

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 crescînde 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; iatrea = 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 eco-ul unor ipoteze vechi idealiste sau dualiste. Chiar dacă în multe cazuri (nevroze, psihoze) 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 răsunset somatic, tot așa 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, înglobând în general formele anormale de dezvoltare ale personalității, fie de dezorganizare episodică, periodică sau continuă a persoanei umane, fie de regresivitate a personalității. Domeniul psihiatriei se extinde de la descifrarea manifestărilor patologice ale psihicului, la profilaxia îmbolnăvirilor prin măsuri de psihoigienă 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 așa-zisele „simptome țintă“ (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 psihoigienă 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 psihiatriei 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 policlinicilor 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-, psiho- și socioterapeutice. De fapt practica psihiatriei 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 psihiatriei constituie obiectul *psihopatologiei* și rezultă din generalizarea practicii psihiatrice pe care la rândul său o fundamentează. Deci înțelegerea raportului dintre latura practică (diagnosticul, tratamentul, recuperarea) a psihiatriei și cea teoretică (studiază le-

găturile de cauzalitate, dinamica și patogeneza bolilor psihice) derivă din cunoașterea raportului dintre teorie și practică în general. Dezvoltarea actuală a practicii psihiatrice impune dezvoltarea și mai intensă a cercetării științifice fundamentale și multidisciplinare capabile să elucideze cauzele și patogenia bolilor psihice și să fundamenteze științific în continuare atât psihopatologia, ca latură teoretică a psihiatriei, cât și practica psihiatrică în general, inclusiv măsurile de psihoigienă și psiho-profilaxie.

Ca ramură a medicinei, psihiatria avînd ca obiect omul bolnav psihic și ca atare studierea și înțelegerea lui, face ca psihiatria în general și latura sa teoretică psihopatologia, să se interfereze cu metodele practicii și cu teoriile altor științe despre om cum sînt: 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 psihiatriei o serie de metode de testare (testele de aptitudini psihologice și tehnicile proiective), contribuie la explicația teoretică a funcțiilor psihice normale, fundamentează lanțul relațiilor medic-pacient-act medical-familie-societate.

Psihiatria 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.) sînt implicate și în fundamentarea psihiatriei ca știință medicală.

Psihiatria 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, psihiatria 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 psihiatria avînd 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 psihoigieniei a fost delimitată „Ecologia psihiatrică”, ca știință a interacțiunilor dintre omul bolnav psihic și mediul său ambiant, iar studiul raporturilor dintre cultura colectivităților umane și problemele de sănătate mintală au dus la fundamentarea așa-zisei „Psihiatrii transculturale”.

În literatura psihiatrică a ultimelor decenii apare tot mai net preocuparea de a delimita „Psihiatria socială”, care, aflîndu-se în unitate dialectică cu psihiatria 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 tendința de a fi delimitate ca științe noi, nu sînt altceva decît ramuri ale imensului arbore al psihiatriei ca știință pluridimensională. Considerînd 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 sînt relativ omogene (fiind vorba de științe ale naturii) limbajul este relativ unitar, iar interpretarea rezultatelor se pretează la exprimarea statistico-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 răsfrînt marile confruntări dintre concepțiile și curentele filozofice*. Se înțelege de asemenea de ce în psihiatrie poate ceva mai mult decît în celelalte domenii ale medicinei 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 neglijeze vreunul îi studiază în interrelația lor obiectivă socotind că factorul principal al explicației și înțelegerii 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 psiho-biologică 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 avînd interferențe cu toate științele care studiază diferitele aspecte ale omului ca unitate existențială 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 evitînd speculațiile și ipotezele necontrolabile prin metodele actuale ale științei ;

b) este cuprinzătoare 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 caracterizeze orice domeniu de activitate științifică), trebuie să acorde prioritate cercetării acelor domenii ale specialității care duc la îmbunătățirea substanțială a asistenței psihiatrice.

Desprinzând aspectele prioritare ale dezvoltării asistenței medicale de la noi din țară, psihiatriei 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 cât și tipurile de instituții spitalicești, semiambulatorii și ambulatorii capabile să aplice măsurile medicale și sociale adecvate în prevenirea și combaterea bolilor psihice. În sfârșit ea trebuie să elaboreze întregul complex de măsuri de igienă mintală ca un program al întregii societăți în păstrarea sănătății mintale. Fără o teorie psihiatrică, capabilă să fundamenteze o metodologie unitară, practica psihiatriei s-ar face necoordonat după cunoscuta autonomie și confuzie a empirismului.

2. SCURT ISTORIC ÎN PSIHIATRIE

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

Prima perioadă — perioada prehipocratică a psihiatriei — 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 întâmplător ecoul acestei concepții străbătînd negura vremurilor a ajuns pînă la noi sub binecunoscuta istorisire a pedepsei celei mai aspre a „zeilor” față de regi și care consta în „suprimarea” sau „tulburarea minții”.

Sînt 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 posedarea de către duhuri rele a unei prințese și tot la egipteni templul lui Saturn era dedicat purificării bolnavilor psihici. În Grecia antică înaintea perioadei hipocratice dominau aceleași idei de posedare de către spirite bune sau răufăcătoare. Sînt edificatoare, în acest sens, istoria paricidului lui Oreste, Hercules, Ajax, a fiicelor lui Pretus etc. Aspectele contrarii

posedării reies din descrierea „profeților” 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 aparținătorilor bogați ai bolnavilor ofrande cât 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 sînt 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, mînia, plînsul nu provin decît din creier. Prin el noi gîndim, înțelegem, vedem, auzim, cunoaștem urîtul și frumosul, răul și binele, agreabilul și dezagreabilul. Prin el noi sîntem 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 sînt considerați întemeietorii concepției materialist vulgare a medicinei 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, psihoza 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 î.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 î.e.n.) era adeptul teoriei atomiste a lui Democrit. El a delimitat sub termenul de „phrenitis” bolile psihice acute și febrile, diferențiindu-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 î.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 î.e.n.) este cunoscut prin descrierile sale despre melancolie cât și prin preocupările de a evidenția existența în creier a centrilor nervoși motori, ai inteligenței, căutând să explice modalitatea producerii paralizilor.

Soranus din Efes (95 î.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 „deliranti“ tocmai pe acei care comparau bolnavii cu animalele sălbatice.

Această epocă de încercare a clasificării bolilor psihice și de umanizare a tratamentului bolnavilor mintali se sfârșește cu celebrul medic din Pergam — Galien (anul 150 al erei noastre) cunoscut în special pentru contribuțiile sale în domeniul fiziologiei cerebrale. El considera creierul uman drept „for“ al mișcărilor voluntare, al inteligenței, al sentimentelor și al memoriei, subliniind că adesea compresiunile cerebrale duc la pierderea sentimentelor, traumatismele cerebrale sînt urmate de confuzie și comă, iar inflamațiile creierului sînt 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, așa cum afirma Cullerre, se îmbinau într-un mod dezolant superstițiile cu cele mai ridicole practici ale medicinei antice. Important de reținut că în timp ce în Europa domina negura obscurantismului, în țările arabe Razes (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 Amorousului“ (Zad Al-Musafir).

În contradicție cu formularea principiilor materialist naive ale școlii lui Hipocrate și Democrit și a adepților acestora (Leucip, Epicur, Lucretiu, Car etc.), a apărut și s-a dezvoltat concepția idealistă a lui Aristotel și Platon, care a servit drept baz

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.

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 psihici 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 psihice 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 constând în rugăciuni nu-și dovedea efectul pentru nimicirea „duhului rău“, se mergea de la bătaia și schingiuirea bolnavilor până la arderea pe rug. Mulți bolnavi psihici au pierit în flăcări, în lanțurile și butucii care-i fixau de zidurile umede și reci ale celulelor mănăstirești.



Fig. 3

În acest sens este grăitoare Bula Papei Inocențiu al VIII-lea în care se prevedea căutarea și tragerea la răspundere a acelor care se lăsau de bună voie 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 ridicând la rang de lege Bula Papei Inocențiu, descriu modalitățile de descoperire a posedaților 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“ (demonomaniile), dublate de o epidemie de pedepse capitale ordonate de slujitorii bisericii catolice. Condamnărilor la moarte din perioada „epidemiilor demonomanice“ le-a urmat atitudinea conform căreia bolnavii psihici erau considerați „criminali de stat“

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 așternut. 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 înstăriți, 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 ca 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 sînt altceva decît stări psihice patologice. Cu tot obscurantismul epocii, inchișitorul Nider a descris totuși câteva aspecte psihopatologice valabile practicii clinice ca „dedublarea personalității”, ideile delirante de urmărire, ruină și negație în melancolie.

Perioada Renașterii începe așa cum apreciază Régis la sfîrșitul secolului al XVI-lea cînd o serie de medici sub impulsul curentului renescentist au început să revină la tradițiile științifice ale medicinei. Astfel Felix Plater, Paolo Zacchias, Thomas Willis caută să reconsidere 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 psihiatriei judiciare. În această lucrare el reușește ca alături de descrierile clinice să consemneze implicațiile medico-legale sub aspectul capacității civile, a validității actelor în perioade de stare, în intervalele 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 frenesia, 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 aceeași perioadă Charles Le Pois (1563—1633) descrie „isteria convulsivă”, Sennert recunoaște în creier organul inteligenței, iar boala psihică o atribuie leziunilor funcționale ale cre

dențiind 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 psihiatriei au fost mult depășite de vreme, trebuie să remarcăm efortul lor de a readuce 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 marile descoperiri din acea vreme în domeniul astronomiei, chimiei și medicinei. Datorită acestei lumi noi a gândirii, psihiatria 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 fiziologiei 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 humorală este într-o mare măsură abandonată, atrăgându-se în special atenția asupra importanței studiului creierului (curentul solidist). În încercarea sa 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 humorală 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 săptămîni 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, respirînd 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 întări ca pe animalele sălbatice 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 avînt, 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 psihiatriei ca ramură a științelor medicale, cît și asistența bolnavilor psihici.

Astfel, sub influența filozofilor enciclopediști francezi (Diderot, Lamettrie, 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 energic 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 psihiatrice. Efortul lui Pinel nu a fost izolat, deoarece în aceeași perioadă și chiar înaintea lui, preocupări similare însoțite 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 blînd 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

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 părerea sa medico-filozofice. 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 ținuti tot în mînăstiri 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 bătrîni decît piramidele egiptene și probabil tot așa de bătrîni ca și societatea umană, a împrumutat numele apropiat de limba acelor 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 burghezodemocratică 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 materialisti citați mai sus erau atești 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 brutalități, 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 învîrțiți pînă amețeau. Li se turnau pe piele picături de smoală topită, ulei fierbinte, rășină topită etc. Se utiliza înfometarea 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 controver-selor dintre cele două curențe 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 simptomatologică 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, scrierile 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 atașându-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 „hașişul" în scop experimental, deschizând calea metodelor experimentale în psihiatrie. Moreau și alți psihiatri francezi au fondat în anul 1843 jurnalul „Annales médico-psychologiques". În aceeași perioadă preocupările de a stabili anumite legături dintre bolile psihice și ereditare 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 indus „Folie à deux".

În aceeași perioadă Falret și Baillarger reușesc să contureze dinamica maniei și melancoliei delimitând 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, neputînd fi confundată cu psihologia.

Susținătorul și continuatorul teoriei degenerărilor lui Morel a fost în Franța marele psihiatru V. Magnan (1835—1909), care a lucrat la spitalul St. Anne din Paris. Spre deosebire de Morel, teoria degenerărilor ocupa o poziție secundară, Magnan acord

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) delimitează neurastenia, conturîndu-se astfel cel de-al doilea mare domeniu al psihiatriei marginale — nevrozele.

În Rusia sec. al XVIII-lea și al XIX-lea — așa 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 materialști, 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 psihoza 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, Ganuşkin 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 psihiatrului german E. Kraepelin (1856—1926). Conolly a continuat reforma începută de Pinel și a extins-o prin faptul că a eliminat complet cămășile 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-

melor morbide în „pozitive“ și „negative“ (minus-plus symptom), au decelat dinamica regresiei funcțiilor psihice. În acest sens, sînt edificatoare 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 psihiatri de renume ca Meynert în Austria, Wernicke și Kleist în Germania. Deși adepții 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 pătrar de veac.

În *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 prăvelele 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 ca 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. Tratatamentul 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).

În 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 psihiatrice 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 mîna. Iată deci că erg

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 psihiatrice de la tipul medieval mănăstiresc la asistența medicală laică și reproduce ideile vechi ale legislației românești, cât 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 așezământului. II. Intrarea și ieșirea bolnavilor. III. Serviciile interioare ale așezământului. IV. Regimul alimentar. V. Așternutul, îmbrăcăminte și măsurile de curățenie. VI. Diferite ocupații și repausul. VII. Dispoziții generale). Din lectura acestor capitole se poate ușor deduce că asistența psihiatrică răspundea 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 învățământului 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 începând 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 chiliilor mănăstirești până când s-a construit un spital pavilionar cu 60 de paturi.

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

Perioadele a doua și a treia a dezvoltării psihiatriei românești se împletesc cu înt

de psihiatrie, iar după 1864, când a fost redactat și proiectul de lege pentru transformarea „Școlii 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 duminică 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 atât cursurile de medicină legală, unde era profesor titular, cât 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 când el avea vârsta de 60 de ani.

Iată de ce prof. Alex. Șuțu (1837—1919) este pe drept cuvânt 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 psihiatrice 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. Șuțu afirma că el nu reprezintă decît 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 psihiatriei. Dintre aceștia amintim figura doctorului Al. Brăescu (absolvent al Facultății de medicină de la Iași), care după studiile de specializare de la Paris, în clinicile 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 1889 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 sînt continuate 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 rămînînd pînă în anul 1912 prof. Panaite Zosin.

În Muntenia, la București, după pensionarea profesorului Al. Șuțu, devine titular al catedrei de psihiatrie prof. Alexandru Obregia (1860—1937). Psihiatru cu pregătire complexă în clinicile și laboratoarele lui Virchow, Munk, Westphall în Germania, și apoi în spitalele și clinicile conduse de Charcot, Magnan și Ball în Franța, Alexandru Obregia a fost numit în anul 1892 profesor titular al catedrei de histologie, conducînd 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 atît în organizarea predării psihiatriei, cît și în organizarea modernă a asistenței bolnavilor psihici.

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

rologie și psihiatrie, introduce în practica de specialitate punția suboccipitală.

Alexandru Obregia rămâne ca o figură centrală în istoria psihiatriei 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 calitate sa de director al Direcției Sanitare din Ministerul de Interne, Alexandru Obregia a asigurat dotarea Spitalului Socola, făcând posibilă deschiderea sa după lungi tergiversări și neglijențe în construcții, în anul 1905. La rîndul său, Al. Brăescu, în articolul: „Cum sînt 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



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

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 întreruperea lucrărilor de construcție în anul 1911, iar lucrările 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-

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 Panteimon, iar din anul 1910, a ocupat postul de medic primar la Mărcuța.

C. I. Parhon a servit cu cinste neurologia și psihiatria românească și a întemeiat Endocrinologia ca știință medicală, având 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 mondiale, remarcîndu-se atît 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 împlinit 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 agrozotehnică, cât și pe cea de atelier. Bogata sa experiență în domeniul ergoterapiei este sintetizată în lucrarea sa „Manual de inițiere în Ergoterapie”, pe care l-a publicat în anul 1963, când 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 cronici mintali Rîul-Vadului, la început cu 100 de paturi (1934), capacitatea sa extinzîndu-se la 250 de paturi (1938). Pentru asigurarea asistenței bolnavilor cu evoluție prelungită, la Băița-Sibiu funcționa ospiciul pentru cronici 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 Marmăției, 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 psihiatrice 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. Țurcan. La insistențele acestui destoinic psihiatru a fost construit apoi un pavilion separat cu 60 de paturi, care în anul 1912 (anul morții lui C. Țurcan) 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, când este numit director al spitalului de psihiatrie din Cernăuți și lucrează în această funcție 9 ani (1941), când se reîntoarce la București și funcționează ca director al Spitalului Central pînă în anul 1942, când decedează la o vîrstă de numai 59 de ani.

* Chr. Deculescu — „Istoricul Spitalului de boli mentale și nervoase”, Cernăuți, în „Buletinul Spitalului de boli mintale și nervoase Cernăuți”, an I, 193

La Chişinău (jud. Lăpuşna) funcţiona spitalul de psihiatrie Costiugenii, care avea în 1920 un număr de 550 de paturi *.

Un eveniment de seamă în dezvoltarea neurologiei şi psihiatriei în toate provinciile istorice ale ţării l-a avut „Societatea de Neurologie, Psihiatrie, Psihologie şi Endocrinologie“, care a luat fiinţă sub preşedinţia lui C. I. Parhon în anul 1918. Până în anul 1938 au fost ţinute 18 congrese în diferite centre mari ale ţării. Începînd cu anul 1919 Societatea a editat Buletinul de Neurologie şi Psihiatrie.

În strînsă legătură cu Societatea de neurologie, psihiatrie, psihologie şi endocrinologie şi cu şcolile de la Bucureşti, Cluj şi Iaşi, în 1938 se editează la Cernăuţi periodicul „Buletinul Spitalului de boli nervoase şi mintale din Cernăuţi“, sub îngrijirea medicului primar dr. Gh. Gh. Constantinescu.

În primul număr al acestui periodic, dr. Christian Deculescu publica un istoric al Spitalului de la înfiinţarea sa. În 1939 la Cernăuţi se organizează Congresul anual al Societăţii de neurologie, psihiatrie, psihologie şi endocrinologie. La Chişinău se înfiinţează „Buletinul asociaţiei profesionale a medicilor din oraşul Chişinău“.

În aceste buletine apar articole care arată interesul medicilor din localităţile respective pentru organizarea unei asistenţe psihiatrice moderne, cît şi poziţia lor faţă de unele orientări în psihiatrie. Dintre acestea cităm lucrarea doctorului Pojoga : „Însemnătatea socială şi ştiinţifică a spitalului contemporan de alienaţi“ **, sau al doctorului B. Ocsinat, „Despre psihanaliză şi critica ei“ ***. Avînd o legătură mai strînsă cu şcoala de la Socola, unele şedinţe de referate de la Chişinău erau prezidate de C. I. Parhon (ex. şedinţa din 21 noiembrie 1931, la care au prezentat lucrările lor dr. M. Pojoga, dr. M. Isanos şi dr. C. Cijevski).

Dezvoltarea impetuoasă a şcolii româneşti de neurologie este strîns legată de numele savantului Gh. Marinescu sub îndrumarea căruia şi-au început activitatea o serie de personalităţi medicale : C. I. Parhon, I. T. Niculescu, A. Radovici, State Drăgănescu, Oscar Sager, A. Kreindler. Lucrările acestei pleiade au fundamentat orientarea determinist ştiinţifică a şcolilor de neurologie şi psihiatrie. Lucrările de renume ale lui Gh. Marinescu au deschis drumuri noi în elucidarea substratului morfofuncţional al afecţiunilor psihice. Dintre aceste direcţii amintim doar preocupările lui Gh. Marinescu în domeniul demenţei senile şi vasculare, în domeniul epilepsiei, isteriei, Gheorghe Marinescu împreună cu A. Kreindler iniţiind cercetarea activităţii nervoase superioare la bolnavii neurologici şi psihici.

Lucrările asupra biologiei vîrstelor (C. I. Parhon) în domeniul bolilor organice vasculare şi 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 asociaţiei profesionale a medicilor din oraşul Chişinău, 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 așezămintele Plevna și Bălăceanca în jurul Bucureștiului, Răducăneni, Bohotin, Șipote în Moldova, Rîul Vadului și Boița lângă Sibiu.

Cu toată dezvoltarea, însă, nevoile de asistență nu erau satisfăcute, mai ales că multe dintre afecțiunile psihice aveau la bază carențele 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 brutale 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 ordine socială au permis atât folosirea experienței dobîndite, cît și îmbogățirea și adaptarea acestei experiențe la dezideratele etapei de dezvoltare ale societății noastre socialiste (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 democratic 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 încît reuniunile 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

tria infantilă și psihiatria judiciară și în același timp preocuparea cuprinderii 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 reuniuni anuale pe întreaga țară care au dezbătut problemele privitoare la asistența 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 reuniunile 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 „Asistența curativo-profilactică în maladiile psihice“ (1960) și aceea despre „Psihoprofilaxie psihoigienă“ (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 dezbaterile 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 cabinete de consultații în policlinicile 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 reinsertie socială au apărut și se dezvoltă serviciile de sănătate mentală, care răspund integral sarcinilor dispensarului clasic de psihiatrie cât și unitățile semiambulatorii de tipul spitalului de zi.

Evidența realizărilor psihiatriei 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. Acesta 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. Continuînd tradiția școlii noastre de psihiatrie atît în promovarea atitudinii umaniste față de bolnavii psihici, 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 psihiatriei românești este realizabilă în primul rînd prin studiul factorilor ce condiționează apariția bolilor psihice, cum sînt factorii ereditari și congenitali, factorii prenatali, postnatali, factorii ecologici (toxici, infecțioși). O deosebită atenție trebuie acordată factorilor demografici și factorilor sociali. Studiul factorilor demografici evidențiind structura pe vîrste a populației impune orientarea cercetării aspectelor particulare biologice și psihologice ale fiecărei vîrste și în funcție de factorii de risc și aspectele morbide întîlnite în mod particular este nevoie de intensificarea măsurilor de psihoigienă și psihoprofilaxie. De altfel aceste particularități au impus delimitarea specialității de pedopsihiatrie și impun conturarea psihiatriei universitare și cu atît mai mult a gerontopsihiatriei.

Dezvoltarea societății moderne pe lîngă multitudinea factorilor de progres (urbanizarea, industrializarea, mecanizarea, automatizarea, apropierea pînă la ștergerea granițelor dintre munca fizică și munca intelectuală etc.) conține și o serie de factori determinanți sau favorizanți 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, mot

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 psiho-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-

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

Practica psihiatrică a impus încă din antichitate și anumite preocupări teoretice de delimitare a unor orientări și concepții care reflectau poziția filozofică a celor care le-au elaborat și susținut. Fundamentarea teoretică a psihiatriei 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 anatomopatologic, anticipînd descoperirea etiologiei ei luetice cu 90 de ani.

Istoricul psihiatriei 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 kraepelinienne 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 psihiatriei clasice din secolul al XIX-lea. Astfel, o serie de psihiatri 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 psihiopatologice la niște aspecte neurofiziologice și lezionale 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” delimitează 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 cunoştea un substrat anatomic lezional s-au dovedit cu totul insuficiente şi în fond mecaniciste.

În opoziţie cu ipoteza organogenetică şi în bună măsură inspirată de marile ei insuficienţe a luat naştere ipoteza *psihogenetică*, care postulează boala psihică drept o reacţie la dificultăţile existenţei. Dacă potrivit primei ipoteze psihiatria era o disciplină strict medicală, care studia boala psihică asemănător oricărei discipline medicale, descriind-o prin sistemul categoriilor clasice (etiologie, patogenie, fenomenologie clinică, diagnostic, prognostic, tratament curativ şi profilactic, anatomie patologică etc.) potrivit celei de-a doua ipoteze, relaţia dintre boala psihică şi factorul psihogen din mediul exterior nu mai putea fi probată strict ştiinţific, excluzîndu-se posibilitatea explicării cu metodele ştiinţelor naturii. Complexitatea relaţiei psihogenetice a impus folosirea altei metode, adecvată de fapt studiului ştiinţelor sociale şi anume metoda înţelegerii adică empatiei, comprehensiunii sau inteligibilităţii (Dilthey, 1911). De altfel teoriile psihogenetice care consideră boala psihică drept o reacţie la o situaţie dificilă, pornesc de la idei mai vechi exprimate de Esquirol, Stahl, Heinroth şi mai recent de Baruk.

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

Deşi concepţia psihogenetică exprimă importanţa factorilor de mediu social în determinarea unor boli psihice şi conferă optimismul reversibilităţii, ea păcătuieşte fiindcă subapreciază sau eludează importanţa condiţiilor interne legate de aspectele constituţionale, ereditar-genetice, şi prin faptul că limitînd boala psihică la mecanismul simplu, psihotraumă, îmbolnăvire psihică, determină adesea ştergerea distincţiei dintre reacţiile normale în diferite situaţii stressante şi cele patologice. Această concepţie prin unilateralitatea ei face din cele două tipuri de reacţii normale şi patologice de fapt două variante cantitative, care pot duce la negarea obiectului specific al psihiatriei.

Una dintre concepţiile psihiatriei contemporane, care şi-a propus să micşoreze şi pe undeva să găsească punţile de legătură între cele două ipoteze extreme — organogenetice şi psihogenetice este *organodinamismul susţinut de Henry Ey* (1936), care a extins la psihiatrie ideea evoluţionismului (Darwin, Spencer) aplicată în neurologie de către H. Jackson.

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 regresivitatea 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 (așa cum dealtfel însuși autorul recunoaște).

În al doilea rînd pericolul care amenință această teorie stă în tendința la o constricție pe cît de sistematică pe atît de schematică și abstractă, care substituie faptelor de observație interpretări ipotetice, forțate și eclecticice. 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 încheagată 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 psihanalistilor 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). Acesta 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 aduce satisfacție. Dacă la început el s-a limitat doar la instinctul sexual, în 1920 a clasificat instinctele în instincte de viață (instinctul de autoconservare și instinctul sexual) și instinctul morții. Aceste instincte ar fi guvernate de anumite principii coordonatoare, cum ar fi principiul constanței (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 așa cum susținea gândirea filozofică și științifică de până la el de către conștiință, ca funcție de reflectare supremă, ci de către forțe de motivație inconștiente, în care rolul predominant îl joacă 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 sînt evident retrograde și au favorizat orientările materialist vulgare ale antropologiei. Această primă schemă a psihicului cu conflictul inconștient-conștient (și cu o derivație 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 pulsionilor instinctuale, de care am vorbit mai sus. Este rezervorul de energie primordial, este complet neorganizat și se conduce după principiul plăcerii în contrast cu „egoul“ care se conduce după principiul realității și organizează contactul cu mediul.

Tot de „id“ sînt 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 instinctele primare ale idului. Studiind dezvoltarea ontogenetică a egoului, Freud constată că la naștere copilul nu are „ego“ ci doar „id

el expresia unei slăbiciuni, constituționale sau psihogene a eului, care ar determina o regresie 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 gândirii 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 conștiința bolnavului sensul real al bolii sale, adică faptul că aceasta constituie o producție simbolică și imaginară care descărcându-l și eliberându-l astfel de o povară imatură îi întărește sau chiar îi refac concomitent personalitatea (prin mecanisme de conștientizare-restructurare).

Limitele psihanalizei țin în primul rând 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 urmașii ortodoxali ai lui Freud, care contrazic cerința de reînnoire a oricărei teorii, conform cu noile descoperiri, fapt care pune sub semnul întrebării pretenția psihanalizei ca teorie științifică.

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

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

sonalitatea conștiință, după el, se organizează în jurul acestor arhetipuri care devin motivațiile de bază, instinctuale, predispozițiile viitoare 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 complexe ar servi conștiința și personalitatea pe o cale indirectă, simbolică. Dacă sînt negate pot provoca tulburări obsesiv-compulsive și în cazuri extreme psihoze.

În lumina acestei teorii arhetipurile se pot proiecta asupra altor persoane formînd *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, dînd 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*” sînt instincte umane fundamentale, universale, inconștiente din care se dezvoltă personalitatea nedominantă, recesivă. Ele sînt reprezentate de o feminitate nedevelopată la bărbat („*anima*”) și de o masculinitate nedevelopată la femeie („*animus*”).

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

Self-ul este instinctul arhetipal către individuație, către devenire a propriului potențial preformat care intră în tensiune cu

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 săptămânale a evidențiat spiritul său critic deși în multe privințe era de acord cu Freud (studiul viselor, experiențelor infantile etc.).

Disensiunea începe în 1908 și ruptura survine în 1911, când 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 instincte 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 complexe 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 auto-aprecierii. 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 situe

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 psihanalitică 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 așezarea 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 legat 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. Neopsihanaliza sau neneofreudismul. 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 sînt niște determinanți, ci sînt 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 psihanaliză ortodoxă, a înființat „Asociația pentru progresul psihanalizei“ și revista „The American Journal of Psychoanalysis“.

Horney reproșează lui Freud că ar fi ignorat factorii culturali exagerînd 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

Fromm critică societatea capitalistă contemporană propunând reformarea ei și reconstruirea unei „societați 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 sînt 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.

Aceste 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 dorința 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 socialiștilor 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 extrapolează 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 sînt 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 compreh*

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 nicidecum 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 când aceste concepții au nesocotit limitele specifice metodei utilizate de fiecare dintre ele, căutând 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 decât prin elucidarea cauzelor, deci a etiologiei, a patogeniei care pot fi evidențiate doar prin mijloace de investigație foarte complexe ce se adresează atât dimensiunii psihice, cât 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 paralizia generală progresivă.

În cadrul celor trei principii ale metodei analizate mai sus preponderența în funcție de eficiența 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-infecțioasă etc. Completarea tabloului simptomatologic al diferitelor boli psihice se concretizează atât în tratatul de psihiatrie redactat de Bumke, cât 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 psihoza maniaco-depresivă) cât și a psihozelor organice toxice și infecțioase. Ca rezultat al aplicării în practică a conceptului metodologic jasperian însușit și îmbogățit de el, Kurt Schneider delimitează și sistematizează multe din formele clinice ale psihopatiilor

zibile și chiar evidente mai ales în psihozele reactive. De cele mai multe ori au constatat însă în transpunerea forțată a unor date simptomatologice cunoscute într-o terminologie filozofică. Deseori aceste interpretări reprezintă încercări de a folosi unele principii abstracte pentru înțelegerea experienței pacientului. Astfel o serie de sindroame derivă din noțiuni nepsihologice: „timpul“ (Binswanger), „energia vitală“ (Minkowski), „poziționalitatea fenomenal — trăită“ și „corporalitatea portativă“ (Zutt) etc. Experiențele depresive sînt 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 datoresc unui deficit al poziționalității în lume etc. Trebuie subliniat aici marile diferențe în ceea ce privește nivelul de originalitate și de judecată critică între diferiții reprezentanți ai școlii existențialiste, ca de altfel și varietatea principiilor fundamentale. Diferențierea lor în cadrul curentelor psihiatrice se bazează astfel mai ales pe o serie de caracteristici negative. În extremis concepțiile psihiatrice existențialiste resping realizările psihologiei științifice. Mai mult, Binswanger afirmă că fundamentul pe care psihiatria poate deveni o știință independentă 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 decît să izoleze pe psihiatrul existențialist de toate celelalte modalități de studiere a omului, fiind diametral opusă investigației multidimensionale caracteristice medicinei contemporane. Fenomenele clinice particulare au fost astfel interpretate în funcție de o serie de noțiuni filozofice idealiste însușite aprioric comunicării cu bolnavul, care deci nu au izvorît dintr-o cercetare inductivă, în felul acesta totul putînd 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 Heidegger cît și a concepțiilor psihiatrice respective trebuie subliniată ipoteza după care realitatea sau ființa lumii este în ultima instanță determinată de subiect, structurile specifice ale relațiilor om-mediul fiind astfel analizate unilateral, nedialectic. Deficiența principală a concepțiilor existențial-analitice și antropologic-comprehensive constă în esență într-o derivare deductivă din și într-o dependență strînsă de caracteristicile umane elaborate de filozofia existențialistă, în consecință într-o considerare prea globală (și care depășește capacitatea metodei comprehensive) a realității psihice, care nu permite nici o cale de corelare a cercetării fundamentale psihopatologice cu cea somatică (neurofiziologică, morfologică, biochimică, electrofiziologică etc.). Orientările existențialiste în psihiatrie se caracterizează de asemenea în manifestările lor consecvente printr-o incompatibilitate cu nozologia elaborată pe baze clinice, ele sînt astfel prin esență lor antinozologice. Cu toate acestea trebuie relevat ca un merit al orientărilor existențialiste că au subliniat importanța analizei psihologice care se adresează dezvoltării istorice a personalității individului, aceasta ținînd cont de realitatea unei relative legități proprii dezvoltării psihicului (în sensul factorilor interni ai lui Rubinstein).

cial de psihosomaticienii americani. Așa cum subliniază însuși 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 sfârșit 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 adepții 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 adepții 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 perceptive 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 inconstientului.

Deși Charcot remarcase că la isterici apariția unui sindrom fizic ducea la dispariția 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

