxă, a înființat „Asociația pentru progresul psihanalizei” și revista „The American Journal of Psychanalysis”.

Horney reproșează lui Freud că ar fi ignorat factorii culturali exagerând în același timp natura biologică a psihicului. Or, dacă ar fi fost așa, adică dacă psihicul ar fi fost determinat de inconștientul biologic, oamenii și bolile lor ar trebui să fie la fel. Or, Horney a observat că nevrozele se manifestă altfel în Statele Unite în comparație cu Germania. Prin urmare, intervine un alt factor decât cel biologic care nu poate fi decât o diferență socio-culturală. De aceea ea consideră că

teoria instinctelor, teoria structurii psihicului (id-ego-superego) și tot ce derivă din ele trebuie părăsite, deoarece adultul nu rămîne un copil compulsiv ci evoluează într-un mediu socio-cultural. Horney recunoștea că oamenii sunt domnați de impulsuri inconștiente dar nu de libido și agresivitate, ci de alte două tendințe (care sunt parțial înăscute, parțial determinate bio-social): tendința spre satisfacție și tendința spre securitate. Aceste noțiuni s-ar putea apropia de principiul plăcere-realitate al lui Freud.

Sistemul lui Horney porneste de la premisa că aceste două tendințe fundamentale sunt incompatibile. Satisfacția aduce reprimare și insecuritate, iar securitatea frustrează satisfacția. Conflictul lor dă substratul refulării, care constituie dinamismul interior, inconștient al psihicului. După ea cultura occidentală ar stimula această contradicție prin faptul că determină creșterea nevoilor și scade puterea de a le satisface agrăvind astfel drama interioară. De aceea autoarea stipulează postulatul conform căruia acest conflict inconștient trebuie conștientizat, demascat și astfel energia cheltuită pentru securitatea interioară (și ea inconștientă), să fie orientată spre indeplinirea unor sarcini vitale și creative. Nimic principal deosebit față de psihanaliza care și ea își propunea să schimbe personalitatea prin aducerea proceselor inconștiente în sfera conștiinței.

Celălalt reprezentant, Erich Fromm, pretinde că el reconstruiește pe Freud pornind de la anumite teze marxiste.

Teoria sa se referă la interacțiunea dintre factorii psihologici și sociali în dezvoltarea personalității. Este important să vedem ce înțelege Fromm prin „social“. Omul nu este produsul instinctelor (ca la Freud) ci produsul istoriei (teza este marxistă). Deci omul, caracterul lui se schimbă odată cu epoca. Astfel omul în capitalism este altul decât cel din evul mediu. A rupt legăturile primare cu natura și cu comunitatea, a devenit liber dar în mod paradoxal, a devenit singur, neputincios, anxios, plin de îndoieri, amenințat de capital și de piață, având relații reci și dușmanoase, singur în fața lumii, a ajuns să capete deci o libertate negativă prin eliberarea din unitatea organică medievală. El consideră că soarta omului este să servească capitalul, să fie șurubul unei mașini mari, de aceea afirmă că omul în capitalism este instrainat, alienat. Alienarea crește și prin evenimentele la care e supus de contradicțiile capitalismului care dau șomaj, crize, războaie. Totul este marfă, omul este rupt de unelte și de materiile prime, de semenii lui și de el însuși. Relațiile sunt dezumanizate, devin niște relații între lucruri. Fromm subliniază că acest fenomen s-a accentuat în secolul al XX-lea, astfel că libertatea negativă a ajuns să ducă la sentimentul de neputință și disperare. Aceste premise deci ar impune următoarea concluzie: societatea trebuie schimbată, trebuie raționalizată, ca să promoveze libertatea pozitivă, în care producția să fie pentru om nu numai profit, omul să simtă că poate, că este creator, că muncește pentru el și pentru alții, că are de ce speră și cu cine comunica; aceasta ar fi, după el, societatea viitorului, „socialismului“. Până aici pare acceptabil.

Fromm critică societatea capitalistă contemporană propunind reformarea ei și reconstruirea unei „societăți sănătoase”, o soluție utopică în care autorul a încercat o sinteză discutabilă a freudismului cu marxismul. Capitalismul, prin urmare, generează nevroza din care omul nu poate evada real, ci doar fictiv. După Fromm modalitățile de evadare sunt de trei tipuri :

- sadic-masochistă : în care omul domină, înjosește, chinuie sau se supune și este dependent ;
- distrugere ;
- conformismul automat, o evadare în mimetism, pseudoidei, pseudogîndire, pseudoeu.

Acstea evadări fiind fictive favorizează dezvoltarea capitalismului, care la rîndul său accentuează această pseudoevadare creînd astfel un cerc vicios.

Soluția lui Fromm este ceea ce el numește „socialism” adică „societatea sănătoasă din punct de vedere psihic”. Fromm își îngăduie să-l critice pe Marx pentru că a considerat că omul este rațional, subestimînd complexitatea lumii afectiv-umane, iraționalul, care ar genera dorință de stăpînire și distrugere. Desigur că o asemenea concepție despre om duce la pierderea încrederii în posibilitatea transformării societății. Fromm crede că o societate mai bună nu poate fi creată de oameni fără o transformare prealabilă în sfera morală. Recunoaștem aici vechea idee a socialistilor utopici combătută la vremea ei de Marx. Transformarea morală de care vorbește Fromm ar fi de fapt vindecarea de nevroza compulsivă și aceasta bineînțeles prin tratament psihanalitic, în care să fie conștientizate tendințele inconștiente și direcționate către libertatea pozitivă, adică spre munca productivă și iubire. Astfel psihanaliza va putea salva progresiv un număr de indivizi, care vor forma o comunitate socialistă, ce se va lărgi și va cuprinde lumea. Iată cum Fromm extrapoliază o teorie psihopatologică cu pretenția de a soluționa o problemă fundamentală de sociologie. Soluția lui este utopică, neștiințifică și chiar retrogradă, pentru că pornind de la o teză marxistă ajunge la concluzii denaturate.

În concluzie, neofreudismul nu înlocuiește postulatul fundamental al lui Freud asupra naturii iraționale a psihicului. Soluțiile propuse sunt idealist utopice, pentru că ignoră realitatea obiectivă, adevărul materialismului istoric.

Dacă am face o tentativă de sistematizare a concepțiilor pe care le-am expus și a celor pe care le vom expune în continuare după criteriul metodologic, am putea clasifica principalele concepții în *preponderent descriptive și concepții preponderent comprehensive*.

Din grupa așa-ziselor concepții preponderent descriptive ar face parte concepția fenomenologică și, în prima parte a existenței ei, concepția clinico-nozologică. Acest grup de concepții se caracterizează prin folosirea preponderentă a descrierii clinice a stării actuale și a evoluției fenomenelor psihopatologice.

A doua orientare utilizează cu precădere *metoda comprehensivă mediată*, pentru că înțelegerea directă (empatică) singură a dus, în ca-

drul marilor psihoze (endogene și organice) la rezultatul negativ al neintelibilității fenomenelor psihopatologice esențiale (primare).

Pornind de la unele insuficiențe ale metodelor preponderent descriptive, autorii acestui grup de concepții au tins să folosească „comprehensiunea genetică” și să considere fenomenele psihopatologice esențiale (primare) drept o decompensare a personalității premorbide (caracterizată ca schizotimă, ciclotimă etc.). În acest caz, exacerbarea cantitativă a unor trăsături constituționale (conform teoriei constituționiste a lui Kretschmer, Lombroso etc.) duce la instalarea unor boli psihice endogene ca schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă. A doua modalitate aşa-zis dominant „comprehensivă” a bolilor psihice constă în utilizarea pentru înțelegerea tulburărilor a o serie de sisteme relationale psihice ipotetice, extraconștiente de tipul celor relatate mai sus (psihanaliza, psihanaliști dizidenți, neofreudismul, organodinamismul) și altele care vor fi expuse în continuare (existențialismul, psihosomatica, structuralismul).

D. Fenomenologia în psihiatrie constituie o noțiune de metodologie clinică introdusă de Jaspers în „Allgemeine Psychopathologie”. Ea constă într-o descriere completă a tabloului clinic, respectând cu maximă obiectivitate ceea ce răspunde bolnavul, notind cu exactitate totul în foaia de observație. Grija constă în a nu altera fenomenul clinic cu nici un fel de interpretare deformantă sau prejudecată. Aplicarea acestei noțiuni are un sens strict psihiatric și nu are pretenția termenului filozofic (al concretizării rigorismului husserlian sau vreo intenție existențialistă). Fenomenologia psihiatrică este menită să conserve autenticitatea de neînlocuit a manifestărilor psihopatologice, aducind astfel expresia bogată și nuanțată a trăirilor bolnavului psihic. Acela care aduce contribuții evidente în psihopatologia contemporană este psihiatrul fenomenolog și filozoful existențialist Karl Jaspers. În lumina celor expuse mai sus, fenomenologia, ca metodă psihiatrică, ar putea fi inclusă în metodele preponderent descriptive, mai ales ca studiu al fenomenelor psihice conștiente. În cadrul aplicării la domeniul psihopatologiei, Karl Jaspers a elaborat o serie de principii metodologice în psihopatologie, care au completat și contribuit la aprofundarea sistematică a rezultatelor de observație clinică obținute de școala kraepeliniană, constituind în același timp puncte de plecare în formularea unor aprecieri critice față de metodele psihanalitice și într-o oarecare măsură chiar față de unele metode existențialiste aplicate la psihopatologie.

Principiile metodologice ale lui Jaspers ar putea fi expuse schematic astfel :

1. Principiul descriptiv cuprinde descrierea trăirilor psihice subiective conștiente (fenomenologia în sens restrâns și a datelor psihice obiective, adică a performanțelor psihice (de judecată, mnezice, de atenție, de orientare etc.), a datelor obiective cu sens (comportament, concepție despre lume etc.) și a simptomelor somatice asociate.

2. Principiul cunoașterii prin înțelegere empatică statică (a stării actuale) și genetică (adică a dezvoltării fenomenelor psihopatologice), care se adresează bolnavului individual. În prima parte a studiilor sale

psihopatologice (1913) în legătură cu aplicarea metodei comprehensive în psihiatrie, Jaspers a subliniat că relațiile „comprehensibile“ elucidate la individ, fiind unicate, nu pot duce la teorii globale ale vieții psihice, ci numai la interpretarea unor stări psihice individuale sau cel mult la construcții sugestive — ideal tipice — care au numai un rol orientativ și nicidcum nu relevă relații deterministe general valabile. Aceasta pare să constituie o critică pentru majoritatea concepțiilor bazate pe cercetarea comprehensivă (psihanalitică, existențialistă și în bună măsură structuralistă), atunci cînd aceste concepții au nesocotit limitele specifice metodei utilizate de fiecare dintre ele, căutînd să înțeleagă mediat (prin imaginarea unor mecanisme ipotetice) fenomene care își au cauzalitatea în substratul material cerebral (ca de exemplu trăsăturile temperamentale, esența psihopatologiei psihozelor endogene și organice etc.), fenomene care nu pot fi explicate decît prin elucidarea cauzei lor, deci a etiologiei, a patogeniei care pot fi evidențiate doar prin mijloace de investigație foarte complexe ce se adresează atât dimensiunii psihice, cît și celei biologice.

3. Cu aceste observații a fost succint definit și cel de-al treilea principiu și anume principiul explicației cauzale. Acesta cere stabilirea unor relații strict deterministe și general valabile între diverse fenomene, care pot fi în același timp verificate prin metodele obiective ale științelor naturii.

Numai aceste relații pot duce după Jaspers la teorii în sensul adevărat științific al cuvîntului. De altfel autorul sublinia că pînă la acea vreme erau evidențiate mai mult relațiile cauzale între diferite fenomene aparținînd substratului material al unor boli psihice, mult mai puțin însă erau elucidate relațiile dintre fenomenele psihopatologice și modificările organice cerebrale (inclusiv modificările biochimice, enzimatice genetice etc.). Modelul acestor relații cauzale o constituie paraliază generală progresivă.

În cadrul celor trei principii ale metodei analizate mai sus preponderența în funcție de eficiență practică reală a fiecărui principiu revine principiului descriptiv, fapt care ne-a și determinat să considerăm metoda fenomenologică a lui Jaspers în domeniul psihopatologiei drept o metodă dominant descriptivă. Ea a dus ulterior prin lucrările lui Gruhle, Kronfeld, Mayer-Gross, Bumke, Kurt Schneider la descrierea mai largă și mai aprofundată a fenomenelor psihopatologice și la explicația lor cauzală organică, toxi-infectioasă etc. Completarea tabloului simptomatologic al diferențelor boli psihice se concretizează atât în tratatul de psihiatrie redactat de Bumke, cît și în manualul lui Mayer-Gross. Am putea aprecia în același timp că fenomenologia psihopatologică a lui Jaspers prin criteriul „comprehensibilității“ reprezintă o reală contribuție la elaborarea criteriilor de diferențiere a reacțiilor psihogene de procesele funcționale și organice care stau la baza psihozelor dominant endogene (schizofrenia și psihiza maniaco-depresivă) cît și a psihozelor organice toxice și infectioase. Ca rezultat al aplicării în practică a conceptului metodologic jasperian insușit și îmbogățit de el, Kurt Schneider delimită și sistematizează multe din formele clinice ale psihopatiilor

și evidențiază simptomele clinice de rangul I și importanța lor în diagnosticul schizofreniei.

De asemenea apreciem că această latură a fenomenologiei lui Jaspers a contribuit la imprimarea unei orientări moderne în cercetarea științifică psihiatrică.

Mentionăm că ulterior o serie de alți autori (Minkowski, Wyrsch, Matussek etc.), care inițial au folosit metoda preponderent descriptivă (adică metoda fenomenologică inițiată de Jaspers în psihopatologie) în cadrul analizei existențiale prin utilizarea unor concepte inspirate din filozofia lui Heidegger au transformat psihopatologia fenomenologică într-o antropologie existențialistă. Ultima se caracterizează prin extinderea nefundamentată empiric a metodei comprehensive și utilizarea absolutizantă a analizei stărilor de conștiință. Ei au trecut astfel de la o metodă bazată în primul rînd pe descrierea stării și evoluției fenomenelor psihopatologice la o interpretare filozofică speculativă. Această evoluție după Rubinstein poate fi interpretată ca o consecință posibilă a absolutizării laturii subiective, neglijînd relativitatea independenței psihicului și mai ales subestimînd sau negînd rolul esențial al determinismului social în dezvoltarea acestuia (a psihicului).

E. Existențialismul, curent filozofic idealist contemporan, care încercă să exprime universul într-o serie de categorii ale trăirilor subiective omenești, iar prin așa-zisele „situații limită” definește existența omului ca lipsită de sens, absurdă, izolată, alienată. Tentativele de aplicare a concepțiilor existențialiste în psihopatologie sunt apreciate de Mayer-Gross drept „scurtcircuitări filozofice”, care au pretenția să înlocuiască metodele de investigație clinică, descrierea fenomenelor psihopatologice și obligația de a stabili legăturile de cauzalitate între ele.

Deși au luat denumiri diferite: analiza existențială (Daseins analyse la Binswanger, v. Gebsattel și E. W. Strauss), antropologie comprehensivă (la Zutt) etc., aceste orientări se caracterizează în esență prin utilizarea deductivă a noțiunilor filozofice generale existențialiste pentru elucidarea unor fenomene psihopatologice particulare, cît și prin alcătuirea, bazată pe folosirea comprehensiunii mediate (cu ajutorul conceptelor filozofice) a cazului clinic particular, a unor legi generale care, de fapt nu pot rezulta decât din cercetarea explicativă cauzală. Psihiatrii existențialiști (ca de altfel și filozofii) au tîns să depășească diviziunea cartesiană subiect-obiect prin folosirea unui concept basal unicitar, valabil pentru înțelegerea globală a omului și anume prin conștiință (caracterizată mai ales ca teleologică) individuală despre sine însuși în lumea sa. Din acestea rezultînd noțiunea de „a fi pe lume”, metodologia „ontologică” este considerată ca esențială. Psihiatrii existențialiști au pus astfel experiența subiectivă și interpretarea ei în funcție de conceptele filozofice în centrul atenției psihiatriciei. Ei pot fi astfel situați la polul opus descrierilor obiectiviste ale behaviorismului. Ei utilizează empatia mediata (filozofic) pentru a înțelege „lumea” depresivului, a maniacului, a obsesivului, a schizofrenului etc. Punîndu-se în situația pacientului, existențialistii încearcă să interpreteze pe baza conceptelor filozofice simptomele individuale. Uneori interpretările lor au fost plau-

zibile și chiar evidente mai ales în psihozele reactive. De cele mai multe ori au constat însă în transpunerea forțată a unor date simptomato-logic cunoscute într-o terminologie filozofică. Deseori aceste interpre-ți reprezentă încercări de a folosi unele principii abstracte pentru în-țelegerea experienței pacientului. Astfel o serie de sindroame derivă din noțiuni nepsihologice: „timpul“ (Binswanger), „energia vitală“ (Minkowski), „poziționalitatea fenomenal — trăită“ și „corporalitatea por-tativă“ (Zutt) etc. Experiențele depresive sunt în acest context atribuite opririi timpului subiectiv, în timp ce excitația maniacală constituie o trăire festivă într-un prezent momentan; la rîndul lor experiențele paranoide se datorează unui deficit al poziționalității în lume etc. Trebuie subliniat aici marile diferențe în ceea ce privește nivelul de origi-nalitate și de judecată critică între diferenții reprezentanți ai școlii exis-tențialiste, ca de altfel și varietatea principiilor fundamentale. Diferen-țierea lor în cadrul curentelor psihiatricice se bazează astfel mai ales pe o serie de caracteristici negative. În extremis concepțiile psihiatricice exis-tențialiste resping realizările psihologiei științifice. Mai mult, Binswanger afirmă că fundamental pe care psihatria poate deveni o știință inde-pendentă nu este nici anatomia sau fiziologia cerebrală, nici biologia, nici psihologia, nici caracteriologia și tipologia, nici știința persoanei, ci „omul“. O asemenea orientare nu poate decât să izoleze pe psihiatrul exis-tențialist de toate celelalte modalități de studiere a omului, fiind diametral opusă investigației multidimensionale caracteristice medicinei contemporane. Fenomenele clinice particulare au fost astfel interpre-tate în funcție de o serie de noțiuni filozofice idealiste însușite aprioric comunicării cu bolnavul, care deci nu au izvorit dintr-o cercetare in-ductivă, în felul acesta totul putind fi înțeles în aparență, dar nimic de fapt demonstrat, elucubrațiile autorilor închizîndu-se într-un cerc vicios tautologic. Ca o trăsătură generală idealistă a filozofiei lui Hei-degger cît și a concepțiilor psihiatricice respective trebuie subliniată ipoteza după care realitatea sau ființa lumii este în ultima instanță determinată de subiect, structurile specifice ale relațiilor om-mediu fiind astfel analizate unilateral, nedialectic. Deficiența principală a con-cepțiilor exis-tențial-analitice și antropologic-comprehensive constă în esență într-o derivare deductivă din și într-o dependență strinsă de caracteristicile umane elaborate de filozofia exis-tențialistă, în conse-țință într-o considerare prea globală (și care depășește capacitatea meto-dei comprehensive) a realității psihice, care nu permite nici o cale de corelare a cercetării fundamentale psihopatologice cu cea somatică (neu-rofiziologică, morfologică, biochimică, electrofiziologică etc.). Orientă-rile exis-tențialiste în psihatrie se caracterizează de asemenea în mani-festările lor consecutive printr-o incompatibilitate cu nozologia elab-orată pe baze clinice, ele sănt astfel prin esență lor antinozologice. Cu toate acestea trebuie relevat ca un merit al orientărilor exis-tențialiste că au subliniat importanța analizei psihologice care se adresează dezvoltării istorice a personalității individului, aceasta ținând cont de realitatea unei relative legități proprii dezvoltării psihicului (în sensul factorilor interni ai lui Rubinstein).

F. Psihosomatica. Concepția psihosomatică reprezintă una dintre concepțiile cele mai răspindite și controversate ale medicinei contemporane. Termenul de psihosomatică a fost introdus de Heinroth în anul 1818. Elaborarea de către Sommer (1890) a conceptului de psihogenie a repus în discuție raporturile dintre psihic și somatic, care fuseseră întrevăzute pînă atunci în mod simplist într-un singur sens (de la somă către psihic) de către adeptii curentului *epifenomenalist*, *organicist* (reacțiile exogene Bonhoeffer, psihomul lui Westphall etc.).

În aceeași perioadă au început să fie prelucrate o serie de fapte clinice. A fost încercată delimitarea bolilor aşa-zis funcționale (fără leziuni anatomiche), au început studiile experimentale din care menționăm pe acel a lui Heyer asupra variațiilor secreției gastrice sub influența emoțiilor sugerate prin hipnoză, ale lui Pavlov asupra secreției gastrice cu caracter psihic. Discuțiile pasionate duse de Charcot, Bernheim, Babinski, Freud asupra patogeniei simptomelor somatice și neurologice din isterie au ridicat ipoteza unor corelații psihosomatice conturîndu-se chiar formularea reciprocității și interacțiunii dintre ele.

Apariția psihanalizei lui Freud a determinat o serie de cercetători ca Felix Deutsch, Fr. Alexander să extindă investigația psihanalitică la studiul bolilor somatice, alegînd acele boli a căror analiză și explicație în lumina monocauzalismului îngust, organicist se aflau în criză.

Incepînd cu anul 1920, au fost întreprinse primele cercetări metodicice asupra stărilor de frustrație la bolnavii cu anumite boli interne și în 1922 Felix Deutsch sub influența școlii freudiene în S.U.A. a reintrodus termenul de psihosomatică pentru a desemna o nouă disciplină care studia cîmpul de acțiune al psihanalizei în medicina internă. În această perioadă Deutsch, Alexander, Dunbar, Cobb au reafirmat postulatul fundamental al psihosomaticii (emis încă de Hipocrate !) după care omul bolnav sau sănătos constituie o unitate psihosomatică, iar tulburările psihice produse de acțiunea unor factori psihotraumatici (traume, conflicte) pot să declanșeze apariția unor boli somatice denumite de ei — psihosomatice.

La începutul lui, curentul psihosomatic părea consecința logică a importantelor lucrări ale lui Cannon și școlii sale asupra componentelor somatice și fiziologice ale emoțiilor. Cannon le-a descris ca modificări ale homeostaziei (concept de valoare incontestabilă) și le interpreta pe plan biologic general ca fenomene adaptative. Aceste cercetări au fost continuante pe scară întinsă, ceea ce face ca astăzi să dispunem de numeroase cunoștințe asupra fenomenelor nervoase, endocrine și metabolice declanșate de „stress”-ul emoțional.

Binger, elevul lui Cannon și Helen Dunbar prin lucrările „Emoții și modificări ale corpului” (1935) și „Diagnostic psihosomatic” se numără printre inițiatorii medicinei psihosomatice definită ca ramură a medicinii care studiază și tratează tulburările și bolile somatice de origine *psihogenă* (psihică).

Din primele decenii ale elaborării acestei concepții s-a resimțit din ce în ce mai puternic influența teoriei freudiste subliniată în spe-

cial de psihosomaticienii americanii. Așa cum subliniază insuși Alexander-Freud a făcut posibilă apariția erei psihosomatice a medicinei și după o serie de alți reprezentanți ai aceleiași concepții, reiese și mai clar că „medicina psihosomatică” a luat naștere din aplicarea concepțiilor psihanaliste la studiul factorilor emoționali în diferite boli. Acest curent ne apare deci ca o formă de pătrundere a teoriei lui Freud în medicină, concomitent cu pătrunderea lui și în alte domenii ca sociologia, etica, estetica, arta.

Prima problemă fundamentală a curentului psihosomatic constă în stabilirea rolului factorilor psihici într-o serie de boli somatice.

O altă latură fundamentală a acestui curent o constituie preocuparea de a stabili mecanismele de transpunere a tulburărilor psihice în simptome somatice.

A treia preocupare dominantă cel puțin pentru o parte dintre psihosomaticieni constă în stabilirea raportului de cauzalitate între personalitatea individului și boala psihosomatică.

În sfîrșit a patra preocupare evidentă mai ales în lucrările lui Alexander constă în încercarea de a stabili specificitatea reacției anumitor organe la acțiunea unor stress-uri emoționale.

Concepția psihosomatică deci a pus în discuție o serie de probleme teoretice fundamentale ale medicinei care se referă la viața psihică și adaptarea la mediu a omului normal, la factorii psihotraumatici și patogenia tulburărilor psihogene. Totodată adeptii acestei concepții pun în discuție problema spinoasă a modului de transpunere a unei asemenea tulburări psihice în simptom somatic funcțional sau organic, încercând să stabilească relațiile dintre tipul de traumă psihică, conflict, personalitate și organul afectat.

Legat de modul de a pune și rezolva prima și a doua problemă se poate aprecia că în măsura în care adeptii concepției psihosomatice afirmă că factorii emoționali stressanți pot duce prin mecanisme neurovegetative și humorale la apariția unor tulburări somatice, concepția lor exprimă o realitate indubitabilă și merge în sens convergent atât cu datele neurofiziologiei și neuropsihologiei moderne, cât și cu o serie de percepțe ale teoriei corticoviscerale a școlii pavloviste (Bîcov și Kurtin), care au adus probe experimentale solide în sprijinul demonstrării rolului sistemului nervos central în coordonarea activității vegetative.

Aceleași fapte însă au căpătat în medicina psihosomatică occidentală o altă interpretare dominată de orientarea psihanalitică, după care psihogeneza anumitor boli somatice s-ar datora tulburării mecanismelor inconștientului.

Deși Charcot remarcase că la isterici apariția unui sindrom fizic ducea la disperația angoasei, care era înlocuită cu recunoscuta „belle indifference”, Freud este acela care consideră acest fenomen drept o „încarnare” a angoasei într-un simptom corporal și după el isteria oferă modelul saltului misterios al psihicului în fizic. Localizarea manifestării somatice a isteriei pe un anumit organ avea pentru Freud o semnificație simbolică inconștientă. De la acest postulat a pornit întreaga teorie a „limbajului simbolic al organelor” dezvoltată de Georg Grod-

deck. Această teorie pe lîngă faptul că menține paralelismul psihic-corp ajunge la mistificarea motivației umane printr-un limbaj simbolic arbitrar.

Ilustrativ în acest sens este „limbajul” lui Georg Groddeck, după care cancerul uterin ar reprezenta „simbolul unei dorințe nesatisfăcute din copilărie în cadrul căreia formațiunea tumorală se dezvoltă în locul unui embrion” sau „febra este un simbol al excitației sexuale”, astmul ar reprezenta „strigătul înăbușit după mamă” etc.

Este adevărat că această teorie a lui Groddeck a dus la o formulare mai categorică a întrebării de ce anume în aceleasi condiții de stress emoțional se produc boli psihosomatische diferite! ? În acest sens însă ipoteza unui tip de personalitate (Dunbar) nu s-a confirmat și nici particularitățile situației conflictuale n-au putut să explice acest fapt decât cu corectivul că ar exista și o predispoziție organică locală (Wolff). Astfel boala psihosomatică (boala hipertonică, boala ulceroasă, astmul bronșic, migrena, colita ulceroasă etc.) ar fi un tip de răspuns la stress (Selye) în care localizarea somatică ar putea fi explicată prin acea predispoziție organică de care vorbește Wolf.

Modul în care psihosomatica începând cu Dunbar concepe teoria lui Freud este operaționalist, Alexander definind psihanaliza ca „știința personalității în sens operațional”. Operaționalismul proclamă că „semnificația este operația” ducind la concluzia finală după care procesul cunoașterii s-ar reduce la experiența subiectivă a individului.

Curentul psihosomatic se prezintă pe sine ca teorie medicală care tratează unicist laturile psihologice și fizioleice ale ființei umane. Psihosomatica de inspirație freudistă însă consideră că determinismul este de ordin psihologic, psihicul fiind determinat tot de psihic (cu predominația inconștientului).

În cadrul conceptului de boală psihosomatică fenomenele somatice sunt determinate numai de cele psihice, pe cind acestea din urmă nu pot fi determinate decât de fenomene de aceeași natură. Rezultă deci că prin afirmații contradictorii, curentul psihosomatic duce de fapt la ruperea psihicului de somatic și promovează dualismul cartezian.

O serie de psihosomaticieni existențialiști pun la baza concepțiilor lor analiza existențială (Beinswanger, Zutt, Wyrtsch), categoria de „existență subiectivă” rezumată în expresia „de a fi în lume” (In der Welt sein). Aceștia punînd accentul pe dificultățile de comunicare, pe sentimentul de solitudine dezvoltă în mod neștiințific conceptul de anxietate a „devenirii” în desfășurarea existenței. După ei cauza nevrozelor și a tulburărilor psihosomatice ar fi orice obstacol în fața îndeplinirii „pulsunii interne” sau conflictele reale ale existenței, ale modului de „a fi în lume”.

Astfel după Pierloot fenomenele psihosomatische ar reprezenta un mijloc de rezolvare a problemelor existenței care, în absența modalității de comunicare își găsesc expresia în propriul corp prin „corporalizare”. Datorită insuficienței de comunicare, prin imaturare a personalității psihosomatice (Prick, Ruesch) angoasa (comună nevrozelor și bolilor psihosomatice) trece în stratul arhaic, exteriorizîndu-se în

simptome somatice, care capătă ca și la psihanalisti valoare expresivă, simbolică de comunicare. În lumina acestor percepții Kuhn interpretează dinamica anorexiei ca un „a nu voi a fi”, ca o tulburare a „devenirii personalității”. De altfel Weiszäcker caută să găsească punctile de legătură între psihosomatica de inspirație psihanalitică cu cea existențială și realizează acest deziderat susținând că scopul principal al psihosomaticii constă în a găsi semnificația tulburărilor funcționale și de a le traduce și descifra în limbajul organelor. El subliniază de asemenea că medicina psihosomatică trebuie să se adreseze psihologiei abisale, căci atât fenomenele corporale, cât și cele inconștiente sunt ascunse privirii conștiente. Ceea ce importă în cercetarea psihosomatică nu este influența psihicului asupra corporalului, ci ceea ce exprimă corporalul, descifrarea a ceea ce are de spus corpul. El susține că pare imposibil de stabilit ce constituie primum movens, psihicul sau somaticul, crearea termenului de psihogenie reprezentând desemnarea unei erori istorice ce constă în faptul că în locul unei tulburări psihice a apărut una fizică. Ar exista deci o funcție compensatorie a corporalului pentru psihic și invers datorită căreia conflictul psihic poate să determine o materializare (o somatizare) tot așa cum poate avea loc și o spiritualizare atunci cînd „somatizarea” se dizolvă. Deși posibilitatea influențării reciproce și admiterea posibilității interrelației psihic-somatic și invers reprezintă o realitate obiectivă acceptată de psihosomaticienii existențialiști, ei ca și cei de inspirație psihanalitică ajung la analiza somaticului, a corporalității tot prin prisma exclusivă a subiectivului.

În lumina metodei fenomenologiei inițiate de Jaspers în psihopatologie, bolile psihosomatice deși au o cauză psihogenă pot fi greu explicate datorită varietăților de forme particulare pe care le pot îmbrăca. Jaspers fără a nega importanța unor mecanisme extraconștiente, consideră că între conflictul psihic și tulburarea somatică nu există o legătură specifică deoarece între ele se situează segmente intermediare ca sistemul nervos vegetativ, humoral și endocrin. El subliniază de asemenea că trebuie acordată o atenție deosebită constituției terenului și diferențiază modalitățile interrelațiilor psihosomatice. Astfel tulburările somatice pot fi provocate de pe teritoriul psihic după cum urmează (K. Jaspers): a) automat, de exemplu o stare emoțională provoacă o tulburare digestivă (frica ce provoacă o diaree). În aceste cazuri observatorul nu poate decât să constate și să înregistreze fenomenele. b) Datorită tendinței de fixare, o modificare emoțională care a provocat odată fenomene somatice tinde să le reproducă chiar dacă intensitatea emoției este mult mai mică. Deseori această fixare se extinde și asupra unor funcții care în mod întîmplător erau în activitate în momentul apariției emoției (de exemplu, o persoană căreia îi paralizează brațul în momentul primirii unei știri proaste la telefon). c) Între starea emoțională și tulburarea somatică se stabilesc relații comprehensibile. De exemplu poate să apară o cecitate isterică într-o situație pe care așa cum subliniază autorul, pacientul ar avea intenționalitatea inconștientă de a o ignora. Deși acestor tentative fenomenologice li se pot aduce critici similare existențialismului și psihanalizei, totuși acest curs al psihosomaticii se ocupă

mai insistent de valorificarea faptelor. Prin aducerea în discuție a comprehensibilității fenomenologia aduce o contribuție importantă în diferențierea sindroamelor psihice din bolile somatice și a afecțiunilor psihosomatice de nevroze și psihoze reactive.

În ceea ce privește tulburările psihice care însotesc bolile somatice, ipotezele sunt deosebit de controversate, în special în ceea ce privește specificitatea lor. Astfel Bonhoeffer consideră că aceste sindroame în totalitatea lor reprezintă reacții exogene nespecifice. Mai recent și spre deosebire de el, Helpach susține că încă din stadiile incipiente ale bolilor somatice simptomele psihice au o structură specifică. El a utilizat astfel termenul de „*psihom*“ introdus de Westphall pentru a defini complexul de tulburări psihice specifice care însotesc fiecare boală somatică. Psihomul s-ar deosebi de psihoză prin faptul că psihoza ar reprezenta un proces psihopatologic cu implicații somatice, în timp ce primul („*psihom*“) ar reprezenta un *epifenomen* al unui proces primar *somatic*.

Specificitatea și nespecificitatea desigur pot fi juste numai în măsura în care considerăm că în bolile somatice, sindroamele psihice pot îngloba atât simptome specifice, cât și nespecifice pe care le întâlnim în bolile toxice, infecțioase, traumaticе, endocrine etc. A consideră însă aceste tulburări ca epifenomen înseamnă a susține în continuare și a adânci dualismul cartesian. S-ar renunța astfel la concepția de boală ca fenomen, ca reacție unitară a organismului uman integrat în realitatea bio-psiho-socială.

Deosebit de dificilă și mult controversată apare în literatura de inspirație psihosomatică problema delimitării bolilor psihosomatice de psihogenii în general și de nevroze în special. Astfel Alexander susține că în timp ce tulburarea psihosomatică ar reprezenta o deregulare vegetativă provocată de o stare emoțională neconștientizată, simptomele din nevroze ar avea o semnificație simbolică care se află în relație cu un conflict determinat. Alți autori însă consideră că deosebirile dintre nevroze și bolile psihosomatice sunt legate îndeosebi de structura și modul de reacție al individului subliniind deosebirile între personalitatea bolnavului nevrotic și personalitatea bolnavului psihosomatic.

Mergind pe linia comprehensibilității lui Jaspers, Prick subliniază că nevroticul își descarcă tensiunea afectivă morbidă, anormală prin trăirea nevrotică cu conștientizarea și prelucrarea mentală a situației traumatizante. Bolnavul psihosomatic ar avea un deficit de conștientizare a acestor stări de tensiune emoțională anormală prelungită, desărcindu-le mai ales în sistemul vegetativ. Bolnavii psihosomatici datorită lipsei de conștientizare a stărilor emoționale, apar, după el, adesea fără o problematică psihică conturată. În schimb ei prezintă frecvent un dezechilibru important în organizarea vieții personale și a personalității în general și cu toată adaptarea profesională aparent ireproșabilă, viața extraprofesională este foarte redusă, adesea absentă, lipsind posibilitățile de desărcare prin mișcare, prin activitate fizică, a tensiunilor negative acumulate (C. Vauthier).

Toate aceste tentative de a stabili o linie precisă de demarcație între mecanismele nevrotigene și cele ale tulburărilor psihosomatice par forțate, statice și mecaniciste, deoarece realitatea clinică demonstrează adesea coexistența simptomelor funcționale somatice cu manifestările nevrotice, aspectele lor fiind foarte variabile (Uexhull). Aplicarea principiului comprehensibilității nu poate fi decât limitată deoarece foarte frecvent însăși fenomenele psihice din bolile somatice poartă un caracter conștient reprezentând reacția psihică a bolnavului față de boala sa. Acest mod de privire dialectică a fenomenelor puse în discuție a fost subliniat și de o serie de reprezentanți actuali ai medicinei psihosomatice.

La întrebarea asupra specificității determinării somatice (de ce un bolnav face ulcer, un altul astm) s-au formulat trei ipoteze : ipoteza specificității, a nespecificității și a specificității răspunsului individual.

1. Ipoteza specificității conflictului psihic este legată de specificitatea răspunsului somatic după care situațiile conflictuale anxiogene sunt specifice fiecărui individ conform fixării eu-lui într-un anumit stadiu de dezvoltare psihosexuală. Regresiunea eu-lui la acest stadiu se însoțește de concomitențe fiziologice care sunt specifice fiecărui tip de regresiune. Spre exemplu, viitorii ulceroși sunt considerați ca persoane la care eul s-a fixat în fază orală ; sub influența frustrărilor exterioare eul regresează la această fază, regresia însoțindu-se de manifestările fiziologice constând în hipersecreție gastrică. Dacă reacția se repetă, hipersecreția va duce la apariția ulcerului.

2. O serie de autori socot că nu sunt încă acumulate suficiente date spre a fi făcute afirmații sigure asupra specificității și consideră că simptomele psihosomatice sunt mai legate cauzal de aspectele stress-ului în general, decât de anumiți factori psihologici specifici. Aceasta este modelul teoretic nespecific (reprezentant Mahl). Conform acestui model, orice agent stressant (aspecte de război, tensiune înainte de examen, stări conflictuale variate) duce la apariția anxietății cronice care se însoțește de manifestări fiziologice concomitente identice la toate persoanele. Ceea ce determină alegerea organului care va răspunde anormal la aceste manifestări fiziologice nu este încă stabilit ; ea depinde poate de o susceptibilitate înăscută.

3. Un al 3-lea model teoretic, acela al specificității răspunsului individual (Lacey, Malmo) nu postulează o stare generală de anxietate cronică identică la toți bolnavii. Conform acestui model fiecare individ răspunde la o mare varietate de stimuli printr-un tip caracteristic, individual de răspuns emoțional. Această teorie diferă de teoria specificității a lui Alexander prin faptul că nu postulează determinanți psihici specifici. Un subiect va reacționa la condiții de frustrare prin céfalee, un altul prin creșterea secreției gastrice, un altul prin palpitații etc. Acest mod de a reacționa este stabilit în cursul copilăriei, fiind foarte persistent și deci neputind fi considerat ca o regresiune. Este teoria care a fost acceptată de o mare parte dintre psihosomaticieni.

Aspectele contradictorii ale acestor ipoteze subliniază încă o dată obiectivitatea privirii conceptului de boală ca manifestare a întregului organism și lipsa de fundamentare științifică a conceptului unei medicii a organelor și legat de ea, a conceptului de nevroză de organ, nevroză vegetativă, simpatoză, distonie neurovegetativă. Această privire dialectică o întîlnim de altfel parțial chiar la unii reprezentanți actuali ai curentului psihosomatic (Kubie, Balint), care consideră iluzorie „specificitatea”, organul putind constitui o unitate anatomo-funcțională și nu una psihosomatică.

Datorită neomogenității și mai ales inconsecvenței și contradicțiilor apărute între diferitele variante ale concepției psihosomatice, medicii psihiatri și interniști, fie că au adoptat o atitudine de rezervă față de ea, fie că au criticat-o deschis. Dintre psihiatri, Weitbrecht este autorul cărții „Critica psihosomaticii”, iar Mayer-Gross și K. Schneider, V. M. Morozov, într-o serie de articole și lucrări evidențiază lipsa de temei științific a metodologiei cercetărilor în domeniul acestei concepții. Multiplele divergențe teoretice dintre reprezentanții curentului psihosomatic sunt ironizate de Michaux, după care, orice tentativă de a confrunta punctele de vedere (ale psihosomaticienilor) revelează disonanțe care frizează „cacofonia”.

O reacție deosebit de puternică din partea interniștilor și psihiatrilor a întîlnit ipoteza unor psihosomaticieni (Ham, Hart, Menninger, Rosen, Seitz) care interpretând simptomul somatic după principiul conversiunii susțineau că durerea, hipertensiunea provocate de impulsuri inconștiente sunt necesare pînă la rezolvarea (la descifrarea) conflictului. Ham, de exemplu interpretând hipertensiunea ca un mod de a integra motivări inconștiente aflate în conflict apreciază că ea este necesară pînă la rezolvarea acestora. Orice tentativă terapeutică de a scădea sau de a normaliza hipertensiunea duce la instalarea depresiei sau anxietății ca rezultat al dispariției „stării de adaptare” prin hipertensiune.

Engel ca și alți psihosomaticieni de inspirație psihanalistă consideră bolile însoțite de dureri puternice ca un mijloc de autopedepsire și ispășire, susținind ca și Freud că există o serie de factori ca vina, agresiunea îndreptată spre sine însăși și nevoia de a suferi, care milităază împotriva vindecării. Engel este acela care a și delimitat un tip de pacienți „inclinați spre durere” („painprone”), care se simt bine numai cînd viața îi tratează rău și se imbolnăvesc cînd circumstanțele vieții le sunt nefavorabile. El descrie un pacient cu două boli foarte dureroase (ulcer și o „tumoare”) care, după ce a fost operat și a dispărut durerea a declinat din punct de vedere al sănătății și succesului în profesiune, ceea ce a dus pe Engel să susțină legătura dintre vină, durere și succes.

Această concepție a rolului util al bolii și durerii pentru echilibrul sufletesc și chiar pentru bunăstarea materială dezvoltată în special în legătură cu boala traumatică, dezvăluie încă o dată caracterul speculativ și în același timp retrograd și antiumanist al unor curente psihosomatice. Retrograd îl considerăm pentru faptul că nu impulsionează nici spre investigarea modernă a bolii și nici spre necesitatea stabilirii unui diagnostic și antiumanist, pentru că privează bolnavul de tratamentul necesar ameliorării durerii și în general a stării de boală.

Multe se pot spune în legătură cu aspectele iraționale ale unor curente psihosomatice, dar odată cu unele absurdități de esență idealist subiectivă nu trebuie aruncat și simburele de adevăr adus atât de faptele obiective obținute prin investigații, cit și prin orientarea multora dintre psihosomaticieni către tratarea omului bolnav ca unitate existențială integrată în realitatea obiectivă bio-psiho-socială.

În primul rînd psihosomatica delimitînd o serie de boli somatice cu determinism psihic a reactualizat cuvintele lui Socrate: „Așa cum

voi nu trebuie să încercați să tratați ochii fără cap, sau capul fără corp, tot aşa nu trebuie să îngrijiți corpul fără suflet". Conceptia psihosomatică deci eliberată de balastul idealist subiectiv este o concepție ale cărei obiective se confundă cu obiectivele principale ale medicinei moderne. Precum Janus cel cu două fețe, ea cheamă și cere medicului societății moderne o dublă viziune biologică și psihologică și un diagnostic în care să recunoască proporțiile factorilor care se interferează în tabloul clinic. Mai mult, deși prin formula aberantă a întoarcerii bolnavului în perioada de securitate a copilăriei sau prin conceptul de regresiune la diferite stadii, medicina psihosomatică prin unii dintre adeptii ei moderni pune în fața medicului necesitatea cunoașterii biografiei, a evoluției longitudinale a bolnavului și în același timp prin noțiunile de microclimat psihosocial, relația medic-pacient situează omul bolnav și boala sa într-o realitate foarte complexă.

Important pentru noi este chemarea ei de a reduce subiectul în medicină (Weizsäcker), aspect care implică nu numai formularea unui diagnostic total multidimensional („Overall diagnosis“ al lui Balint), ci și reabilitarea relației medic-pacient cu aspectele sale psihologice complexe terapeutice sau iatrogenice. Acest aspect se impune cu atât mai mult cu cât dificultatea medicinei moderne constă în faptul că pe de o parte este nevoie de o înțelegere globală a omului, iar pe de altă parte „omul total“ nu este accesibil decât prin cercetarea lui fragmentară. În fața acestei contradicții singura cale ce se deschide spre înțelegerea „totalului“ este aceea a cunoașterii analitice dialectice ordonate. Numai astfel se va elimina „depersonalizarea“ actului medical și „dezvoltarea unei medicini fragmentare“ posibilă în condițiile specializării și tehnici-zării împinse la extrem în genul „mașinii de diagnostic“. De aceea învățământul medical modern trebuie să cultive cu și mai mare consecvență medicului în formare convingerea că fără tehnică practica medicală nu ar reprezenta o meserie, iar fără umanism ea nu ar reprezenta decât o meserie (J. Delay).

Apropiindu-ne astfel de conținutul, direcțiile de dezvoltare și de stabilire a locului psihiatriei în teritoriul ei de graniță între științele naturii și științele filozofice expunem lapidar și unele orientări ale psihologiei care nu și-au delimitat încă teritoriul științific de influență și realizare în domeniul doctrinelor psihiatrice ale zilelor noastre. Printre acestea enumerăm *Gestaltpsihologia*, care construiește psihologia pe baza de formă (Gestalt) concepută ca un ansamblu semnificativ de relații între stimul și răspunsuri. Această orientare a apărut în Germania la începutul secolului nostru (Ehrenfels, Wertheimer, Köhler) și se continuă azi în S.U.A. (Koffka, K. Lewin, K. Goldstein), care au extins noțiunea de la studiul percepției la toate funcțiile analitice și sintetice atât la om, cât și la animal interferind astfel și pe alocuri suprapunându-se behaviorismului. În ultimii ani Masserman, Kantor, Tolman au adus o nuanță nouă prin introducerea în behaviorismul gestaltist, a noțiunii de intenționalitate și motivație de inspirație psihanalitică (behaviorismul molar și finalist), iar Goldstein a extins noțiunea de „formă“ (Gestalt) la tot psihicul dîndu-i astfel acestuia o extensie „organismică“. Pornind

de la lucrările lui J. Masserman care imită fără a mărturisi reflexologia pavloviană, gestalțiștii văd în psihic un ansamblu de funcții sau reacții obiectivabile. După ei acest ansamblu reprezintă un complex structural de integrare psihofiziologică.

Diversele orientări filozofice de inspirație gestaltistă au introdus noțiunile de formă sau de structură în interpretarea lumii fizice, precum și a celei biologice și psihice.

La rindul său, psihologia structuralistă a conștiinței și persoanei susține că obiectul este subiectul, ca autor și centru al vieții sale de relații cu experiențele sale intime, cu activitatea sa proprie, cu existența sa globală, care are un dinamism, o structură, o intenționalitate, ce nu se poate reduce însă la psihobiologie, nici la inconștientul psihanalitic.

Bergson a intenționat să creeze, la începutul secolului, o psihologie pură. Astfel, prin introspecție structuralistă a încercat pătrunderea în subiect, în conștiință și existența sa, în scopul „descoperirii” inteligenției prin empatie intersubiectivă. Acestui subiect i s-a căutat o structură globală, un ansamblu capabil să determine particularitățile elementelor sale și istoria sa.

De la Maine de Biran, prin Bergson și Lachelier, apoi prin M. Blon-del, adeptii psihologiei structuraliste au ajuns la un subiect spiritualist și vitalist ca înțelegere a conștiinței și a forțelor de gîndire. Prin Lacan structuralismul face o tentativă de stabilire a raporturilor dintre inconștient și subconștient. Prin faptul că structuralismul caută să aprecieze subiectul în dimensiunile sale logic-structurale, în dimensiunea lui istorică (el — insul — fiind un produs al structurilor sociale), concepția structuralistă este în general socotită ca una dintre concepțiile filozofice și orientările psihologice care aduce un aport pozitiv în metodologia și epistemologia contemporană.

În evoluția diferitelor orientări și concepții atât în psihologie, cât și în psihiatrie, un rol deosebit l-a avut dezvoltarea psihofiziologiei experimentale fondată de Helmholtz, Wundt, Ebbinghaus având ca obiect studiul funcțiilor psihice cu metode neurofiziologice care dau posibilitatea stabilirii unor relații matematice. De exemplu, legea Weber-Fechner care stabilește un raport matematic între stimul și răspuns.

De o deosebită importanță însă în fundamentarea materialist dialectică a comportamentului și a mecanismelor fiziopatologice care stau la baza tulburărilor psihice l-a avut direcția neurofiziologică pavlovistă.

G. Concepția nervistă pavlovistă. I. P. Pavlov (1849—1936) este autorul concepției nerviste al activității psihice. În cei 35 de ani de activitate împreună cu o pleiadă de iluștri colaboratori, el a reușit să demonstreze rolul fundamental al sistemului nervos în relația organism-mediu. Fiziolog consecvent materialist, dezvăluie relația internă dintre funcția diferitelor structuri nervoase și diversele manifestări psihologice ale omului și animalelor. În studiul său asupra reflexelor condiționate stabilește principiile fundamentale ale teoriei reflexelor pe care le formulează astfel :

„Teoria activității reflexe se bazează pe trei principii fundamentale de cercetare științifică riguroasă: în primul rînd pe *principiul determinismului*, adică al impulsului sau al cauzei oricărei acțiuni sau efect determinant; în al doilea rînd pe *principiul analizei și sintezei*, adică al descompunerii întregului în părți sau unități, urmată de reconstituirea întregului din aceste unități sau elemente și în sfîrșit, pe *principiul structuralității* adică al dispoziției acțiunii forțelor în spațiu, al adaptării funcției la structură” *.

Primul principiu — principiul cauzalității — fundamentează determinismul material obiectiv al activității psihice demonstrînd că reacțiile organismului au drept cauză diferiți excitanți (stimuli) din mediul intern sau extern, ele reprezentînd răspunsurile chemate să asigure echilibrarea acestui organism cu mediul. Importanța deosebită a acestui principiu pentru psihiatrie constă în aceea că nu se poate vorbi de tulburări psihice „sine materia” și că la baza lor stau modificări biochimice, procese cerebrale patologice, chiar dacă mijloacele actuale de investigație nu ne permit să le evidențiem.

În articolul său „Excursia de probă a fiziologului în domeniul psihiatriei” I. P. Pavlov aprecia că, după treizeci de ani de muncă cu numerosii săi colaboratori, a reușit să-și concentreze studiile asupra activității creierului în special a hemisferelor cerebrale după o metodă obiectivă și anume după metoda reflexelor condiționate. Afirmînd că acest material se referă nu numai la activitatea normală a scoarței cerebrale, ci și în bună măsură la patologia și terapia tulburării acestor funcții. „Noi avem deja fără îndoială nevrozele experimentale la animalele noastre îde experiență (cîini) și tratamentul lor, și ni se pare posibil să provocăm la aceleasi animale tulburări asemănătoare acelora care la oameni se cheamă psihoze” **.

În colaborare cu P. A. Ostanov și I. O. Narbutovici, I. P. Pavlov a început să observe o serie de tulburări din domeniul schizofreniei (apatia, obtuzia, inhibiția și stereotipiile catatonice, cît și comportamentul dezinhibat caricatural, pueril de aspect hebefreno-catatonic). Într-un alt articol, „Încercare de înțelegere fiziologică a simptomatologiei isteriei”, cît și în scrisoarea deschisă către Pierre Janet — „Sentețele de stăpinire (Les sentiments d'emprise) și faza ultraparadoxală”, I. P. Pavlov își exprimă punctele de vedere în legătură cu mecanismele fiziopatologice care stau la baza manifestărilor isterice, obsesivo-fobice și delirant paranoide.

În elaborarea concepției sale, I. P. Pavlov a pornit de la lucrările lui I. M. Secenov intitulate „Reflexele creierului” (1863), în care acesta a elaborat ipoteza unor mecanisme cerebrale reflexe care ar sta chiar și la baza unor procese cognitive superioare. Creierul — după Secenov —

* I. P. Pavlov — Experiența a douăzeci de ani în studiul activității nervoase superioare a animalelor, Ed. Acad. R.P.R., 1953, p. 460.

** I. P. Pavlov — Izbrannii proizvedenia (sub redacția lui H. C. Koștoianța), Gos. Izd. Polit. Lit., 1951, p. 446.

își desfășoară activitatea numai în urma fluxului de excitații diferite ca intensitate, extensie și conținut calitativ. Activitatea creierului asigură perceperea acestor excitații și la rîndul lor dezvoltarea funcțiilor creierului depinde de calitatea din ce în ce mai complexă a acestor excitanți, datorită cărora pe măsura fixării unei funcții a creierului se pregătesc condițiile dezvoltării altor noi și din ce în ce mai complexe funcții.

Adept al evoluționismului lui Spencer-Jackson, ca și întreaga școală nervistă rusă și sovietică, I. M. Secenov elaborează conceptul de heterocronie a formării și maturizării pe etape a funcțiilor creierului. Această maturizare pe etape se referă la creier în întregime, ca și la fiecare analizator în parte.

Simultaneitatea stimulilor asigură formarea în creier a sintezei simultane a formelor spațiale și realizează gnozisul simultan. La rîndul lor excitanții, care acționează succesiv la diferite intervale de timp schimbîndu-se ca ritm și intensitate, fac posibilă oarecare apreciere a scurgerii timpului și stabilirea unor legături complexe de spațiu și de timp. Fenomenele activității nervoase superioare merg de la simplu către complex și împărțirea lor în simple și complexe a determinat în dezvoltarea filogenetică nu numai organizarea sistemică a ființelor vii, ci și principiul sistemic al structurilor nervoase.

N. E. Vvedenski îi oferă lui I. P. Pavlov conceptul său despre dependența efectului fiziologic al reacției sistemului nervos față de forță, durată, frecvența succesiunii excitanților, față de adaptabilitatea substratului (organului de simț) asupra căruia acționează, cît și față de starea de funcționalitate (de receptivitate) a acestui substrat în momentul acțiunii excitantului sau excitanților respectivi. Se stabilește astfel că în cele mai elementare reacții fiziologice există o interdependență strictă între natura și calitatea excitanților și a condițiilor interne ale aparatului sau sistemului implicat.

B. H. Kolossovskii demonstrează că de calitatea și continuitatea afluxului excitanților externi depinde dezvoltarea normală a aparatului central al analizatorilor senzoriali și motori. În același timp, lipsa de maturizare și capacitatea scăzută de sinteză a celulelor nervoase cerebrale duce la perturbarea afluxului de impulsuri eferente și ca atare ladezordini în activitatea motorie activ implicată în mecanismele adaptative și în mobilizarea resurselor interne somatotrofice ale aparatului periferic.

Caracterul sistematic al reacțiilor este și el strins legat de activitatea sistemică a centrilor nervosi capabili să-și mărească capacitatea de excitabilitate, să asigure stabilitatea excitației, să sumeze excitația și inerția focarului de excitație și în plus să mențină intensitatea procesului de excitație chiar atunci cind excitantul inițial a diminuat în intensitate. Acesta este principiul dominant elaborat de A. A. Uhtomski și care a fost preluat de I. P. Pavlov în fundamentarea concepției sale despre stereotipurile dinamice. Conform acestei concepții, desfășurarea proceselor nervoase și posibilitatea elaborării reflexelor condiționate este legată de capacitatea structurilor cerebrale de a crea reacții sistemice.

În concepția nervistă pavlovistă principiul analizei și sintezei (evidențiat tot prin studiul reflexelor conditionate) reprezintă legea fizioologică fundamentală a activității structurilor superioare ale scoarței cerebrale. Prin procesul de analiză se identifică elementele constituante ale unui complex de excitanți, în timp ce sinteza presupune funcția de conexare a diferitelor zone ale emisferelor cerebrale responsabile de activitatea întregului organism și a relațiilor lui cu mediul ambient.

În elaborarea teoriei sale despre activitatea nervoasă superioară, I. P. Pavlov a pornit de la fapte obținute prin metode experimentale rigurose științifice din care amintim observarea fenomenului de salivare a unui cîine la un prînz fictiv (condiționat reflex). Pornind de la lucrările predecesorilor săi, prin perseverență și ingeniozitatea sa, I. P. Pavlov observă că: Legătura nervoasă temporară este un fenomen fiziologic universal în lumea animalelor și la oameni. Ea este — după el — în același timp și un fenomen psihic, pe care îl compară cu noțiunea de asociere din psihologie.

Psihologii cu orientare materialist-dialectică recunosc că legătura temporară are la bază o nouă conexiune elaborată în creier și ca atare este în același timp atât proces nervos superior, cât și proces psihic. În acest sens principiul fundamentării echilibrării organism-mediu devine echivalent cu condiționarea răspunsurilor comportamentale. Astfel Piaget consideră că și la om adaptarea echilibrată la ambianță oscilează între polul biologic și cel psihic, între asimilare și acomodare. La noi, Ana Tucicov-Bogdan* apreciază că reacția psihică este un reflex condiționat, un nou răspuns al creierului, dobîndit prin asocierea unui stimul neutru cu un reflex necondiționat demonstrat experimental de I. P. Pavlov. Aceeași autoare arată că în cadrul psihologiei sociale, condiționarea pavloviană trece ca una din modalitățile importante atât în însușirea limbajului de către copil, cât și, în general, în însușirea experienței social umane.

Se precizează de asemenea că tipurile de activitate nervoasă superioară (puternic echilibrat inert, puternic echilibrat mobil, puternic neechilibrat și tipul slab la animal, iar la om tipul gînditor, tipul artistic, tipul mixt), prin indicii lor, reprezintă repere prețioase în analiza particularităților temperamentale ale interacțiunii indivizilor în grup.

Stadialitatea dezvoltării și complexificării funcțiilor diferitelor structuri ale creierului stabilite de I. P. Pavlov prin studiile activității nervoase superioare reprezintă repere de mare valoare în delimitarea stadiilor dezvoltării ontogenetice. Astfel, odată cu vîrstă predominanță funcțiilor aparatului subcortical scade treptat, scoarței cerebrale revenindu-i funcțiile de diferențiere, coordonare și corecție. Elaborarea formelor de inhibiție activă diferențiată și mereu actualizate scade valoarea relativă a inhibiției externe. În același sens perfecționarea mobilității proceselor excitoinhibitorii ale scoarței cerebrale sporește capacitatea de adaptare la complexul de excitanți al lumii înconjurătoare.

* Ana Tucicov-Bogdan — Psihologie generală și psihologie socială, Ed. did. și Ped., Buc., 1973.

și creează prin armonia interacțiunii cortico-subcorticale condițiile îmbogățirii continue a legăturilor condiționate în formele lor cele mai înalte.

Dezvoltarea ontogenetică stadală cuprinde diferențierea și maturizarea celor două sisteme de semnalizare, primul dominant în copilărie, și stabilirea echilibrului cu cel de-al doilea sistem de semnalizare, odată cu maturizarea individului.

Conținutul evoluționist al sistemului de gîndire psihofiziologic al lui I. P. Pavlov este susținut de teza posibilității transformării unor reflexe condiționate dobândite, în funcție de semnificația biologică și de constanța lor, în reflexe necondiționate în decursul filogenezei.

Ca atare, I. P. Pavlov consideră că înseși reflexele necondiționate considerate ca ereditare și permanente cîndva, în dezvoltarea filogenetică, trebuie să fi fost dobândite de sistemul nervos. Pentru I. P. Pavlov reflexele condiționate sunt reflexe corticale dobândite și temporare. Ele reprezintă conexiuni flexibile și dinamice, activitatea reflex condiționată reprezentînd o activitate semnalizatoare.

Pornind de la fenomenele de stază a excitației și a stărilor de fază descrise de Vvedenski, I. P. Pavlov demonstrează că în condiții normale de optimă funcționalitate a creierului, activitatea reflex condiționată se desfășoară după așa-zisa „lege a forței“. Fiecare subiect are o limită individuală de excitabilitate și de răspuns la solicitări. În cazul în care stimularea se prelungeste, apar stările de fază și anume, faza de egalizare (intensitatea răspunsurilor este egală și la excitanți puternici și la cei slabii), în faza paradoxală raportul de forță se inversează, iar în cea ultraparadoxală se modifică sensul reacțiilor și anume la excitanți condiționali negativi se declanșează răspunsuri pozitive, iar la excitanți pozitivi reacțiile de răspuns sunt fie slabe, fie negative (lipsa de răspuns). Faza paradoxală este incriminată în mecanismele apariției halucinațiilor, iar faza ultraparadoxală ar sta la baza mecanismelor de apariție a ideilor delirante, a mutismului și negativismului și, cum rezultă din scrierea către P. Janet, la baza sindromului de automatism mental. Faza de egalizare ar constitui în forma sa excitatorie (după M. I. Krasnogorski)*, baza stărilor de slăbiciune iritativă, iar în forma inhibitorie a celor de apatie.

În același sens ne apar situațiile în care tulburarea activității optime a scoarței cerebrale se produce prin creșterea critică sau lentă a unor influențe puternice exterioare sau interioare care dezechilibrează activitatea scoarței cerebrale și determină fie leziuni organice ireversibile, fie tulburări funcționale ale dinamicii proceselor cerebrale. Aceste tulburări de dinamică pot avea caracter focal sau din contra, ele pot interesa întreaga activitate nervoasă superioară. Solicitarea și suprasolicitarea proceselor de excitație sau inhibiție determină apariția unor zone cu funcționalitate anormală denumite de I. P. Pavlov „șipca“, care pot

* N. I. Krasnogorski — Trudi po izucheniu vișsei nervoni, deiatelnosti celoveka(i) jivotnih, Moskva, 1954, Medghiz.

sta la baza mecanismelor patogenice ale unor simptome nevrotice sau psihotice.

„Furtuna subcorticală“ este, după Pavlov, rezultanta tulburării raporturilor cortico-subcorticale cu scăparea formațiunilor subcorticale de sub controlul scoarței. Ea se soldează cu modificarea mecanismelor inductorii, fiind incriminată în apariția unor stări de agitație psihomotorie, în unele stări patologice de tip istic (puerilism istic, teatralism și demonstrativitate) sau de aspect catatono-hebefrenic (manierism, comportament caricatural, ecomimie, ecolalie, ecopraxie etc.).

Apreciind că tulburarea funcțiilor creierului se produce invers proporțional cu gradul de complexitate și diferențiere — în lucrările sale I. P. Pavlov și elevii săi au demonstrat că tulburarea raporturilor dintre sistemele de semnalizare începe de obicei cu deregarea celui de-al doilea sistem filogenetic mai tînăr și mai fragil.

Tipurile de activitate nervoasă superioară prezintă de asemenea interes pentru patologia psihiatrică în sensul că isteria și psihiza maniaco-depresivă se întâlnesc mai des la tipul artistic, psihastenia la tipul gînditor, iar neurastenia la tipul mixt. Echilibrul instabil, labilitatea mecanismelor excito-inhibitorii caracterizează temperamentul unor psihopați instabili, predominanța proceselor de excitație reprezentă caracteristicile temperamentale ale psihopațiilor impulsivi, slăbiciunea ambelor procese se întâlnește la psihopații astenici. Lipsa de mobilitate, inerția proceselor nervoase cu tendința la fixarea unor focare de excitație pot fi incriminate în apariția unor idei prevalente, obsesii, fobii, cît și în elaborarea unor idei sau sisteme delirante.

În concluzie, I. P. Pavlov, în baza legilor activității nervoase pe care le-a stabilit (legea sumării excitațiilor, legea activității reflex-condiționate, legea forței, legea stărilor fazice, a iradierii și concentrării proceselor nervoase, legea inducției reciproce și legea discriminării și generalizării stimulilor condiționali) a adus o contribuție inestimabilă atât în fundamentarea determinist-științifică a unor procese fiziologice care stau la baza activității psihice și a comportamentului uman, cît și în evidențierea unor mecanisme fiziopatologice care pot explica o serie de tulburări psihice. Metoda reflexelor condiționate recunoaște și azi o largă răspîndire atât în domeniul psihologiei, cît și al psihopatologiei clinice. Ea este în același timp o metodă de cercetare și un procedeu clinic (învățare, condiționare negativă). În general teoria învățării își găsește azi multiple puncte de inserție în teoria pavloviană.

Concepția lui I. P. Pavlov a fost însușită timpuriu și aplicată în cercetarea științifică de școala neurologică reprezentată de Gh. Marinescu. Încă din anul 1935, Gh. Marinescu împreună cu A. Kreindler * au introdus metoda reflexelor condiționate în studierea activității psihice la om în stare normală sau patologică.

Tezele evoluționiste ale lui I. P. Pavlov își găsesc dezvoltarea în cadrul teoriei evoluției biologice în macro-intervale de timp elaborată

* **Marinesco et Kreindler** — Des reflexes conditionnelles. Études de physiologie normale et pathologique, Paris, 1935.

de P. K. Anohin, în teoria bipolarității reverberante a fenomenelor psihice, care au la bază mecanisme fiziologice aflate într-o dinamică continuă determinată de interdependența organism-mediu, în vederea menținerii echilibrului existențial.

Cercetările mai noi cu privire la substanța reticulată, lucrările moderne de electrofiziologie vin să confirme legitățile activității nervoase superioare stabilite de I. P. Pavlov. Teoria pavlovistă își găsește un larg ecou în psihosomatica de orientare deterministă științifică sau în concepția corticoviscerală (Orbelli, Bikov, Kurjin etc.).

Concepția nervistă pavloviană a recunoscut atât vulgarizarea și aplicarea mecanicistă a legilor ei, cât și opoziții și critici generate de înțelegerea superficială sau denaturată de pozițiile filozofice a celor care au interpretat-o. Dintre acestea remarcăm doar frecvența imputație care i se aduce lui I. P. Pavlov și școlii sale de a fi extrapolat rezultatele unor cercetări pe animale, la om. Or, I. P. Pavlov nu a transpus la om aceste mecanisme, ci din contra, a susținut că la om atât în stare normală, cât și de boală intervin pe o suprafață largă factorii psihosociali.

Este ilustrativă în acest sens, părerea unuia dintre elevii săi, care afirma că la om, excitantul biologic înainte de a provoca modificările corespunzătoare în scoarța cerebrală trece și se refractă prin prisma factorului social și devine un excitant calitativ diferit (A. T. Pșonic). Reducerea factorilor psihogenetici în nevroze la modelul experimental pe animale, afirma același autor, este mecanicistă și comparată în mod plastic cu tentativa de a reduce expresia artistică a unei muzici la „mecanica sunetului”.

Din acest punct de vedere, pavlovismul se deosebește de o serie de alte orientări în studiul comportamentului (Watson) cum ar fi funcționalismul (Cattell, Titchener, Dewey), care pe lîngă aportul pozitiv pe care îl aduce, neglijeză aspectele superioare specific umane și manifestă tendință de a reduce psihicul la niște corelate fiziologice obținute pe baza unor studii neurofiziologice.

În S.U.A., J. Masserman în intenția de a pune de acord principiile psihiatricice psihodinamice ale lui A. Meyer cu cele de orientare psihosomatică ale lui F. Alexander, a introdus conceptul „biodinamic” încercând să integreze și să sintetizeze variantele concepte ale psihologiei și fiziologiei comportamentului. Masserman consideră „biodinamica” drept o ramură a fiziologiei care duce la concluzia că studiul animalelor poate ajuta la formularea principiilor psihodinamice ale comportamentului și psihoterapiei.

Pe baza investigațiilor sale de psihologie dinamică și a nevrozelor experimentale, Masserman formulează următoarele patru principii fundamentale ale conceptului biodinamic : a) motivarea, b) adaptarea, c) deplasarea, d) conflictul. Combinând aceste principii cu unele formulări de orientare psihanalitică și psihosomatică, el caută să le aplique atât în teoria comportamentului și personalității, cât și în fundamentarea unor metode psihoterapeutice.

a) *Motivarea* este explicată printr-o serie de necesități fiziologice de intensitate variabilă (survietuirea, creșterea, dominanța, procrearea

și chiar creativitatea estetică), care în ultimă instanță dirijează și stimulează comportamentul. Fără a acorda rolul dominant libidoului, Masserman descrie și alte instințe și demonstrează experimental că orice nevoie fiziologică poate fi utilizată pentru a activa comportamentul. Dintre instințe, după el, cel mai bine poate fi exploatat experimental cel alimentar, care este legat și de sexualitate, de alte nevoi dominante. Apreciind că noțiunile lui Freud asupra fazelor dezvoltării erosului (psihosexual), cu excepția formulărilor cu privire la instințul morții, se suprapun pe cele ale biodynamicii, Masserman consideră că principiile sale cu privire la motivație și cele ale lui Freud pot fi reconciliate.

b) Al doilea principiu — *adaptarea* — stabilește că organismele reacționează și își definesc mediul lor pe baza unică a nevoilor, capacităților și experiențelor lor. Reacția nu este determinată de vreo ultimă realitate, nu se bazează pe o realitate obiectivă, deoarece aceasta (realitatea) este într-o mare măsură relativă; adaptarea ar depinde deci de factorii biodynamici unici pentru specie și indivizi, deși aceștia suferă modificări în funcție de nevoile specifice, experiențele trecute și capacitatea de integrare prezentă. După Masserman, nevroza poate fi definită ca „persistență” unor modele comportamentale, care nu servesc efectiv funcția de adaptare. La om, atunci cînd modelul de reacție vine în conflict cu normele sociale, apar tulburările de comportament de tip nevrotic conform conceptului idiosincretic (disonanță între normele sociale și universul particular individual).

c) În conformitate cu formulările psihanaliste, Masserman consideră principiul *deplasării* drept o blocare comportamentală superpozabilă refulării, suprimării, substituției adaptative în fața frustrației. Această blocare comportamentală în realizarea scopului direct duce la eforturi suplimentare și de obicei dezechilibrate pentru obținerea aceluiași scop sau pentru realizarea unui comportament compensator în vederea satisfacerii acelorași obiective. În experimentul pe animal, Masserman a demonstrat că atunci cînd obstacolele frustrante sunt înlăturate, organismul se întoarce la comportamentul normal, dovedind astfel că modelul de deplasare era doar inhibat sau eliminat.

d) *Conflictul* constă în ciocnirea a două sau mai multe motivații puternice însotite de creșterea tensiunii și anxietății, care determină — ca și în cazul nevrozelor experimentale ale lui I. P. Pavlov — dezadaptarea comportamentului. Masserman susține că stimulii organizați, de intensitate aproximativ egală cu forța motivațională pot determina un dezechilibru comportamental persistent. El folosește pentru reproducerea experimentală a comportamentului nevrotic, la pisici în special, producerea conflictului dintre foame și frică, asociind hrana cu un excitant șocant electric sau cu un „șarpe artificial”. Aceste modele ale reacțiilor nevrotice obținute amintesc și în unele privințe chiar se confundă cu experimentul pavlovian. Biodynamica lui Masserman diferă însă în esență prin orientarea ei gestaltistă, prin interpretarea fenomenelor experimentale în sens psihanalistic și prin transpunerea forțată a datelor experimentale obținute la animal la nivelul comportamentului uman.

Orientările și concepțiile psihofiziologice și-au găsit răsunet în psihologia și sociologia contemporană.

În ultimele decenii *Psihologia socială* a reușit să se impună, în ciuda scepticismului cu care a fost primită în rîndul științelor sociale. Ea reprezintă aplicarea noțiunilor și metodelor psihologice la studiul variatelor tipuri de grupuri sociale (naturale și istorice; structurate social sau spontane; oficiale sau „informale“). Se știe că grupurile sociale reale presupun interrelații psihologice numeroase, aparent indeterminabile, dar care dezvăluie structurări psihologice și anumite caracteristici ale raporturilor dintre normele psihosociale standardizate și devierile posibile de la acestea. S-a putut constata că unele procese psihologice individuale pot avea anumite caracteristici imprimate de către grupul social. S-a vorbit de o percepție și o interpretare determinată social.

Pe de altă parte, psihologia socială a descris și anumite manifestări specifice grupurilor (cum ar fi: caracteristicile mulțimilor sociale, ale asociațiilor sau cele de bandă). Interesul pentru studiul grupurilor mici (*microgrupul*) a crescut odată cu studiile lui K. Lewin asupra dinamicii tensionale a microgrupului și ale J. Moreno asupra structurii afective a grupului. S-au degajat trăsăturile psihologice care stimulează comunicarea optimă, eficacitatea socială și cele care favorizează sau frânează contribuția membrilor microgrupului.

Relațiile psihologice din grupurile mici au fost descrise mai întâi în mediul industrial (E. Mayo) și au fost ulterior teoretizate și experimentate de către Kurt Lewin și echipa sa, care a adus precizări de reală utilitate în ceea ce privește fenomenul conducerii și subordonării, atitudinile de simpatie sau antipatie, de aprobare sau respingere, fenomenul de coeziune sau disoluție a grupului, stilul conducerii colective sau prin lideri etc.

O asemenea direcție de cercetare a fost inițiată și la noi prin studiul sănătății mintale la grupuri reprezentative din populația Capitalei (studenți, elevi, muncitori industriali, locatari de bloc etc.).

Desigur că tot atât de interesante sunt și studiile privind relațiile microgrupurilor cu macrogrupurile sociale, care pot permite conturarea unor configurații psihosociologice justiției, economiei (marketing), politiciei, educației, relațiilor dintre diferențele sectoare sociale.

Mai aproape de domeniul psihiatric este studiul unor probleme de patologie socială cum ar fi cel al sociopatiei și delinvenței. Problema antisocialității, nereductibilă la nozologia psihiatrică clasică, rămîne una din temele majore ale patologiei sociale, care reclamă colaborarea interdisciplinară dintre psihologia socială și drept. Chiar patologia psihiatrică marginală (nevroze, psihopatii) a căpătat noi valențe prin abordarea epidemiologică și studiul constelației dinamice a diferitelor cauze psihosociale care determină dezechilibrul persoanei și a relațiilor sale cu ambianța socială. Noi considerăm că studiile de psihosociologie pot completa datele sociologiei neputind însă să se substituie acesteia și cu atit mai puțin legilor sociale descrise de către materialismul istoric.

5. PSIHIATRIA AZI — ORIENTARE, METODOLOGIE SI SARCINILE EI CA RAMURĂ A ȘTIINȚELOR MEDICALE

În expunerea de mai sus a concepțiilor și orientărilor ne-am propus să cuprindem doar unele aspecte esențiale ale acestora și implicațiile lor în diverse domenii ale psihiatriei. Am încercat să evidențiem elementele rationale care au contribuit la extinderea cimpului de investigație, au deschis drumuri noi diferențierii patologiei psihice, au favorizat abordarea științifică multidisciplinară în psihopatologie și au stimulat diversificarea metodelor terapeutice (psiho- și socioterapice).

Abordând de pe poziții critice conținutul unora dintre aceste orientări și concepții ne-am străduit să exprimăm aderența noastră față de direcțiile determinist științifice ale prezentului și viitorului specialității.

Psihiatria românească contemporană își fondează concepția pe filozofia materialist-dialectică și istorică. Această concepție presupune o viziune complexă asupra omului și reprezintă de fapt o antropologie marxistă aplicată. Este vorba de o înțelegere cuprinzătoare și ierarhizată a principalelor laturi ale ființei umane, care se intercondiționează și care determină rezultanta omului normal, prin integrarea aspectelor biologice în cele psihologice și ale acestora în latura socială. Această concepție ne orientează atât în formarea personalității umane, cit și în înțelegerea și explicarea regresiunii ei psihopatologice. Ea dă sens unitar psihiatriei clinice legând-o obligatoriu de psihiatria ambulatorie și prin aceasta de viața socială. Pe acest fundal filozofic, concepția noastră despre psihiatrie rămîne un sistem deschis la datele noi pe care le aduc disciplinele înrudite ale psihologiei, neurologiei și sociologiei. Si dacă dialogul și dezbaterea a devenit o obligație pentru filozofie, ele sunt tot atât de indicate și în edificarea critică a concepției psihiatricce.

Formarea concepției psihiatricce a necesitat în primul rînd un îndelung proces de cunoaștere profundă a principalelor curente, o analiză și o asimilare a aspectelor rationale și pozitive, și o delimitare critică față de aspectele negative, nefondate științific și care ar putea distorsiona orientarea practicii psihiatricce.

Am obișnuit să denumim concepția noastră, concepție clinică, dar în fond, sensul actual e mult mai bogat decît cel tradițional, în fapt, clinica actuală are un orizont larg antropologic în care direcția nozoologică se menține ca un deziderat de sinteză a unui fascicul de date multidisciplinare.

Vom prezenta trei dintre principalele direcții de dezvoltare ale gîndirii psihiatricce actuale, precizind poziția noastră în legătură cu fiecare dintre ele :

a) *Direcția clinico-nozologică*. Dintre orientările aşa-zise preponderent descriptive s-a desprins direcția clinico-nozologică de dezvoltare a psihiatriei contemporane. Așa cum am menționat deja în partea de istorie a psihiatriei, E. Kraepelin a fost principalul ei fondator, deoarece el a reușit să elaboreze primul sistem de clasificare al bolilor

psihice, care s-a impus tuturor școlilor europene de psihiatrie din acea vreme. Prin faptul că orientarea clinico-nozologică în stabilirea sistemului bolilor psihice se baza pe observația și descrierea simptomelor, evoluției, prognosticului, pe etiologie (acolo unde aceasta era cunoscută), pe unele date de patogenie, fiziopatologie (neurofiziologică și biochimică) și pe aspectele de anatomie patologică, această direcție a înscris psihiatria fără echivoc în rindul științelor medicale, creîndu-se astfel posibilitatea aplicării metodei explicativ cauzale, metodă care reprezintă de fapt gîndirea materialist-dialectică aplicată în psihopatologie.

Concepțiile și orientările fenomenologice (în special fenomenologia inițiată de Jaspers), cît și contribuțiile existentialismului, curentului psihosomatic au stimulat pe de o parte corelarea diferențelor date clinice cu datele obținute prin investigații din ce în ce mai complexe ale substratului material cerebral sau somatic în general (genetice, neurofiziologice, electro- și pneumoencefalografice, biochimice, enzimologice etc.), iar pe de altă parte au impus aprofundarea factorilor psihogenetici, partea lor de contribuție în unele boli și rolul lor determinant în special în psihogeniile psihotice și nevrotice.

În susținerea concepției clinico-nozologice o pleiadă de psihiatri cu orientare materialist dialectică (Osipov, Ghiliarovski, Popov, Gurevici, Snejnevski, Morozov, Zenevici, Suhareva, Uzunov, Šarankov) și cu cîteva excepții întreaga noastră școală de psihiatrie dintre cele două războaie mondiale și mai ales după cel de-al doilea război mondial, cît și mulți alți psihiatri de renume (Mayer-Gross, Gruhle, Huber, K. Schneider, Leonhard, H. Ey, Baruk, Guiraud etc.) au aprofundat cercetările lor în domeniul etiologiei și patogeniei, continuind în același timp să urmărească evoluția bolilor prin sistemul catamnestic — adică prin metoda analizei descriptive a evoluției în timp a simptomelor și sindroamelor și a bolii însăși elaborată de Kraepelin. Astfel, grupările diagnostice stabilite de Kraepelin (psihoze organice, psihoze endogene, deviații ale personalității, stările reactive) își păstrează și azi valoarea lor pragmatică, fiind acceptate chiar de mulți autori care se situează în afara orientării clinico-nozologice.

Una dintre direcțiile clinico-nozologice care pornește de la concepția localizaționistă a lui Kleist este continuată de către Leonhard și cunoscută sub denumirea de școală Kleist-Leonhard. Această școală a fost puternic influențată de către cercetările preponderent explicative ale lui Wernicke. Wernicke a făcut o serie de delimitări nozologice și psihopatologice prețioase. În psihopatologie el a fost primul care a vorbit de „idei autohtone“ ca un fenomen de influență (de pasivitate impusă) în schizofrenie; a deosebit delirul de motivație (secundar) de delirul primar; a deosebit fenomenele primare produse direct de boala de cele secundare, care constituie o reacție a personalității față de tulburările primare; a clarificat de asemenea primul diferență între ideile prevalente și cele delirante. Însuși conceptul său universal de „sejuncție“ este precursor al teoriei bleuleriene a disocierii.

După Wernicke, primul principiu de clasificare a fenomenelor psihopatologice trebuie să fie acela „care se orientează după structura ana-

tomică subiacentă, cu alte cuvinte după gruparea și succesiunea naturală a modificărilor psihologice". Arcul reflex a fost considerat și de Wernicke ca unitate funcțională, iar principiile pe care acesta le invoca puteau fi extinse pînă la activitățile mentale cele mai înalte. Cele trei aspecte funcționale ale arcului reflex senzoriu, asociatie interneuronala și motricitate, după Wernicke, pot fi tulburate separat prin exacerbare, diminuare sau disfuncție. Deficiența principală a acestei variante localizaționiste a orientării clinico-nozologice constă în faptul că s-a crezut justificată aplicarea principiilor mai sus menționate, chiar în cazul unor fenomene psihopatologice pentru care nici o reprezentare localizată cerebral nu a fost descoperită. Școala lui Kleist și Leonhard a încercat deci să aprofundeze sistematica kraepeliniană în funcție de principiile formulate de Wernicke. A fost folosită cu foarte multă minuțiozitate descrierea clinică, atât a stării psihopatologice actuale, cît și a evoluției simptomelor (mai ales la psihozele endogene), de asemenea cercetări explicativ cauzale genetice au fost corelate cu datele clinice descriptive. Cu toate acestea, tentativa școlii Kleist-Leonhard de a ordona patologia psihiatrică într-o serie de boli de sistem, cu o simptomologie și cu un substrat material cerebral net definit, pare să fi eșuat într-un labirint de grupări și forme clinice, aceasta probabil datorită discrepanței între analiza clinică foarte detaliată și caracterul de cele mai multe ori ipotetic al sistemelor neuroanatomice presupus implicate.

Mentionăm că o serie de autori aparținând orientării preponderent descriptive (de exemplu Mayer-Gross, Gruhle, Huber, Heinrich), dar și unii autori ai orientării preponderent comprehensive (de exemplu Bleuler, Sjöbring, Baruk etc.) au căutat să coreleze diferite date ale substratului material cerebral sau somatic în general (genetice, neurofiziologice, electro- și pneumoencefalografice, psihofarmacologice, biochimice etc.) cu simptomele psihopatologice. Se relevă în acest sens în cadrul psihiatriei contemporane interesul major al cercetărilor care folosesc metoda explicației cauzale. Aceasta pentru că, pe de o parte, metodologia cauzală implicată permite o verificare empirică strictă, capabilă să ducă la generalizări teoretice și fiindcă, pe de altă parte, evidențierea tulburărilor substratului material ar putea contribui decisiv la perfectarea unei terapii orientate etiologic. Deficiența acestor tentative pare să rezide în prăpastia, deocamdată foarte adîncă, ce desparte rezultatele obținute în investigația substratului fiziopatologic de cele din domeniul psihopatologiei. Caracterul uneori extrem de general al corelărilor rezultante pare să fie datorit nu numai numărului mare de necunoscute interpuse între cele două feluri de informații (fiziopatologică și psihopatologică), dar și discrepanței între expresia cantitativă a datelor fiziopatologice și cea calitativă a celor psihopatologice.

Psihiatrii români, ca și reprezentanții altor școli cu orientare determinist științifică, și-au axat în primul rînd cercetările pe studiul intensiv și dinamic al simptomatologiei, dezvoltînd sistematica nozologiei kraepeliniane în privința delimitării stărilor de remisiune și defectuale în schizofrenie. Aceste aspecte de mare valoare în eforturile de readap-

tare și reincadrare socială au servit drept fundamentare a psihiatriei recuperatorii, de care se leagă întreaga gamă de instituții spitalicești și ambulatorii (ateliere de ergoterapie, staționare de zi, de noapte, ateliere protejate, dispensare și servicii de sănătate mintală). Complexitatea problemelor psihiatriei și aspectele particulare ale acesteia în funcție de vîrste au dus la delimitarea pedopsihiatriei și gerontopsihiatriei, iar aspectele juridice, familiale și sociale au impus delimitarea psihiatriei sociale și a psihiatriei judiciare ca ramuri ale psihiatriei contemporane. Corelat cu metoda clinic descriptivă, psihiatriile acestor școli acordă o mare atenție rolului factorului social în determinismul bolilor psihice în general și în special în domeniul psihogeniilor și psihopatiilor. În acest domeniu al afectiunilor de graniță, care a fost și rămâne un obiectiv important de studiu, dat fiind frecvența lor crescută, psihiatriile acestei orientări acordă atenție nu numai factorilor de genetică, ereditari, constituționali, ci mai ales studierii și înțelegерii factorilor psihosociali; ca atare este vorba nu de o comprehensibilitate intuitivă forțată, ci de o înțelegere științifică bazată pe concepția materialist-istorică asupra societății. În plus, concepția clinico-nozologică își propune atât studierea condițiilor biologice interne, cât și a mecanismelor patogenice bazate pe achizițiile actuale ale neurofiziologiei în care școala pavlovistă și-a adus o deosebită contribuție. Au fost astfel utilizate, pentru explicarea cauzală a diferențelor simptome psihopatologice, rezultatele bazate pe experiment (ceea ce le conferă o deosebită valoare științifică), ale școlii pavloviene. Acestea au dus la delimitarea netă, prin utilizarea complementară multidimensională a celor trei metode principale de cercetare (descriptivă, comprehensivă și cauzală), a neurasteniei, psihasteniei și isteriei, cât și la orientarea atitudinii terapeutice adecvate acestor afecțiuni spre psihoterapie și reeducare, în primul rînd, și numai în al doilea rînd spre terapia medicamentoasă.

În același timp, școile psihiatricice amintite apreciind că aplicarea consecventă a materialismului dialectic și istoric în fundamentarea teoriei psihiatricice (a antropologiei aplicate la psihopatologie) este necondiționat legată de concepția nozologică, au combătut o serie de școli psihiatricice antinozologiste. Au fost combătute astfel teoriile antinozologiste ale unor psihiatri care, folosind neajunsurile sistematicei kraepeliniene (schematismul, înțelegerea simplist mecanicistă a cauzalității în bolile psihice, prelucrarea insuficientă a psihiatriei de graniță) au ajuns prin unele formulări arbitrară să considere entitățile nozologice drept fantomatice. În acest sens, sunt tipice postulatele adeptilor curentului psihodinamic (psihobiologic) promovate în S.U.A. de către Adolph Meyer și continuante în parte de Masserman, care consideră că diagnosticul într-un cuvînt este inadecvat într-un cîmp atât de complex cum este comportamentul uman. Inspirați parțial din teoria evoluționistă, adeptii acestei teorii consideră boala ca un rezultat al dezvoltării a cărei ultimă verigă este starea morbidă, care ar reprezenta un „tip de reacție“ sau „set de reacție“, ulterior descrise ca tipuri de ergazii (ergazie derivat din grecescul *ergon* = muncă) patologice. Acestea nu sunt niște diagnostice propriu-zise, ci simple descrieri a fenomenelor care survin în

anumite condiții de existență. Totuși prin lista celor 7 ergazii, Meyer ajungea cel puțin prin comparație la formulări diagnostice. Astfel prin anergazie (an = lipsă) definea reacțiile organice cerebrale (P.G., boala cerebrală senilă); sub denumirea de dysergazia — cuprindea sindroame datorate atingerii funcției cerebrale cum ar fi psihozele toxice; prin thymergazii înțelegea psihozele afective; prin parergazie descria schizofrenia; prin merergazie (mero = parte) — psihonevrozele; kakergazia (kakos = rău) este sinonimă cu merergazia, iar oligergazia cu termenul de oligofrenie. Această schemă nu și-a găsit aplicația nici măcar în clinice din S.U.A. dar a pavat calea pentru acceptarea concepțiilor psihodinamice curente întreținute de Jules Masserman. Deși desuetă ca aplicabilitate diagnostică azi și în S.U.A., concepția lui Adolf Meyer are și meritul de a fi descris psihozele ca reacții care rezultă din interacțiunea individului ca entitate psihobiologică cu mediul social.

În al doilea rînd el a contribuit la introducerea și folosirea studiului biografic și istoric al personalității și a fost unul dintre marii entuziaști ai comunității psihiatrico-șizofrenice și a acțiunilor de recuperare socială a bolnavilor psihici.

b) *Direcția clinic-statistică*. Lipsa unei terminologii comune și a unei metodologii unitare în psihatria actuală a impus căutarea unor posibilități de investigație cantificabile. De asemenea datorită nivelului de azi a cercetării cauzale, adresată atât genezei fenomenelor psihopatologice, cât și substratului material cerebral (și în general somatic) al tulburărilor și bolilor psihice s-a impus depășirea etapei preponderent descriptive sau „comprehensive“ prin aplicarea unei alte metode relationale și anume cea statistică.

Realizarea *expresiei cantitative a datelor descriptive psihopatologice* ca și *corelarea lor statistică* (în locul corelării comprehensive) pare să se impună în ultimul timp, constituind astfel o nouă linie de orientare în psihatria contemporană, despre care vom vorbi mai jos. Această metodă clinic-statistică pare să permită pe de o parte analiza interdependenței între diferențele fenomene psihopatologice cu scopul delimitării unor sindroame și pe de altă parte a interrelației între simptomele psihopatologice și somatice—în scopul izolării unor entități nozologice și al apropierei înțelegerei semantice a denumirii acesteia de către reprezentanții diferențelor școli psihiatricice cu orientări destul de diferențiate. În acest context menționăm o serie de autori (Cattell, Eysenck, Guilford, Wittenborn, Hamilton, Overall și Gotham, Lorr, Brengelman, Pichot, școala de psihatrie din București) care au subliniat utilitatea și au aplicat cercetarea cantitativă (statistică-matematică) a tulburărilor psihice în scopul deschiderii unor noi căi de profundare a noțiunilor psihopatologice fundamentale. Eforturile depuse de acești autori pentru concretizarea obiectivelor investigației cantitative în psihatrie având ca deziderat cuantificarea fenomenelor psihopatologice, care să permită pe baze matematice profundarea cunoașterii structurii acestora, s-au îndreptat în două direcții: a) tendința corijării erorilor observației clinice empirice prin registrare standardizată cuantificabilă a simptomelor psihice întâlnite în diversele afecțiuni psihiatricice. Aceasta cu atît mai mult, cu cît b) cea

de-a doua tendință, folosind metode cantitative de prelucrare corelativă statistică, necesită date cantitative din partea observației. Prima tendință a fost realizată mai ales prin folosirea scalelor de evaluare și uneori prin folosirea unor baterii de teste psihologice cuantificabile. A doua tendință — corelarea statistică a datelor observației cantitative — a fost realizată mai ales prin analiza interdependenței. Aceasta s-a bazat în principiu pe o prelucrare corelativă (cluster analysis și factor analysis) a datelor observației, în scopul stabilirii gradului de corelație a variabilelor (aici a simptomelor psihopatologice) și al descoperirii unor dimensiuni relativ independente (sindroame, entități nozologice) în cadrul fenomenelor psihice cercetate (Pearson, Spearman, Fisher, Thurstone). Aplicarea acestei metode a permis de exemplu, lui Lorr și colab. izolarea lor în cadrul psihozelor aşa-zis endogene (schizofrenia, psihoză maniaco-depresivă) a zece factori psihopatologici : excitație, proiecție paranoidă, apatie, anxietate intrapunitivă, distorsiune perceptuală, dezorientare, tulburări motorii, ostilitate, expansivitate și dezorganizare conceptuală.

Pe baza stabilirii corelației între acești factori au fost delimitate apoi configurații de simptome și trăsături („pattern“) sau „tipuri diagnostice“ relativ stabile la majoritatea bolnavilor analizați : gruparea hiperactivității dezorganizate ; gruparea dispoziției depresive ; gruparea depresiei anchioase ; gruparea dezorganizării schizofrene ; gruparea procesuală ; gruparea paranoiacă ostilă ; gruparea tulburărilor subiectiv-funcționale și gruparea obsesiv-compulsivă. După cum se poate observa aceste grupări sunt înrudite dar nu identice cu sindroamele clasice.

După Lorr, cu ajutorul acestor grupări este posibil să efectuezi scurte caracteristici utile în punerea diagnosticului, dar mai ales pentru reflectarea modificărilor datorite terapeuticii. În mod asemănător Overall și colab., pe baza celor 16 simptome apreciate prin scala proprie, disting 4 factori principali sau dimensiuni axiale : melancolic, hebefrenic, paranoiac și paranoid, precum și un factor accesoriu constituit din tulburări motorii. De asemenea Eysenck în analiza nevrozelor diferențiază doi factori : nevrozismul (general neuroticism) și factorul introversiune-extroversiune. În aceeași ordine de idei dimensiunile obținute prin analiza factorială au fost utilizate de Overall și Pichot pentru determinarea unor stereotipuri diagnostice factoriale precum și a unor profiluri simptomatice sau factoriale. Acestea permit folosirea diagnosticului automat în psihiatrie care consistă în determinarea de către ordinatator a indicelui de asemănare între profilul individual al bolnavului studiat și fiecare profil tip (stereotip diagnostic) ; indicele cel mai ridicat determinând diagnosticul cel mai probabil.

Corelarea statistică a rezultatelor cantitative ale observației s-a efectuat de asemenea prin *analiza dependenței*. Prin aceasta se investighează influența variabilelor independente asupra celor dependente, și se bazează pe tradiționalul experiment funcțional $a = f(b)$. Fiindcă în forma ei clasică nu a dat rezultatele scontate Eysenck a folosit analiza dependenței modificată de Fisher (analiza varianței și covarianței), care să permită modificarea în același timp a variabilelor independente (deci

a tuturor variabilelor în afara celei dependente) și totodată cercetarea efectului lor comun sau separat asupra variabilei dependente. În acest context el a aplicat analiza varianței și covarianței în condițiile unor modificări continue, atât a terapeuticii medicamentoase, cât și factorilor (variabilelor) de mediu, psihoterapeutici și endogeni, în cercetarea efectului lor comun sau separat (deci și a efectului medicamentos) asupra sindromului depresiv reactiv. În acest context se menționează și lucrările lui V. Predescu și colab. asupra efectelor terapeutice ale oxazepamului în stările nevrotice depresiv-anxioase (cu ajutorul scalei Hamilton), ca și studiul comparativ al eficienței oxypertinei, fluanxolului și clordelazinului în schizofrenia cronică (cu scala Lorr).

Psihiatrii din țările intens industrializate vorbesc astăzi chiar de o automatizare a psihiatriei. Astfel Dr. Milo Tyndel arată că având în vedere creșterea cererii de asistență medicală în psihiatrie și serviciile înrudite a devenit necesară economisirea timpului și muncii folosite pentru colecționarea, organizarea, înregistrarea și trecerea datelor necesare practicii și cercetării medicale fără ca aceasta să însemne substituirea personalului medical al relației medic-pacient și al întocmirii foii de observație. Mai mult el afirmă că înseși chestionarele predecesoare metodelor computerizate au avut o serie de avantaje. Printre avantajele socotite de autor alături de economisirea timpului, chestionarele au avantajul de a da suficient timp bolnavului pentru a reflecta și a răspunde la întrebările puse.

Problemele cuprinse în chestionar amintesc bolnavului de anumite emoții sau stări conflictuale, care după el ar trebui să fie „refulate” sau „suprimate” în timpul discuției directe cu medicul. În același timp, chestionarele ar putea evidenția anumite arii posibil a fi omise în timpul con vorbirii directe și în fine răspunsurile la aceste întrebări pot oferi puncte de sprijin pentru con vorbirea directă.

Printre dezavantaje, autorul menționează că tiparul statistic poate să interfereze cu schimbările spontane de orientare și cu centrarea care are loc în con vorbirea personală. În plus el apreciază just că nu este posibil să ne convingem că toate întrebările cuprinse în chestionar au fost înțelese de pacient și ca atare acesta a formulat răspunsuri corect legate de întrebare. Unul dintre neajunsurile principale în aplicarea chestionarelor și computerelor constă în posibilitatea lor de a interfera cu relația medic-pacient stînjenind astfel stabilirea unei relații de lucru, a unei relații de transfer.

Cu toate acestea, importanța practică a aplicării metodologiei statistice în psihiatrie consistă, între altele, în noile posibilități de profundare a cercetării fundamentale psihopatologice, în creșterea gradențului de comunicabilitate a datelor obținute între psihiatrii cu concepții diferite, în aprecierea mai precisă a efectelor terapeutice și în posibilitatea diagnosticului psihiatric prin ordinatoare. Pentru a deveni cu adevărat eficientă metodologia statistică pare să necesite perfectarea unei serii de condiții formulate încă de Jaspers și completate mai recent de Pichot și anume: delimitarea națională strictă a fenomenelor psihopatologice ce se cuantifică (catalog de simptome și sindroame); carac-

terul semnificativ reprezentativ al materialului (mostrei) utilizate (selecția critică a cazurilor); linearitate cît mai mare posibilă a relațiilor analizate între simptome; și în sfîrșit modul de interpretare multidimensional al relațiilor cantitative elucidate.

Aceste metode, după părerea noastră, nu pot însă înlocui observația clinică și investigația biologică și mai ales diagnosticul automat nu poate fi decât relativ, prezentind în același timp, marele pericol de a dezumaniza psihiatria scurt-circuitând relația pozitivă medic-pacient. Dacă utilizarea și eficiența acestor metode tehnice moderne în psihiatrie rămîne încă neconvincător conturată, de o mare utilitate, actualitate și popularitate se bucură metodele statistico-matematice în prelucrarea datelor epidemiologice în vederea aprecierii dinamicii și structurii morbidității prin boli psihice, fără de care nu se poate vorbi de o organizare științifică a asistenței de psihiatrie. Aplicarea generală a datelor unor studii complexe statistice și demografice a devenit aproape curentă datorită vitezei mari a computerului și „memoriei” sale pentru prelucrarea programată și efectuarea unor calcule precise și de o complexitate deosebită.

c. *Direcția psihosocială a psihiatriei contemporane.* Așa cum se stipulează în lucrările celui de al V-lea Congres mondial de psihiatrie (Mexic, 1971), psihiatria a continuat să se dezvolte într-un ritm accelerat în multiple direcții. Îmbogățirea mijloacelor terapeutice și creșterea eficienței chimioterapeutice, psihosociale și socioterapeutice, au făcut ca vechile azile să fie transformate în spitale cu sistem de asistență dominant deschis, practicarea tratamentului bolilor psihice fiind posibilă nu numai în spitalele profilate, ci și în serviciile și secțiile unor mari spitale unificate. Preocuparea psihiatrilor nu se mai poate limita doar la estomparea sau reducerea simptomelor morbide; în condițiile actuale, de o importanță cel puțin egală devine atât elaborarea măsurilor de profilaxie, cît și lupta pentru recuperarea socială integrală sau parțială a bolnavilor psihici.

Pentru a realiza aceste sarcini, psihiatria vremurilor noastre și-a extins aria de preocupări directe la nivelul colectivităților umane creându-se astfel o serie de instituții semiambulatorii și ambulatorii (spitalul de zi și de noapte), dispensare, servicii de sănătate mintală, cabine de specialitate și în polyclinicile generale. Pentru a răspunde sarcinilor complexe de cunoaștere a interrelațiilor umane legate de familie, locul de muncă și a colectivului social al bolnavului s-a impus noțiunea de echipă sau grup de specialiști cu pregătire polivalentă (medici, sociologi, psihologi, asistenți sociali, defectologi, chineziterapeuți etc.).

Extinderea competenței psihiatriei, sesizabilă în ultimele decenii, a impus deci diversificarea funcțiilor ei, pentru a putea exercita influență pozitivă asupra desfășurării vieții oamenilor în societate, contribuind astfel la promovarea sănătății mintale, care interesează toate instituțiile și compartimentele societății. Eforturile pentru promovarea sănătății mintale au impus psihiatriei ca ramură a științelor medicale noi funcții de care trebuie să se țină cont atât în dezvoltarea instituțiilor de psihiatrie, cît și în formarea cadrelor. Se desprinde astfel importanța psihi-

triei în domeniul general al sistemului de asistență medicală cît și rolul și sarcinile psihiatrului ca explorator al vieții sociale, ca activist social, ca educator, ca membru al echipei și colaborator cu o serie de specialiști în cadrul echipei în care el ar trebui să fie principalul factor. Acest loc principal al psihiatrului impune în primul rînd îmbunătățirea sistemului de formare a specialistului, modul de recrutare și selecționare a medicilor pentru psihiatrie.

În lumina acestor sarcini, învățămîntul psychiatric trebuie să pregătească specialiști legați de colectivitatea umană, capabili să înțeleagă factorii psihogenetici, sociali și de ambianță necesari prevenirii bolilor și readaptării bolnavilor psihici. Psihiatru și echipa respectivă trebuie să prospecteze și să cunoască cauzele dezadaptării sociale pentru a putea întreprinde măsuri de profilaxie primară. Odată apărute tulburările mentale, el trebuie să știe să le combată (profilaxia secundară) și în sfîrșit să se ocupe de prevenirea recăderilor (profilaxie terțiară) și de reabilitare și reinserția socială a bolnavului psihic.

Unii autori dintr-o serie de țări capitaliste susțin că psihiatria alături de sociologie, antropologie și de psihologia socială trebuie să recunoască cît de antipsihiatrică este societatea. Spre deosebire de acest punct de vedere care se referă la societatea capitalistă, psihiatru noștri trebuie să recunoască ce implicații au factorii de progres continuu și rapid impus de însăși colectivitatea umană descătușată de exploatare, stăpînă pe mijloacele de producție și beneficiară a împărtării echitabile a produsului social al muncii. În aceste condiții noi create, echipa de psihiatrie este chemată să cuprindă în mod aprofundat problematica complexă a promovării sănătății mintale în cadrul larg al igienei mentale și de ocrotirea sănătății în general.

Pentru a cuprinde problematica de asistență în foarte multe țări ale lumii se pune un accent deosebit pe însușirea unor cunoștințe de psihiatrie de către studenții în medicină pentru a face față angajării în problemele de psihiatrie ca medici de medicină generală.

În același timp, se impune ca învățămîntul de specializare în psihiatrie să inițieze și să antreneze viitorul specialist în însușirea metodologilor ergoterapice, psihoso- și socioterapice.

În al treilea rînd se apreciază că învățămîntul de psihiatrie nu trebuie să fie rupt de pregătirea biologică foarte temeinică. Astfel se impune ca psihiatrul să-și însușească cunoștințele biologice de bază, să aibă o pregătire medicală și neurologică specifică și să fie în mod obligatoriu orientat și capabil să efectueze explorările necesare cunoașterii substratului biologic al bolilor psihice. Numai astfel psihiatrul prezentului și viitorului va putea înțelege și iniția o serie de explorări în domeniul neurofiziologiei moderne, al geneticii aplicate, în domeniul histochimiei, biochimiei și enzimologiei cerebrale și în sfîrșit în cel al imunobiologiei și imunopatologiei cu multiplele lor aspecte particulare în bolile psihice. Iată de ce în aceste condiții orientarea prezentă și de viitor a psihiatriei este nu numai clinico-nozologică, ci și bio-socială, aspect impus de rădăcinile ei adînc implantate, în ariile largi ale medicinei în general.

BIBLIOGRAFIE

- Alexander F. — Psychosomatic Medicine: Its Principles and Application W. W. Norton, New York, 1950.
- Balint M. — Le médecin, son malade et la maladie, P.U.F., Paris, 1960.
- Bleuler E. — Lehrbuch der Psychiatrie, edit. M. Bleuler, ed. XI-a Springer Verlag, Berlin, Göttingen, New York, 1969.
- Bumke O. — Handbuch der Geisteskrankheiten, Springer Verlag, Berlin, 1928.
- Chertok L. — La Médecine Psychosomatique à l'est (et) à l'ouest, Presse Méd., 16 mars, 1968, 76, 13, 641.
- Cullere A. — Traité pratique des maladies mentales, ed. Libr. Baillière, Paris, 1890.
- Dongier M. — Névroses et troubles psychosomatiques, III-ème, ed. Charles Dessart, Bruxelles, 1967.
- Dosios A., Parhon-Ştefănescu C., Predescu V. — „The history of rumanian psychiatry“ in „Psychiatry in the communist world“, edited by Kiev A., Science House, New York, 1968.
- Dunbar F. — „Emotions and Bodily Changes“, Columbia University Press, New York, 1954. Encyclopédie Medico-Chirurgicale, Psychiatrie, Paris, 1955.
- Ey H. — Études Psychiatriques vol. I—III, ed. Desclées de Brouwer, Paris, 1950—1954.
- Ey H. — „La conscience“, P.U.F., Paris, 1963.
- Ey H., Bernard P., Brisset Ch. — „Manuel de psychiatrie“, ed. III-a Masson, Paris, 1970.
- Freedman A. M., Kaplan H. J. — „Comprehensive textbook of Psychiatry“ ed Williams & Wilkins Company, Baltimore, 1967.
- Freud S. — „Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse“, ed. IV-a Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, 1922.
- Fromm E. — „Die Grundpositionen der Psychanalyse“, Verlag für Psychologie, Göttingen, 1966.
- Ghilliarovski V. A. — „Psihiatria“, Editura medicală, Bucureşti, 1953.
- Hilgard E. R., Atkinson R. C. — „Introduction to psychology“, 3-th edition, ed. Harcourt, Brace and World Inc., New York, 1965.
- Jaspers K. — „Allgemeine Psychopathologie“, ed. VII-a Springer Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1959.
- Jones E. — „The Life and Work of Sigmund Freud“, Basic Books, New York, 1953.
- Kerbikov O. V., Ozerețki O. V., Popov E. A., Snejnevski E. A. — „Ucebnik Psihiatrii“, Medghiz, Moscova, 1958.
- Kerbikov O., Korkina M., Najdarov R., Snejnevski A. — „Psychiatrie“ ed. Mir Moscova, 1972.
- Klotz H. P. și colab. — „La médecine psychosomatique“, Ed. Expansion Scientifique Française, (E.S.F.) Paris, 1965.
- Kretschmer E. — „Körperbau und Charakter“, Springer Verlag, Berlin, 1961.
- Lalande A. — „Vocabulaire technique et critique de la philosophie“, ed. X-a P.U.F., Paris, 1968.
- Laplanche J., Pontalis J. B. — „Vocabulaire de la Psychanalyse“, P.U.F., Paris, 1967.
- Lemke R., Rennert H. — „Neurologie und Psychiatrie“, J.A. Bartsch, Leipzig, 1970.
- Mahl F. G. — „Anxiety, HCl secretion and peptic ulcer etiology“, Psychosom. Med., 1950, 3, 158.
- Mayer-Gross W., Slater E., Roth M. — „Clinical Psychiatry“, Baillière, Tindall & Cassell, London, 1969.

- * * * — Mic dicționar filozofic, Editura politică, București, 1969.
- Minkowski E. — „Traité de psychopathologie”, P.U.F., Paris, 1966.
- Morozov V. M. — „O sovremennih napravleniah v zambejnoi psihiatritii i ih ideinix istoriah”, Medghiz, Moskva, 1961.
- Pavlov I. P. — „Prelegeri despre activitatea emisferelor cerebrale”, Ed. Academiei R.P.R., București, 1951.
- Pavlov I. P. — „Experiența a douăzeci de ani în studiul activității nervoase superioare a animalelor”, Ed. Academiei R.P.R., București, 1953.
- Porot A. — „Manuel alphabétique de psychiatrie”, P.U.F., Paris, 1960. „Psychiatrie der Gegenwart”, Forschung und praxis, vol. I/1 A, I/1 B, 1/2 Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1967, 1963, 1964.
- Régis E. — „Précis de Psychiatrie”, ed. VI-a, Doin, Paris, 1923.
- Rubinstein S. L. — „Existență și conștiință”, Editura științifică, București, 1962.
- Schneider K. — „Klinische Psychopathologie”, VII^e Ed., Ed. Georg Thieme, Verlag, Stuttgart, 1966.
- Weirbrecht H. J. — „Psychiatrie im Grundriss”, ed. II-a, Springer Verlag, Berlin, 1968.
- Wells H. K. — „Dialectica marxistă și științele naturii”, Editura Politică, București, 1962.
- Wyrsch J. — „Die Person des Schizophrenen”, Haupt Verlag, Bern, 1949.
- Weitbrecht H. J. — „Kritik der Psychosomatik”, Georg Thieme, Stuttgart, 1955.