TRATAT
de
PSIHIATRIE
OXFORD

ediția a II-a

Michael Gelder
Dennis Gath
Richard Mayou

OXFORD(r) TEXTBOOK of PSYCHIATRY

Asociația Psihiatrilor Liberi din România
Geneva Initiative Publishers
1994

Originaly Published in English by Oxford University Press under the title
OXFORD TEXTBOOK OF PSYCHIATRY
(c) Michael Gelder, Dennis Gath, Richard Mayou 1983, 1989
Oxford is a trademark of Oxford University Press

Tradus de medici psihiatri, membri ai Asociației Psihiatrilor Liberi:
dr. Liviu Cozma, dr. Adela Cucliciu, dr. Ion Cucliciu, dr. Miruna Gheorghiu, dr. Victor Marinescu, dr. Olga Radu, dr. Mariana State, dr. Rodica Toia

Coordonatori traducere:
Dr. Victor Marinescu
Dr. Ion Cucliciu

Consultant științific:
Prof. dr. Aurel Romila

Sub redacția:
Dr. Valerian Țuculescu

Editat de **Asociația Psihiatrilor Liberi din România**, cu sprijinul Organizației Internaționale **Geneva Initiative on Psychiatry**
București – Amsterdam, 1994

Editura: Asociația Psihiatrilor Liberi din România,
Centrul de psihiatrie socială (prof. dr. A. Romila)
București, str. Berceni 10, sector 4
Tel: 6.82.75.70 sau 6.83.24.10

Geneva Initiative Publishers
P.O. Box 3754, 1001 AN Amsterdam (NL)
Tel: 020 – 6279491 Fax: 020 – 6208116

Tehnoredactare computerizată:Constantin Lupu

Toate drepturile rezervate. Nici o parte din această publicație nu poate fi reprodusă, stocată în sistem reproductibil ori transmis în orice formă, prin orice mijloace electronic, mecanic, fotocopiere, înregistrare sau altele, fără permisiunea autorilor.

Prefaţă la ediţia a doua

În această ediţie, principalele scopuri, precum şi modul general de abordare, sînt aceleaşi cu cele din prima ediţie, însă textul a fost amplu revizuit. Această revizuire a urmărit trei obiective: să includă cele mai recente sisteme de clasificare, anume proiectul ICD 10 şi DSMIIIR, în secţiunile ce se ocupă de sindroamele clinice; să introducă ultimile achiziţii teoretice şi practice, şi să corecteze erorile.

În pregătirea acestei a doua ediţii am fost mult ajutaţi de:

Dr. D.H.Clark
Dr. P.J.Cowen
Dr. K.E.Hawton
Dr. D.Jones
Profesor P.McGuffin
Dr. G.Stores
Dr. I.B.Glass
Dr. A.Hope
Mr. H.C.Jones
Profesor D.Shaffer
Profesor Sir David Weatherall

Ne exprimăm recunoştinţa şi gratitudinea pentru permisiunea Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii de a cita materiale din Proiectul 1988 al Capitolului V din ICD 10, Categoriile FOO-F99, Tulburări Mintale, Comportamentale şi de Dezvoltare; Descrieri Clinice şi Orientări Diagnostice, Organizaţia Mondială a Sănătăţii, Departamentul de Sănătate Mintală, Geneva, 1988 (MNH/MEP97.1, Rev.2). Dreptul de editare pentru ICD şi pentru proiectele de probă aparţin OMS. Autorii doresc să sublinieze că proiectele de probă sînt provizorii şi că, pînă la versiunea finală, pot suferi modificări.

Oxford
1988

M.G.
D.G.
R.M.

Prefaţă la prima ediţie

Această carte a fost scrisă în primul rînd ca un tratat introductiv pentru psihiatrii în curs de specializare și, de asemenea, ca un tratat avansat pentru studenții la medicină. Sperăm ca lucrarea să fie, în același timp, folositoare pentru revizuiri și completări psihiatrilor specialiști, medicilor de medicină generală și altor clinicieni. Subiectul acestei cărți este constituit de practica psihiatriei clinice. Ultimii ani au fost martorii dezvoltării crescînde a unor subspecialități ca psihiatria copilului și adolescentului, psihiatria legală și psihiatria retardării mintale. Această carte se ocupă în principal de psihiatria generală, dar conține și capitole referitoare la subspecialități. De-a lungul întregii lucrări, scopul nostru a fost să oferim o introducere pentru fiecare subiect mai degrabă, decît o prezentare exhaustivă. Se presupune că psihiatrul în formare va continua prin consultarea unor lucrări mai cuprinzătoare, precum Handbook of psychiatry (Shepherd, 1983) și Comprehensive textbook of Psychiatry (Kaplan și colab. 1980), preecum și tratate care se ocupă de subspecialități. În unele capitole se fac referiri la discipline fundamentale ca psihologia, genetica, biochimia și farmacologia. În prezentarea acestor subiecte se presupune că cititorul stăpînește deja cunoștințe temeinice din domeniile respective. Capitolele referitoare la tratamentul psihiatric pot fi împărțite în două grupuri. Întîi sînt capitolele ce conțin exclusiv probleme de tratament și se referă numai la aspecte generale. În acest grup, capitolul 17 se ocupă mai ales cu tratamentul medicamentos și cel electroconvulsivant, capitolul 18 se ocupă cu tratamentele psihologice, iar în capitolul 19 este discutată organizarea serviciilor de reabilitare și îngrijire a pacienților cu tulburări psihice cronice. Apoi sînt diferitele capitole dedicate sindroamelor psihiatrice, în care sînt incluse secțiuni referitoare la tratamentele specifice sindroamelor respective. În aceste capitole tratamentul este de obicei discutat în două etape. În prima etapă este examinată, pe bază de probe, eficacitatea unui anumit tratament într-un anumit sindrom; ceea de-a doua parte (sub titlul organizarea tratamentului sau conduita terapeutică) discută problemele practice de tratament, precum modul de utilizare a diferitelor mijloace terapeutice, separat sau în combinație, în diferitele stadii ale afecțiunii. Separarea capitolelor referitoare la probleme generale de cele specifice invită cititorul să consulte mai multe capitole pentru a-și completa informațiile asupra tratamentului fiecărei tulburări. Această structură a fost totuși preferată deoarece un același tratament poate fi folosit în mai multe sindroame. De exemplu, medicamentele antipsihotice sînt folosite atît în tratamentul maniei, cît și al schizofreniei, iar psihoterapia de susținere face parte din tratamentul multor tulburări. În această carte nu există capitol separat pentru istoricul psihiatriei. În schimb, anumite capitole destinate unor subiecte specifice includ scurte prezentări ale istoricului acestora. Astfel, capitolul despre serviciile psihiatrice conține o scurtă privire istorică asupra îngrijirii bolnavului mintal; iar capitolul despre personalitatea anormală aduce și unele informații legate de dezvoltarea ideilor asupra acestui subiect. Această structură reflectă opinia autorilor că, cel puțin într-un text introductiv, reperele istorice sînt mai utile dacă sînt legate de o prezentare a ideilor moderne. Referirile istorice din această carte pot fi completate prin lectura unei lucrări de istorie a psihiatriei, precum cea a lui Ackerknecht (1968) sau a lui Bynum (1983). Modul de folosire a referințelor bibliografice în această carte necesită, de asemenea, cîteva explicații. Deoarece este vorba de un text postuniversitar introductiv, nu am

dat referințe pentru fiecare afirmație ce poate fi susținută prin probe. În schimb am urmat, în general, două principii: să facem trimiteri atunci cînd afirmațiile se pretează la controverse și să facem mai multe referiri bibliografice pentru problemele cu un interes deosebit. Ni s-a părut, de asemenea, potrivit ca într-un text introductiv referințele să privească în special literatura anglo-americană. Din toate aceste motive, trimiterile bibliografice pot părea inegale; dar-după cum s-a explicat mai sus - această carte este scrisă în ideea că psihiatrul în formare va aborda, în continuare, alte lucrări pentru o mai bună cuprindere a literaturii de specialitate. Sugestii în acest sens sînt date la sfîrșitul fiecărui capitol.

Oxford
Mai 1983

M.G.
D.G.
R.M.

MULȚUMIRI. În scrierea acestei cărți am fost în mare măsură ajutați de sfaturile și comentariile generoase ale colegilor. Dorim să le mulțumim: Dr. S.Abel, Dr. J.Bancroft, Mr. J.Beatson, Miss V.L.Bellaris, Dr. S.Bloch, Dr. L.Braddocks, Dr. S.Crown, Profesor J.E.Cooper, Dr. J.Corbett, Dr. P.Cowan, Dr. N.Eastman, Profesor Griffith Edwards, Dr. G.Forrest, Dr. K.W.M.Fulford, Profesor D.P.B.Goldberg, Dr. G.Goodwin, Profesor D.G.Grahame-Smith, Profesor J.C.Gunn, Dr. J.Hamilton, Dr. K.E.Hawton, Dr. A.Hope, Dr. T.Horder, Profesor R.E.Kendell, Profesor I.Kolvin, Profesor M.H.Lader, Dr. J.P.Leff, Dr. R.Levy, Dr. P.F.Liddle, Profesor W.A.Lishman, Profesor H.G.Morgan, Dr. J.McWhinnie, Dr. D.J.Nutt, Dr. W.Ll.Parry-Jones, Profesor E.S.Paykel, Dr. J.S.Pippard, Miss S.Rowland-Jones, Dr. G.Stores, Dr. C.A.Storr, Dr. T.G.Tennent, Dr. C.P.Warlow, Dr. G.K. Wilcock, și Dr. H.H.O.Wolff. Sîntem de asemenea, recunoscători multor altor colegi care ne-au dat sfaturi, precum și secretarelor noastre. Sîntem în mod deosebit îndatorați doamnei Susan Offen al cărui ajutor, în toate stadiile pregătirii pentru tipar și în verificarea trimiterilor, a fost inestimabil.

Deși s-au făcut toate eforturile posibile pentru verificarea, în această carte, a dozelor de medicamente, este totuși posibil să fi scăpat erori. Mai mult, schemele de dozaj sînt în mod continuu revizuite, în același timp cu recunoașterea de noi efecte secundare. Din aceste motive cititorul este rugat să consulte instrucțiunile firmelor farmaceutice înainte de a administra orice medicament recomandat în această carte.

CUPRINS

1 Semne și simptome ale tulburării mintale (trad. dr. I. Cucliciu) 1

2 Anamneza, examenul clinic, foaia de observație (trad. dr. I. Cucliciu) 29

3 Clasificarea tulburărilor psihice (trad. dr. I. Cucliciu) 60

4 Etiologie (trad. dr. I. Cucliciu) 76

5 Tulburări de personalitate (trad. dr. Rodica Toia) 99

6 Nevroze (I) (trad. dr. V. Marinescu) 123

7 Nevroze (II) (trad. dr. I. Cucliciu) 139

8 Tulburările afective (trad. dr. L. Cozma) 173

9 Schizofrenia și tulburările schizofreniforme (trad. dr. L. Cozma) 213

10 Simptome și sindroame paranoide (trad. dr. L. Cozma) 256

11 Psihiatrie organică (trad. dr. V. Marinescu) 272

12 Psihiatrie și medicină somatică (trad. dr. V. Marinescu) 320

13 Suicidul și autovătămarea deliberată (trad. dr. Olga Radu) 376

14 Abuzul de alcool și droguri (trad. dr. I. Cucliciu) 399

15 Sexualitate și gen (trad. dr. Olga Radu) 439

16 Psihiatria vîrstnicului (trad. dr. Adela Cucliciu) 470

17 Tratament biologic (trad. dr. Adela Cucliciu) 493

18 Tratament psihologic (trad. dr. Miruna Gheorghiu) 547

19 Servicii psihiatrice (trad. dr. Miruna Gheorghiu) 582

20 Psihiatria copilului (trad. dr. Mariana State) 597

21 Retardarea mintală (trad. dr. Mariana State) 646

22 Psihiatrie legală (trad. dr. V. Marinescu) 671

Appendix: Legea în Anglia și Țara Galilor (trad. dr. V. Marinescu) 701

Referințe bibliografice 711

Index de autori 829

Index de subiecte 855

1 Semne și simptome ale tulburării mintale

Pentru a fi practicată, psihiatria cere două aptitudini distincte din partea psihiatrului. Prima este capacitatea de a aduna datele clinice cu obiectivitate și acuratețe - prin anamneză și prin examenul stării mintale - și de a le organiza într-un mod sistematic și echilibrat. Cealaltă este puterea de a înțelege intuitiv fiecare pacient ca persoană. În exercitarea celei dintîi, psihiatrul își folosește aptitudinile clinice și cunoștințele despre fenomenele clinice; pentru cea de a doua, el are nevoie de o înțelegere generală a naturii umane, pentru a pătrunde sentimentele și comportamentul fiecărui pacient și felul în care încercările vieții i-au afectat dezvoltarea ca persoană.

Ambele capacități se pot dezvolta prin acumularea experienței contactului cu bolnavii și învățînd din îndrumarea și exemplul psihiatrilor mai experimentați. Dintr-un tratat, însă, este inevitabil ca cititorul să învețe mai mult despre aptitudinile clinice decît despre înțelegerea intuitivă. În această carte, mai multe capitole se ocupă de aspecte ale aptitudinilor clinice. Dar dacă, astfel, accentul cade asupra aptitudinilor, aceasta nu înseamnă că înțelegerea intuitivă ar fi privită ca neimportantă, ci că, pur și simplu, ea nu poate fi dobîndită prin citirea unui tratat.

Psihiatrul poate dobîndi experiență din examenele clinice pe care le face numai dacă are o solidă cunoaștere a felului în care este definit fiecare simptom și fiecare semn. Altminteri, el este oricînd pasibil de clasificări și diagnostice greșite. De aceea, acest prim capitol se ocupă de probleme de definire a simptomelor și semnelor, urmînd ca în cel de-al doilea să fie abordată problema anamnezei și a examenului stării mintale.

Odată aflate simptomele și semnele unui pacient anume, psihiatrul trebuie să decidă în ce măsură aceste fenomene se aseamănă sau diferă de cele ale altor pacienți. Cu alte cuvinte, el trebuie să vadă dacă datele clinice obținute formează un sindrom, adică un grup de simptome și semne prin care se identifică pacienții cu trăsături comune. În stabilirea sindromului, psihiatrul îmbină observarea stării prezente a pacientului cu informațiile despre istoricul tulburării. Identificarea unui sindrom are drept scop alegerea unui plan terapeutic și formularea prognosticului, prin corelare cu datele acumulate asupra cauzelor, tratamentului și evoluției aceluiași sindrom la alți pacienți. Principiile acestor operațiuni sînt discutate în capitolul 3, care se ocupă de clasificarea în psihiatrie și, de asemenea, în capitolele ce tratează diferitele sindroame.

Din moment ce prezentul capitol cuprinde, mai ales, definiții și descrieri ale simptomelor și semnelor, el este poate mai dificil de citit decît cele care urmează. Sugerăm ca acest capitol să fie abordat în două stadii. O primă lectură poate urmări secțiunile introductive și o înțelegere generală a celor mai frecvente fenomene anormale. Cea de-a doua se poate concentra asupra detaliilor definițiilor și asupra simptomelor și semnelor mai puțin comune.

Înainte de a trece la prezentarea separată a fenomenelor clinice, este important să se dea atenție unor probleme generale privind metodele de studiu al simptomelor și semnelor și termenii folosiți pentru a le descrie.

Psihopatologie

Studiul stărilor mintale anormale este cunoscut sub numele de **psihopatologie**, termen

care desemnează trei moduri distincte de abordare.

Prima abordare, **psihopatologia fenomenologică** (sau **fenomenologia**), se ocupă cu descrierea obiectivă a stărilor mintale anormale, urmînd o cale ce evită, pe cît posibil, teoriile preconcepute. Are ca scop elucidarea datelor fundamentale ale psihiatriei prin definirea însușirilor esențiale ale experiențelor mintale morbide și prin înțelegerea a ceea ce pacientul însuși trăiește. Fenomenologia se ocupă numai de experiența conștientă și de comportamentul observabil. După Jaspers (1963), fenomenologia este "lucrarea premergătoare de reprezentare, definire și clasificare a fenomenelor psihice ca activitate independentă".

A doua, **psihopatologia psihodinamică**, își are originea în cercetările psihanalitice. Ca și psihopatologia fenomenologică, aceasta pornește de la descrierea, de către pacient, a experiențelor sale mintale și de la observarea comportamentului bolnavului de către medic. Ea merge, însă, spre deosebire de psihopatologia fenomenologică, dincolo de descriere și caută să explice cauzele fenomenelor mintale anormale, mai ales prin postularea unor procese mintale inconștiente. Aceste deosebiri pot fi exemplificate prin cele două abordări diferite ale ideilor delirante de persecuție. Fenomenologia le descrie în detaliu și studiază modul prin care ele se delimitează de credințele normale, precum și de alte forme de gîndire anormală, ca, de exemplu, obsesiile. De cealaltă parte, abordarea psihodinamică încearcă să explice apariția ideilor delirante de persecuție în termenii unor mecanisme inconștiente, ca refularea și proiecția. Le privește, cu alte cuvinte, ca pe o probă pe care psihicul conștient o furnizează asupra unor tulburări inconștiente mai importante.

A treia abordare, adesea numită **psihopatologia experimentală**, cercetează relațiile dintre fenomenele anormale prin inducerea de modificări la nivelul unui fenomen, urmată de observarea modificărilor care apar la nivelul altora. Pentru explicarea modificărilor observate sînt formulate ipoteze care, la rîndul lor, sînt testate prin alte experimente. Scopul general este acela de a explica fenomenele anormale din tulburările mintale prin aceleași procese psihologice care au fost găsite la baza experiențelor normale ale oamenilor sănătoși. (La pag. 20 este dat un exemplu în care sînt discutate tulburările afective.)

Trebuie notat că termenul de psihopatologie experimentală este folosit și pentru a desemna o gamă mai largă de lucrări experimentale ce ar putea aduce lămuriri asupra tulburărilor psihice; sînt incluse aici atît studii pe animale, cît și pe oameni; de exemplu, studiul învățării și răspunsurile comportamentale la frustrare și pedeapsă la animale.

Acest capitol se ocupă, în primul rînd, de psihopatologia fenomenologică, dar va face și referiri la unele idei importante din psihopatologia dinamică și cea experimentală.

Cel mai important exponent al psihopatologiei fenomenologice a fost psihiatrul și filosoful german Karl Jaspers. Clasica sa lucrare, *Allgemeine Psychopatologie (Psihopatologia generală)*, a apărut pentru prima dată în 1913 și a reprezentat un moment hotărîtor în dezvoltarea psihiatriei clinice. Cuprinde cea mai bogată tratare a problemei și prezintă un interes deosebit, mai ales în primele capitole. A șaptea ediție (1959) poate fi consultată și în versiunea engleză a lui Hoenig și Hamilton (Jaspers, 1963). În plus, elemente utile privitoare la principiile fenomenologice mai pot fi găsite în Hamilton (1985) și Scharfetter (1980).

Semnificația simptomelor izolate

Se face adesea greșeala de a afirma despre cineva, pe baza unui singur simptom, că este bolnav mintal. Chiar și halucinațiile care, în general, sînt considerate pecetea bolii mintale, apar, uneori, la oameni sănătoși, de exemplu în momentul adormirii.

Simptomele sînt adesea privite ca indicatori ai bolii mintale, atunci cînd sînt persistente și intense. Cu toate acestea, un simptom izolat, chiar dacă este persistent și intens, nu indică în mod necesar boala. Importantă rămîne gruparea caracteristică a simptomelor în sindroame.

Simptome primare și secundare

Termenii de primar și secundar sînt folosiți în descrierea simptomelor, dar cu mai multe semnificații. Cea dintîi este de ordin temporal; primar însemnînd anterior și secundar însemnînd ulterior. Cea de-a doua este cauzală; noțiunea de primar referindu-se la o expresie directă a procesului patologic, iar cea de secundar desemnînd o reacție la simptomele primare. Cele două înțelesuri sînt adesea corelate - simptomele care apar primele fiind expresii directe ale procesului patologic.

Este preferabil ca termenii de primar și secundar să fie folosiți în sensul lor temporal, căci acesta este cel faptic. Totuși, mulți pacienți nu pot relata clar desfășurarea cronologică a simptomelor lor. În astfel de cazuri, distincția între simptome primare și secundare (în sens temporal) devine nesigură. Și atunci nu se mai poate decît presupune că un simptom ar reprezenta o reacție față de altul; de exemplu, că ideea fixă a urmăririi de către persecutori ar fi o reacție față de vocile auzite.

Forma și conținutul simptomelor

În descrierea simptomelor psihice se face, de obicei, distincția între formă și conținut, distincție ce poate fi cel mai bine explicată printr-un exemplu. Dacă pacientul spune că, atunci cînd este singur, aude voci care-l numesc homosexual, forma experienței sale este o halucinație auditivă (adică o percepție senzorială în absența unui stimul extern), în timp ce conținutul este afirmația despre homosexualitate. Alt pacient ar putea auzi voci care-l anunță că urmează să fie ucis: forma este tot halucinația auditivă, dar conținutul este altul. Un al treilea ar putea avea gînduri repetate și inoportune că este homosexual, gînduri pe care în același timp le recunoaște ca neadevărate. Conținutul experienței sale este același cu cel al primului caz (privind homosexualitatea), dar forma este diferită - este vorba de un gînd obsesiv.

Descrierea simptomelor și semnelor

Introducere

În secțiunile următoare, simptomele și semnele sînt descrise într-o ordine diferită de cea adoptată la examenul stării mintale. Aceasta pentru că este mai util să începem cu fenomenele cele mai relevante - halucinațiile și ideile delirante. Această modificare nu trebuie uitată în timpul lecturii capitolului 2, în care descrierea examenului stării mintale va începe cu comportamentul și vorbirea, nu cu halucinațiile și delirul.

Definițiile din această secțiune corespund, în general, celor din Examinarea Stării Prezente (Present State Examination - PSE), un sistem de apreciere standardizat și folosit pe scară largă, pus la punct de Wing și colab. (1974) și adoptat de OMS pentru studiul internațional al principalelor tulburări mintale. Definițiile din PSE au trecut prin mai multe stadii. Primele formulări au fost alese potrivit practicii clinice a unui grup de psihiatri din Europa de Vest. Acestea au fost progresiv modificate, de-a lungul mai multor ediții. Cea de-a șaptea ediție a fost folosită într-un vast proiect diagnostic anglo-american; în a opta au fost incluse modificări provenite dintr-un studiu al schizofreniei făcut în paralel în mai multe țări din Europa, Asia

și cele două Americi; în timp ce în a noua, publicată în 1974, au fost aduse și alte îmbunătățiri, rezultate din analiza studiilor precedente. Astfel, PSE pune la îndemîna psihiatrilor din țări diferite un fond comun foarte util, iar definițiile pe care le conține au un grad înalt de siguranță.

Înainte de a trece la descrierea simptomelor, se cuvine să reamintim că nu numai studiul separat al fenomenelor mintale este important, ci și abordarea persoanei ca întreg. Medicul trebuie să încerce să înțeleagă felul în care pacientul își îndeplinește rolul social ca angajat, soț, părinte, prieten sau frate. El trebuie, de asemenea, să urmărească răsunetul pe care tulburarea anumitor funcții îl are asupra celorlalte părți constitutive sănătoase ale persoanei. Înainte de toate, însă, este important ca el să știe ce anume resimte bolnavul însuși ca neplăcut, apăsător, de exemplu îngrijirea unui copil atunci cînd pacientul este profund deprimat, sau prezența continuă a simptomelor și incapacităților din schizofrenie. Medicul va ajunge la o astfel de înțelegere numai dacă este pregătit să-i asculte cu răbdare atît pe pacienți, cît și pe familiile acestora și să se intereseze de fiecare aspect al vieții lor.

Tulburări ale percepției

Percepția și imaginile mintale (imagery)

Percepția este procesul prin care luăm cunoștință de ceea ce ni se înfățișează prin intermediul organelor de simț. **Imaginea mintală** (reprezentarea) este o experiență interioară minții, căreia nu i se atribuie, de obicei, sensul de obiectualitate, proprie percepției. **Imaginea eidetică** este o imagine vizuală atît de intensă și detaliată, încît are calitate "fotografică". Spre deosebire de percepție, imaginea mintală poate fi evocată și suprimată prin efort voluntar. Este, de obicei, suspendată de către actele perceptive vizuale și auditive. Uneori imaginea mintală este atît de vie încît persistă atunci cînd persoana privește un fundal slab structurat, de exemplu un tapet monocolor. Acest fenomen se numește **pareidolie**, o stare în care perceptele reale și nereale coexistă, cele din urmă fiind recunoscute ca nereale. Pareidolia poate apărea în tulburări organice acute provocate de febră, iar la unele persoane poate fi indusă deliberat.

Modificări ale percepției

Percepțiile pot suferi modificări în ceea ce privește intensitatea și calitatea. Ele pot părea mai intense decît de obicei, de exemplu, dacă două persoane aud același zgomot (o ușă care se închide), cea mai anxioasă îl va percepe ca fiind mai puternic. În manie, percepțiile par adesea foarte intense. Dimpotrivă, în depresie culorile pot părea mai șterse. Modificări ale calității percepțiilor apar în schizofrenie, senzațiile fiind uneori distorsionate sau neplăcute. De exemplu, un pacient se poate plînge că mîncarea are gust amar, sau că o floare miroase a carne arsă.

Iluziile

Iluziile sînt percepții eronate ale stimulilor externi. Apar mai ușor atunci cînd nivelul general de stimulare senzorială este redus. Astfel, pe întuneric, o iluzie obișnuită este aceea de a percepe, de exemplu, un tufiș drept silueta unui om. Iluziile sînt, de asemenea, favorizate de scăderea nivelului conștienței, de exemplu în sindromul organic acut. Un pacient cu delirium poate lua obiectele neînsuflețite din jurul lui drept oameni, chiar dacă luminozitatea este normală (fenomenul are loc, însă, mai frecvent, în condiții

de semiîntuneric). Iluziile au loc mai adesea atunci cînd atenția nu este concentrată asupra modalității senzoriale respective sau cînd există o puternică încărcătură afectivă ("iluzii de afect"), de exemplu, pe o alee întunecoasă, o persoană cuprinsă de frică este mai probabil să perceapă conturul unui tufiș drept silueta unui atacator. (Așa-numita **iluzie a sosiilor** sau **sindrom Capgras** nu este o iluzie, ci o formă de interpretare delirantă. Este descrisă în cap. 11, odată cu sindroamele paranoide.)

Halucinațiile

O halucinație este o percepție ce apare în absența unui stimul extern adresat organelor de simț și de o calitate similară perceptului adevărat. Halucinația este resimțită ca provenind din lumea exterioară (sau din propriul corp), ca și percepția, și nu din interiorul minții, ca imaginea mintală.

Halucinațiile nu sînt un fenomen strict patologic. Un număr redus de persoane normale pot avea halucinații, mai ales în stările de oboseală. Halucinațiile mai apar, de asemenea, la oameni normali în perioadele de tranziție între somn și veghe; sînt numite **hipnagogice**, dacă se manifestă în timpul adormirii și **hipnopompice**, dacă apar la trezire.

Pseudohalucinațiile

Acest termen a fost aplicat unor fenomene anormale care nu întrunesc criteriile de mai sus referitoare la halucinații și a căror semnificație diagnostică este mai puțin precisă. Din păcate, noțiunea are două înțelesuri care adesea sînt confundate. Primul, provenind din lucrările lui Kandinski, a fost adoptat de Jaspers (1913) în cartea sa *Psihopatologia generală*. În această accepțiune, pseudohalucinațiile sînt imagini mintale deosebit de vii; cu alte cuvinte, le lipsește însușirea de a reprezenta realitatea externă și par să aparțină mai degrabă minții decît spațiului exterior. Totuși, spre deosebire de imaginile mintale obișnuite, nu pot fi modificate în mod substanțial printr-un efort de voință. Termenul de pseudohalucinație este încă folosit cu acest înțeles (vezi, de ex., Scharfetter, 1980).

În a doua accepțiune, pseudohalucinația este experiența perceperii a ceva ca aparținînd lumii exterioare, în același timp cu recunoașterea faptului că nu există un corelat extern al acestei experiențe. Este sensul în care termenul este folosit de Hare (1973) și Taylor (1979).

Ambele definiții sînt greu de folosit, pentru că cer pacientului capacitatea de a da răspunsuri precise unor întrebări dificile privind natura experiențelor sale. Judecățile bazate pe recunoașterea de către pacient a realității experienței sale au, firește, de multe ori, un grad de incertitudine, pentru că pacientul însuși, adesea, este nesigur. Cu toate că orice percepție ar trebui să poată fi recunoscută ca provenind fie din lumea exterioară, fie din propria minte, de multe ori pacienții găsesc că această distincție este greu de făcut.

Taylor (1981) a recomandat ca cele două tipuri de pseudohalucinații să fie desemnate prin termeni separați: pseudohalucinații "reprezentate" care sînt resimțite în interiorul minții și pseudohalucinații "percepute" care sînt resimțite ca localizate în spațiul exterior, dar sînt, în același timp, recunoscute ca nereale. În practica clinică de zi cu zi pare preferabilă abandonarea, pur și simplu, a termenului de pseudohalucinație, cu păstrarea celui de halucinație, corespunzător definiției date la începutul acestei secțiuni. Dacă fenomenele clinice nu se potrivesc cu această definiție, este mai bine să le descriem în detaliu, decît să le etichetăm cu un termen tehnic care nu furnizează nici o informație în plus pentru diagnostic. Pentru mai multe detalii privind aceste probleme de definire, vezi Hare (1973), Taylor (1981) și Jaspers (1963, pp. 68-74). Informații în plus asupra fenomenului însuși pot fi găsite în Sedman (1966).

Tipuri de halucinație

Halucinațiile pot fi descrise în funcție de complexitate și de modalitatea senzorială (vezi tabelul 1.1). Termenul de **halucinație elementară** se referă la experiențe perceptuale ca: pocnete, șuierături, flash-uri luminoase; cel de **halucinație complexă** descrie experiențe perceptuale ca: auzirea de voci, muzică, vederea unor fețe umane, scene.

Halucinațiile pot fi auditive, vizuale, gustative, olfactive, tactile, proprioceptive. **Halucinațiile auditive** pot lua formă de zgomote, muzică sau voci. "Vocile" halucinatorii sînt uneori numite **foneme**, ceea ce este însă în contradicție cu definiția dată acestui termen în dicționare, adică: un sunet anume într-o limbă anume. Vocile pot fi auzite clar sau confuz; pot părea să pronunțe cuvinte, propoziții, sau fraze; și pot părea fie că se adresează pacientului, fie că vorbesc între ele, desemnîndu-l pe pacient prin "el" sau "ea" (**halucinații la persoana a treia**). Uneori vocile par să anticipeze ceea ce pacientul urmează să gîndească peste cîteva clipe, sau să pronunțe gîndurile pacientului în timp ce acesta le gîndește, sau să le repete imediat ce au fost gîndite. În lipsa unei terminologii engleze concise, ultimele două experiențe sînt uneori numite **Gedankenlautwerden**, respectiv **écho de la pensée.**

Tabel 1.1. Descrierea halucinațiilor

1. După complexitate	
elementare	
complexe	
2. După modalitatea senzorială	
auditive	
vizuale	
olfactive și gustative	
somatice (tactile și profunde)	
3. După trăsături speciale	
(a) auditive:	la persoana a doua
	la persoana a treia
	Gedankenlautwerden
	écho de la pensée
(b) vizuale:	extracampine
4. Halucinații autoscopice	

Halucinațiile vizuale pot fi, de asemenea, elementare sau complexe. Pot apărea în dimensiuni normale sau nu; în ultimul caz, ele sînt de obicei mai mici decît perceptul real corespunzător. Halucinațiile vizuale de dimensiuni minuscule sînt uneori numite liliputane.

Halucinațiile vizuale extracampine sînt experiențe perceptuale localizate în afara cîmpului vizual (în spatele capului). **Halucinațiile olfactive și gustative** apar frecvent împreună, adesea ca mirosuri și gusturi neplăcute.

Halucinațiile tactile, uneori numite **halucinații haptice**, pot apărea ca senzații de atingere, înțepare sau strangulare. Ele pot, de asemenea, să fie resimțite ca niște mișcări localizate sub epidermă, pe care pacientul le poate atribui unor insecte, viermi, sau altor mici vietăți. **Halucinațiile proprioceptive** se pot manifesta ca senzații

de tracțiune sau dilatare a viscerelor, excitare sexuală sau șocuri electrice.

În **halucinația autoscopică,** pacientul își vede propriul corp proiectat în spațiul extern, de obicei în fața sa și pentru scurt timp. Această experiență perceptuală îl poate convinge pe pacient că are un alter ego (*doppelgänger*), temă de altfel comună multor romane, inclusiv *Dublul* lui Dostoievski. În practica clinică, acest fenomen este rar și se întîlnește mai ales la o mică parte din pacienții cu epilepsie temporală sau alte tulburări organice cerebrale (vezi Lukianowicz 1958 și Lhermitte 1951, pentru descrieri mai detaliate).

Uneori, un stimul acționînd asupra unei modalitați senzoriale provoacă halucinații la nivelul altei modalitați, de exemplu muzica poate declanșa halucinații vizuale. Este vorba de așa-numitele **halucinații reflexe,** care pot apărea după administrarea unor substanțe ca LSD sau, rareori, în schizofrenie.

După cum s-a menționat deja, **halucinațiile hipnagogice și hipnopompice** apar în momentul adormirii și, respectiv, al trezirii. Cînd apar la persoane sănătoase, ele sînt de scurtă durată și elementare - ca, de exemplu, sunetul unui clopoțel sau pronunțarea unui nume. De obicei persoana se trezește brusc, recunoscînd natura acestei experiențe. În timpul narcolepsiei, halucinațiile sînt frecvente, pot persista mai mult și pot fi mai elaborate.

Asocieri diagnostice

Halucinațiile pot apărea în boli afective severe, schizofrenie, tulburări organice și stări disociative, iar, uneori, la oameni sănătoși. De aceea prezența halucinațiilor nu ajută mult, prin ea însăși, la punerea diagnosticului. Totuși, anumite tipuri de halucinații au implicații diagnostice importante.

Atît forma cît și conținutul **halucinațiilor auditive** pot contribui la stabilirea diagnosticului. Dintre diferitele tipuri - zgomote, muzică și voci - singurele care au semnificație diagnostică sînt vocile auzite clar și care fie se adresează pacientului, fie vorbesc despre acesta. După cum s-a mai explicat, vocile care par să vorbească între ele, numindu-l pe pacient la persoana a treia (de ex: "el este un homosexual"), sînt numite **halucinații la persoana a treia.** Acestea apar mai ales în schizofrenie. Astfel de voci pot comenta intențiile pacientului (de ex.: "el vrea să facă dragoste cu ea"), sau acțiunile sale (de ex.: "ea se spală pe față"). Dintre toate tipurile de halucinații, vocile comentative sugerează în cel mai înalt grad schizofrenia.

Halucinațiile la persoana a doua apar ca adresîndu-se pacientului (de ex.: "ai să mori"), uneori sub formă de ordin (de ex.: "lovește-l"). Prin ele însele, aceste halucinații nu indică un anumit diagnostic; pot fi, însă, semnificative prin conținutul lor și, mai ales, prin reacția pacientului față de ele. De exemplu, vocile cu conținut de devalorizare sugerează o tulburare depresivă severă, cu atît mai mult cu cît pacientul le acceptă ca justificate (de ex.: "ești un ticălos"). În schizofrenie, pacientul se opune, de obicei, unor astfel de aprecieri.

Vocile care anticipează, însoțesc, sau repetă gîndurile pacientului sugerează, de asemenea, schizofrenia.

Halucinațiile vizuale pot apărea în isterie, tulburări afective severe și în schizofrenie, dar pun totdeauna în discuție posibilitatea unei tulburări organice. Conținutul halucinațiilor vizuale are puțină semnificație diagnostică.

Halucinațiile olfactive și gustative sînt rare. Atunci cînd se produc, ele au adesea însușiri neobișnuite, pe care pacientul le descrie cu dificultate. Pot apărea în schizofrenie și în tulburările afective severe, dar ridică întotdeauna problema unei epilepsii temporale sau a unei iritații de origine tumorală a bulbului sau a căilor olfactive.

Halucinațiile tactile și somatice nu au, în general, semnificație diagnostică; o slabă asociere există totuși între cîteva tipuri particulare și anumite tulburări. Astfel, halucinațiile în care apare senzația de contact sexual sugerează schizofrenia, mai ales

dacă sînt interpretate într-un fel neobișnuit (de exemplu, ca reprezentînd contactul sexual cu un șir de persecutori). Senzația de insecte care se mișcă sub piele apare în abuzul de cocaină și, uneori, în schizofrenie.

Percepție și semnificație

Un percept are un înțeles pentru persoana care îl realizează. În anumite tulburări psihice, unui percept normal i se poate asocia o semnificație anormală. Vorbim atunci de **percepție delirantă.** În unele tulburări neurologice, perceptele își pierd înțelesul. Este ceea ce se numește **agnozie.** Aceste fenomene sînt descrise mai detaliat la pagina 10, respectiv 23.

Tulburări ale gîndirii

Tulburările de gîndire se recunosc, de obicei, prin intermediul vorbirii și scrisului. Ele pot fi, de asemenea, deduse din incapacitatea de îndeplinire a sarcinilor; astfel, unul din testele psihologice pentru tulburările de gîndire îi cere pacientului să sorteze obiectele pe categorii.

Termenul de tulburare de gîndire poate fi folosit, în sens larg, pentru desemnarea a patru grupuri de fenomene (vezi Tabelul 1.2.). Primul grup cuprinde tipurile speciale de gîndire anormală - ideile delirante și gîndurile obsesive. Al doilea grup, tulburările fluxului gîndirii, se referă la anomaliile de volum și viteză. Al treilea grup, cunoscut ca tulburări formale ale gîndirii, se referă la anomaliile de asociere a gîndurilor între ele. Al patrulea grup, convingerile anormale privind paternitatea gîndurilor, cuprinde perturbări neobișnuite ale conștiinței normale a proprietății persoanei asupra gîndurilor sale.

Al doilea și al treilea grup vor fi tratate în continuare, urmînd ca celelalte să fie discutate mai tîrziu.

Tabel 1.2. Tulburări ale gîndirii

1. Tipuri speciale de gîndire anormală Idei delirante Obsesii
2. Tulburări ale fluxùlui gîndirii (viteză și volum)
3. Tulburări formale ale gîndirii (anomalii de asociere a gîndurilor între ele)
4. Convingeri anormale despre posesia gîndurilor

Tulburările fluxului gîndirii

În tulburările fluxului gîndirii sînt modificate atît viteza cît și volumul gîndurilor. La una din extreme se află **presiunea gîndirii** (pressure of thought), cînd ideile sînt neobișnuit de abundente și variate și trec prin minte cu repeziciune. La celălalt capăt se găsește sărăcirea gîndirii (poverty of thought), cînd pacientul are doar cîteva gînduri, lipsite de varietate și complexitate, gînduri ce par să se pună în mișcare cu încetineală. Presiunea gîndirii apare în manie, iar sărăcirea în tulburările depresive. Ambele pot fi prezente și în schizofrenie.

Fluxul gîndirii poate fi, de asemenea, întrerupt subit, pacientul resimțind în acest timp un fel de golire a minții, fenomen pe care observatorul îl percepe ca pe o oprire a cursului conversației. În proporție redusă, această experiență se întîlnește frecvent, mai ales la persoane în stare de anxietate sau oboseală. Dimpotrivă, întreruperea

deosebit de abruptă și masivă - **blocajul gîndirii** (thought blocking) - este foarte sugestivă pentru schizofrenie. Dată fiind importanța diagnostică, este bine ca blocajul gîndirii să fie identificat numai acolo unde prezența sa este sigură. Din lipsă de experiență, o întrerupere subită a conversației poate fi adesea luată, în mod greșit, drept blocaj al gîndirii. Există mai multe cauze din care fluxul vorbirii poate fi întrerupt brusc: atenția pacientului poate fi distrasă de un alt gînd sau de un sunet, sau el poate suferi unul din acele goluri momentane în fluxul gîndirii, care sînt normale la oamenii obosiți sau anxioși. Putem identifica blocajul gîndirii doar atunci cînd vorbirea este întreruptă subit, în mod izbitor și repetat și cînd pacientul descrie această experiență ca pe o golire bruscă și completă a minții. Blocajul gîndirii sugerează cu atît mai mult schizofrenia, cu cît pacientul îl interpretează într-un mod mai neobișnuit, susținînd, de exemplu, că gîndurile i-au fost sustrase de o mașinărie mînuită de un persecutor.

Tulburările formale ale gîndirii

Tulburările formale ale gîndirii pot fi împărțite în trei subgrupuri: fuga de idei, perseverarea și slăbirea asociațiilor. Fiecare din acestea se leagă de o anumită formă de tulburare mintală, așa încît este important să le putem distinge cu claritate; nici una din legături nu este, însă, destul de puternică pentru a fi privită ca diagnostică.

În **fuga de idei** (flight of ideas), gîndurile și conversația pacientului se deplasează cu repeziciune de la un subiect la altul, astfel încît, înainte ca un șir de gînduri să fi fost dus la capăt, un altul apare. Aceste schimbări rapide de subiect sînt inteligibile pentru că legăturile dintre subiecte rămîn normale, trăsătură care diferențiază fuga de idei de slăbirea asociațiilor (vezi mai jos). În practică, distincția este adesea greu de făcut, mai ales atunci cînd pacientul vorbește repede. De aceea, uneori este folositor să înregistrăm un fragment de discurs și să-l ascultăm de mai multe ori. Caracteristicile fugii de idei sînt: păstrarea secvenței logice obișnuite a ideilor, folosirea perechilor de cuvinte cu sonoritate similară (asociații prin asonanță), a perechilor de sensuri ale aceluiași cuvînt (jocuri de cuvinte), a rimelor și distractibilitatea, adică sensibilitatea față de sugestiile venite din jur. Fuga de idei este caracteristică maniei.

Perseverarea este repetarea persistentă și inadecvată a acelorași gînduri. Tulburarea este detectată prin examinarea vorbirii și acțiunilor pacientului. Astfel, dacă unui bolnav i se pun o serie de întrebări simple, el poate răspunde corect la prima, continuînd, însă, în mod inadecvat, să dea același răspuns și la întrebările următoare. Perseverarea apare în demență, dar nu este limitată la această entitate.

Slăbirea asociațiilor (loosening of associations) desemnează o pierdere a structurii normale a gîndirii. Interlocutorului, aceasta îi apare ca o conversație încîlcită și ilogică, ce nu poate fi lămurită prin întrebări și informații suplimentare. Au fost descrise mai multe aspecte ale acestui tip de gîndire (vezi mai jos), dar, pînă la urmă, lipsa generală de claritate a conversației pacientului este cea care face, de obicei, cea mai izbitoare impresie. Această gîndire încîlcită diferă de gîndirea persoanelor anxioase sau a celor cu nivel redus de inteligență. Persoanele anxioase devin mai coerente atunci cînd sînt făcute să se simtă în largul lor, iar cele cu inteligență subnormală își pot exprima ideile mai clar dacă interlocutorul își simplifică întrebările. În cazul slăbirii asociațiilor, pe măsură ce încercăm să lămurim gîndurile pacientului, le înțelegem tot mai puțin. Slăbirea asociațiilor apare cel mai adesea în schizofrenie.

Slăbirea asociațiilor poate îmbrăca mai multe forme. **Mutarea calului** (knight's move) sau **deraierea** (derailment) este saltul de la un subiect la altul fie la sfîrșit, fie la mijloc de propoziție, fără legătură logică între cele două subiecte și fără prezența formelor de asociere descrise la fuga de idei. Cînd această tulburare este extremă, ea distruge nu numai legătura dintre propoziții și fraze, ci și structura mai fină,

gramaticală, a discursului și se numește atunci **salată de cuvinte** (word salad). Termenul de **verbigerație** se referă la un gen de stereotipie în care sunetele, cuvintele sau frazele sînt repetate într-un mod lipsit de sens.

Una din urmările pe care slăbirea asociațiilor le are asupra conversației pacientului a primit numele de **vorbire alături** (talking past the point) (desemnată uneori prin termenul german *vorbeireden*). Este o stare în care pacientul pare mereu pe punctul de a se apropia de problema în discuție, fără, însă, a o atinge cu adevărat niciodată.

S-a încercat de mai multe ori punerea la punct a unor teste psihologice pentru detectarea slăbirii asociațiilor, dar rezultatele nu s-au dovedit deosebit de utile în clinică. Încercările de a folosi aceste teste pentru diagnosticarea schizofreniei au eșuat.

Pe lîngă aceste tulburări de asociere a ideilor, gîndurile mai pot deveni ilogice și prin **lărgirea conceptelor**, adică gruparea laolaltă a mai multor obiecte care, în mod normal, nu sînt considerate suficient de apropiate.

Neologismele

Cu toate că nu reprezintă o tulburare formală a gîndirii, sînt descrise aici - pentru comoditatea expunerii - și neologismele, adică folosirea de către pacient a unor cuvinte sau fraze inventate de către el însuși, adesea pentru a-și descrie experiențele morbide. Trebuie să deosebim neologismele de pronunția incorectă, folosirea greșită a unor cuvinte de către oameni cu instrucție limitată, cuvintele dialectale, termenii tehnici obscuri și de "cuvintele private" pe care unele familii le inventează pentru a se amuza. Este bine întotdeauna ca medicul să rețină unele din cuvintele pacientului și să-l întrebe ce înțelege prin acestea.

Teorii referitoare la tulburările de gîndire

Au fost propuse mai multe teorii, dar nici una nu este convingătoare (pentru o privire generală vezi Payne 1973). Fiecare teorie încearcă să explice un anumit aspect al tulburărilor de gîndire din schizofrenie. Astfel, Goldstein (1944) și-a construit teoria în jurul dificultății de formare a conceptelor abstracte ("concretețe" - "concreteness"), în timp ce Cameron (1938) a pornit de la observarea - pentru prima dată de către Bleuler - a "slăbirii asociațiilor", susținînd că granițele dintre concepte sînt mai puțin clare decît la oamenii normali. Payne și Friedlander (1962) au dezvoltat teoria conceptelor prea largi (supra-cuprinzătoare) (over - inclusive) și au pus la punct mijloace de testare a supra-cuprinderii, folosind procedee de clasificare și sortare a unor obiecte. Bannister (1962) a folosit teoria constructului personal (personal construct) a lui Kelly, ca bază pentru o schemă similară, în care schizofrenii sînt presupuși a avea constructe mai puțin consistente și mai slab structurate decît ale normalului. Bannister și Fransella (1966) au imaginat un test ingenios, în care aceste aspecte ale constructului personal sînt evaluate cerînd pacientului să aprecieze, la fotografii ale unor persoane necunoscute, un număr de însușiri, precum bunătatea, cinstea și egoismul. Cu toate că testul furnizează o metodă de măsurare a unui aspect al tulburărilor de gîndire, teoria pe care se sprijină nu a izbutit să explice geneza tulburării.

Ideile delirante

Ideea delirantă este o credință susținută cu fermitate pe baze inadecvate, care nu este afectată de argumente raționale sau de evidența contrariului și care nu este o credință convențională pe care persoana ar putea-o susține, în mod previzibil, dată fiind formația sa educațională și culturală. Această definiție urmărește separarea ideilor delirante, ca indicatori de tulburare mintală, de alte tipuri de credințe puternic

susținute, găsite la oamenii sănătoși. Ideea delirantă este, de obicei, dar nu invariabil, o credință falsă.

Pecetea ideii delirante constă în aceea că este susținută cu fermitate pe temeiuri inadecvate, cu alte cuvinte, credința nu s-a format prin intermediul unor procese normale de gîndire logică. Ideea delirantă este susținută cu atîta convingere, încît nu poate fi modificată de evidența contrariului. De exemplu, convingerea unui pacient care, în delirul lui, afirmă că în casa alăturată se află persecutori, nu va fi modificată de evidența că acea casă este goală; dimpotrivă, el va continua să creadă același lucru, susținînd, de pildă, că persecutorii au plecat înainte ca el să fi intrat. Trebuie notat că ideile nedelirante ale oamenilor normali pot fi la fel de impenetrabile la argumentele raționale, de exemplu, anumite credințe împărtășite de persoane cu un fond religios sau etnic comun. Astfel, o persoană educată să creadă în spiritism nu-și va schimba, probabil, convingerile în fața unor evidențe contrarii, evidențe care, însă, ar convinge un om fără o astfel de educație.

Cu toate că ideile delirante sînt, de obicei, credințe false, în situații excepționale ele pot fi adevărate, sau pot deveni ulterior adevărate. Un exemplu bine cunoscut este gelozia patologică (p.263). Un bărbat poate dezvolta un delir de gelozie legat de soția lui, în absența oricărei dovezi raționale de infidelitate. Chiar dacă soția a fost, într-adevăr, necredincioasă la momentul respectiv, ideea bărbatului rămîne delirantă, în măsura în care nu există temeiuri raționale pentru a o susține. Trebuie accentuat că nu falsitatea este cea care hotărăște dacă o credință este delirantă, ci natura proceselor mintale prin care ea s-a format. Invers, o eroare clinică binecunoscută este aceea de a afirma că o credință este falsă pentru că este ciudată, în loc de a verifica faptele și de a afla cum a apărut acea credință. De exemplu, relatări neverosimile despre vecini persecutori sau despre tentative de otrăvire în familie se pot dovedi bazate pe procese normale de gîndire logică și, în fapt, corecte.

În definiția ideii delirante este accentuat caracterul de fermitate cu care credința respectivă este susținută. Totuși credința aceasta poate fi apărată cu mai puțină tărie înainte sau după deplina formare a ideii delirante. Cu toate că unele idei delirante apar în mintea pacientului pe deplin formate și cu o convingere totală, altele au o dezvoltare mai gradată. De asemenea, în timpul evoluției spre remisiune, un pacient poate trece prin stadii în care se îndoiește tot mai mult de credința sa, pînă ce, în final, o respinge ca falsă. Pentru desemnarea acestor fenomene este uneori folosit termenul de *idee delirantă parțială* (ca în Examinarea stării prezente, pag.3). Este mai sigur să vorbim de idee delirantă parțială numai atunci cînd știm că aceasta a fost precedată sau a evoluat (analiză retrospectivă) spre o idee delirantă propriu-zisă. Ideile delirante parțiale apar uneori în stadiile timpurii ale schizofreniei. Prezența ideii delirante parțiale nu este prea importantă prin ea însăși, dar cere o căutare atentă a altor fenomene patologice.

Cu toate că un pacient poate fi pe deplin convins asupra adevărului credinței lui delirante, această convingere nu-i influențează în mod necesar toate sentimentele și acțiunile. Această separare a credinței de sentiment și acțiune este cunoscută sub numele de *dublă orientare* și apare cel mai adesea în schizofreniile cronice. Un astfel de pacient poate, de exemplu, să creadă că este un membru al Familiei Regale și să trăiască, în același timp, mulțumit, într-un azil pentru bolnavi psihici cronici.

Ideile delirante trebuie deosebite de *ideile prevalente*, descrise pentru prima dată de Wernicke (1900). O idee prevalentă este o credință izolată, dar centrală, nici delirantă, nici obsesivă prin natura ei, care ajunge să domine viața persoanei timp de mai mulți ani și care îi poate afecta acțiunile. O astfel de credință centrală poate fi înțeleasă dacă avem date suficiente despre mediul și evoluția persoanei în cauză. De exemplu, o persoană a cărei mamă și soră au făcut, una după cealaltă, cancer,

poate fi dominată de convingerea că boala canceroasă este contagioasă. Cu toate că distincția dintre idei delirante și idei prevalente nu este întotdeauna ușor de făcut, această dificultate creează rareori probleme practice, căci diagnosticul de afecțiune mintală cere mai mult decît simpla prezență sau absență a unui singur simptom. (Pentru informații mai detaliate despre ideile prevalente, vezi Mc Kenna, 1984).

Există mai multe tipuri de idei delirante, care urmează să fie descrise. Pentru lectura secțiunii următoare, cititorul poate fi ajutat de urmărirea tabelului 1.3

Tabelul 1.3. Descrierea ideilor delirante

1. După fixitate
complete
parțiale
2. După debut
primare
secundare
3. Alte experiențe delirante
dispoziție delirantă
percepție delirantă
amintire delirantă
4. După temă
de persecuție (paranoide)
de relație
de grandoare (expansive)
de vinovăție și inutilitate
de negație
hipocondriace
religioase
de gelozie
sexuale sau erotice
de influență
de posedare a gîndurilor
de difuzare a gîndurilor
5. După alte trăsături
delirul indus

Delirul primar, secundar și indus

Delirul **primar** sau **autohton** este ideea delirantă care se instalează subit, cu convingere deplină, dar a cărei apariție nu este pregătită de nici un alt fenomen mintal. De exemplu, un pacient cu schizofrenie poate fi brusc și complet convins că își schimbă sexul, fără să se fi gîndit niciodată la aceasta și fără nici o idee sau eveniment anterior care să poată duce, într-un mod inteligibil, la o astfel de concluzie. Delirul primar apare brusc, în întregime constituit și într-o formă pe deplin convingătoare. El este, probabil, o expresie directă a procesului patologic cauzal -un simptom primar. Nu toate experiențele delirante primare încep cu o idee; o **dispoziție delirantă** (pag.13), sau o **percepție delirantă** (pag.13) pot, de asemenea, apărea subit și fără să fie precedate de nici un fenomen care să le poată explica. De bună seamă, pacienților nu

le este ușor să-și amintească secvența exactă a unor fenomene atît de neobișnuite și, adesea, chinuitoare și de aceea este dificil să stabilim cu certitudine ce este și ce nu este primar. Medicii neexperimentați pun, de obicei, prea ușor diagnosticul de experiență delirantă primară, pentru că nu examinează îndeajuns de atent fenomenele premergătoare. Delirul primar are o însemnătate deosebită în diagnosticul schizofreniei și este important să nu-l consemnăm decît atunci cînd prezența sa este sigură.

Delirul secundar poate fi înțeles ca provenind din experiențe morbide anterioare. Acestea din urmă pot fi de mai multe tipuri, ca: o halucinație, de exemplu cineva care aude voci poate ajunge să creadă că este urmărit; o dispoziție, de ex. o persoană profund deprimată poate crede că ceilalți o disprețuiesc; sau un delir preexistent, de ex. un pacient cu delir de sărăcie poate dezvolta ulterior ideea că urmează să fie închis pentru datorii. Unele deliruri secundare par să aibă o funcție integratoare, dînd experienței primare un caracter mai inteligibil pentru pacient, ca în primul exemplu de mai sus. Altele par a face contrariul, amplificînd sentimentul de persecuție sau nereușită, ca în ultimul exemplu.

Proliferarea delirurilor secundare poate duce la un **sistem delirant** complicat, în care fiecare credință poate fi înțeleasă ca derivînd din cea precedentă. Dezvoltarea unui set complicat de astfel de idei interconectate este uneori numită **delir sistematizat.**

Delirul indus: de regulă, oamenii din jur recunosc falsitatea delirului și încearcă să aducă argumente și dovezi pacientului, în scopul de a-l corecta. Uneori, însă, o persoană care trăiește lîngă un pacient cu delir ajunge să-i împărtășească credințele delirante. Această situație este cunoscută sub numele de delir indus sau **folie à deux.** Cu toate că, pe perioada cît cei doi sînt împreună, cea de-a doua persoană are o convingere delirantă la fel de fermă ca a partenerului, tulburarea se remite de obicei repede, dacă aceștia sînt despărțiți. Această condiție este descrisă mai pe larg la pag.268.

Dispoziția, percepția și amintirea delirantă

De regulă, la prima apariție a ideii delirante, pacientul are un răspuns emoțional și dă o nouă interpretare mediului în care se găsește. De exemplu, o persoană care crede că un grup de oameni vor să o ucidă va resimți, după toate probabilitățile, un sentiment de teamă. În același timp, ea poate interpreta imaginea unei mașini în oglinda retrovizoare ca o dovadă că este urmărită. În majoritatea cazurilor, ideea delirantă este cea care apare prima, fiind urmată de celelalte aspecte.

Uneori ordinea este inversată: prima experiență este o schimbare a dispoziției, adesea ca anxietate însoțită de presimțirea unui eveniment sinistru pe cale de a se înfăptui, după care urmează ideea delirantă. În germană această schimbare a dispoziției este numită **Wahnstimmung**, un termen tradus de obicei prin cel de **dispoziție delirantă.** Traducerea nu este satisfăcătoare, pentru că în realitate există o dispoziție din care survine ideea delirantă. Alteori, prima modificare poate consta în a atribui, fără nici un motiv, o semnificație nouă unui percept obișnuit. De exemplu, un nou aranjament al obiectelor pe biroul unui coleg poate fi interpretat ca semn că pacientul a fost ales să îndeplinească voința divină. Este ceea ce se numește **percepție delirantă:** acest termen este, de asemenea, nesatisfăcător, din moment ce nu percepțiile pacientului sînt anormale, ci interpretarea falsă pe care acesta o dă unui percept normal. Cu toate că cei doi termeni sînt improprii, nu dispunem de nici o alternativă general acceptată și îi folosim, deci, ca atare, atunci cînd nu putem evita etichetările. Totuși, este, în general, preferabil să descriem, pur și simplu, trăirile

pacientului, consemnînd ordinea în care s-au produs modificările la nivelul ideilor, al afectivității și al interpretării datelor perceptuale.

O tulburare asemănătoare și înrudită este cea în care pacientul, văzînd o persoană apropiată lui, crede că ea a fost înlocuită de un impostor, care e o dublură perfectă a originalului. Simptomul este uneori desemnat prin termenul franțuzesc *l'illusion* **des sosies** (iluzia sosiilor), dar este, desigur, un delir, și nu o iluzie. Simptomul poate fi atît de persistent, încît a fost descris și un sindrom centrat în jurul lui, **sindromul Capgras** (pag.267). Un alt tip de interpretare falsă a experienței, opus celui de mai sus, apare atunci cînd pacientul, deși recunoaște un număr de persoane ca avînd înfățișări deosebite, crede că toți reprezintă unul și același persecutor deghizat. Această tulburare este numită **delir Fregoli.** Este descris la pag.268.

În fine, unele idei delirante privesc mai degrabă evenimentele trecute, decît pe cele prezente și sînt cunoscute ca **amintiri delirante.** De exemplu, dacă un pacient crede că s-a pus la cale un complot pentru a fi otrăvit, el poate atribui o nouă semnificație amintirii că, odată, mult timp înainte de formarea sistemului delirant, i s-a întîmplat să vomite după masă. Acest fenomen trebuie deosebit de amintirea unei idei delirante formată la acea vreme. Termenul este, de asemenea, nesatisfăcător, pentru că nu amintirea este delirantă, ci interpretarea care i se dă.

Temele delirante

Exigențele muncii clinice fac necesară împărțirea ideilor delirante după temele lor centrale. Această grupare este utilă dată fiind corespondența dintre temele delirante și formele majore de afecțiune mintală. Este important, totuși, să reamintim că asocierile diagnostice pe care le vom menționa prezintă numeroase excepții.

Ideile delirante de persecuție sînt adesea numite **paranoide,** un termen care, în înțelesul lui corect, este mult mai cuprinzător. Întrebuințarea pe care termenul de paranoid a avut-o în greaca veche corespunde sensului actual de "ieșit din minți", iar Hippocrate l-a folosit în descrierea delirium-ului febril. Mai tîrziu, mai mulți autori l-au aplicat atît ideilor delirante de persecuție, cît și celor de grandoare, erotice, de gelozie și religioase. Pentru acest motiv este preferabil ca termenul să nu fie folosit pentru descrierea delirului de persecuție. Totuși, termenul de paranoid, folosit în sensul său larg, pentru anumite simptome, sindroame și tipuri de personalitate, rămîne în continuare util (vezi cap. 10).

Ideile delirante de persecuție conțin, de obicei, convingerea că anumite persoane sau organizații încearcă să-i facă rău pacientului, să-i strice reputația, să-l înnebunească, sau să-l otrăvească. Asemenea idei delirante sînt frecvente, dar au puțină importanță diagnostică, deoarece pot apărea atît în stări organice, cît și în schizofrenie sau în tulburări afective severe. Totuși, atitudinea pacientului față de delirul lui poate indica un anumit diagnostic. Astfel, în tulburările afective severe, pacientul acceptă presupusele acțiuni ale persecutorilor, ca justificate de propria sa vinovăție și răutate, pe cînd , în schizofrenie, reacția este, dimpotrivă, o revoltă adesea furioasă. În fața unor idei de persecuție este esențial să ne amintim că există și relatări aparent neverosimile, care se dovedesc pînă la urmă adevărate și că, în anumite culturi, credința în vrăji este un fenomen normal, ca și convingerea că nenorocirile sînt rezultatul acțiunilor malefice ale altora.

Ideile delirante de relație (delusions of reference) conțin ideea că obiectele, evenimentele sau oamenii din jur au o semnificație personală pentru pacient; de exemplu, pacientul crede că un articol citit într-un ziar, sau o remarcă auzită la televizor sînt anume destinate lui; sau că un scenariu radiofonic despre homosexuali a fost difuzat în mod special pentru a-i spune că toată lumea știe că el este homosexual.

Ideile delirante de relație pot fi legate de gesturi sau acțiuni făcute de alte persoane, acțiuni despre care pacientul crede că exprimă ceva referitor la el; de exemplu, persoane care-și trec mîna prin păr pot fi, pentru pacient, semn că el se transformă în femeie. În majoritatea cazurilor, ideile delirante de relație se asociază cu cele de persecuție, dar, uneori, și cu teme de grandoare sau optimiste.

Ideile delirante de grandoare sau **expansive** sînt credințe în importanța exagerat de mare a propriei persoane. Pacientul se consideră bogat, dotat cu însușiri neobișnuite, sau o persoană aparte. Astfel de idei apar în manie și în schizofrenie.

Ideile delirante de vinovăție și **inutilitate** apar cel mai frecvent în afecțiunile depresive și, de aceea, sînt uneori numite idei delirante depresive. Tipice sînt ideile că o măruntă încălcare a legii în trecut va fi descoperită și-l va umple de rușine pe pacient, sau că păcatele lui vor atrage furia divină asupra familiei.

Ideile delirante de negație (nihilistic delusions) sînt, strict vorbind, credințe despre inexistența unei persoane sau a unui lucru, dar înțelesul lor a fost extins și la idei pesimiste precum: cariera pacientului s-a sfîrșit, el este pe pragul morții, nu mai are bani, lumea întreagă este osîndită etc. Ideile delirante de negație se asociază cu grade extreme de dispoziție depresivă. Idei comparabile privind prăbușirea funcțiilor organice (de ex. că intestinele sînt blocate cu materie în putrefacție) însoțesc adesea delirul de negație. Rezultă un tablou clinic numit **sindrom Cotard**, după numele psihiatrului francez care l-a descris (Cotard, 1882). Acest sindrom este reluat mai în amănunt la Capitolul 10.

Ideile delirante hipocondriace sînt cele legate de boală. Pacientul poate crede, în mod greșit și în ciuda tuturor probelor medicale contrare, că este bolnav. Astfel de idei delirante sînt mai frecvente la bătrîni, reflectînd creșterea, odată cu vîrsta, a interesului pentru sănătate, la oameni normali. Delirul se poate referi în mod special la o anumită boală (cancer sau boli venerice), sau la aspectul unei părți a corpului (mai ales nasul), caz în care pacienții solicită, uneori, chirurgie plastică (pag.328).

Ideile delirante religioase: ideile delirante cu conținut religios au fost mult mai frecvente în secolul trecut decît astăzi (Klaf și Hamilton, 1961), ceea ce reflectă, probabil, rolul mai mare pe care, în trecut, religia l-a jucat în viața oamenilor obișnuiți. Cînd, la un membru al unei minorități cultice, apar idei religioase neobișnuite și ferm susținute, este bine să ne adresăm unui alt membru al grupului înainte de a hotărî dacă aceste idei (de exemplu, idei în aparență exagerate despre pedeapsa divină pentru păcate mărunte) sînt sau nu anormale.

Ideile delirante de gelozie sînt mai frecvente la bărbați. Nu toate ideile de gelozie sînt delirante; pe de o parte, grija - mai puțin intensă - pentru fidelitatea partenerului este un fenomen obișnuit, iar, pe de altă parte, unele gînduri obsesive constau în îndoieli asupra fidelității. Totuși, atunci cînd sînt delirante, ele au o importanță deosebită, deoarece pot duce la un comportament agresiv periculos, îndreptat împotriva partenerului. Trebuie să fim deosebit de atenți cu pacienții care își urmăresc soțiile pentru a le spiona, sau le examinează lenjeria în căutarea urmelor de spermă, sau le controlează poșeta în căutarea scrisorilor. Negăsind dovezi care să-i sprijine ideile, pacientul cu delir de gelozie nu se va simți nicidecum mulțumit; cercetarea lui va continua. Aceste probleme sînt discutate mai în amănunt în Capitolul 10.

Ideile delirante sexuale sau erotice (sexual or amorous): atît delirul sexual cît și cel erotic sunt rare și apar mai frecvent la femei. Ideile delirante privind raportul sexual sînt adesea secundare unor halucinații somatice resimțite la nivelul organelor genitale. O femeie cu delir erotic crede că este iubită de un bărbat, de obicei inaccesibil, cu statut social ridicat și căruia nici măcar nu i-a vorbit vreodată. Ideile delirante erotice sînt trăsătura cea mai pregnantă a **sindromului de Clérambault**, discutat în Capitolul 10.

Ideile delirante de influență (control): pacientul cu delir de influență crede că acțiunile, impulsiunile, sau gîndurile îi sînt controlate de o forță exterioară. Deoarece acest simptom este foarte sugestiv pentru schizofrenie, este important să nu-l consemnăm decît atunci cînd este cu certitudine prezent. Delirul de influență este diagnosticat de obicei mai des decît ar trebui. Uneori simptomul este confundat cu halucinațiile auditive sub formă de comenzi, cărora pacientul li se supune deliberat. Alteori diagnosticul este greșit pentru că pacientul înțelege întrebarea ca referitoare la credința religioasă despre controlul divin asupra actelor umane. Pacientul cu delir de influență, însă, crede cu fermitate că anumite mișcări sau acțiuni ale sale au fost determinate direct de o voință exterioară; de exemplu, că brațele sale au luat poziția crucificării nu pentru că el ar fi vrut așa, ci pentru că forța exterioară a acționat.

Ideile delirante de posedare a gîndurilor (delusions concerning the possession of thoughts): oamenii sănătoși nu se îndoiesc că gîndurile lor sînt numai ale lor și nici că gîndurile sînt experiențe intime, ce nu pot fi cunoscute de către ceilalți decît dacă sînt rostite cu voce tare sau dacă se reflectă în expresia feței, în gesturi sau în acțiuni. Pacienții cu delir de posedare a gîndurilor își pot pierde aceste convingeri în mai multe moduri. Cei cu delir de **inserție a gîndirii** (thought insertion) cred că unele din gîndurile lor nu sînt ale lor, ci le-au fost introduse în minte de către o forță exterioară. Această experiență diferă de cea a pacientului obsesiv, care, deși apăsat de gînduri neplăcute și repetate, nu se îndoiește niciodată că originea acestora este în propria sa minte. După cum a spus Lewis (1957), gîndurile obsesive sînt "produse proprii, dar renegate". Pacientul cu delir de inserție a gîndirii, însă, nu va admite că gîndurile sale s-au format în mintea sa. Pacienții cu **delir de furt al gîndirii** (thought withdrawal) cred că din mintea lor au fost extrase gînduri. Acest delir însoțește, de obicei, blocajul gîndirii, așa încît pacientul trăiește o întrerupere a fluxului gîndirii și crede că "gîndurile lipsă" i-au fost luate de o forță exterioară, adesea identificată cu presupușii persecutori.

În ideile delirante de difuzare (transmitere) a gîndurilor (thought broadcasting), pacientul crede că gîndurile, pe care nu le pronunță, sînt cunoscute, totuși, de alții, prin radio, telepatie, sau în alt mod. Unii pacienți cred, de asemenea, că le pot fi auzite gîndurile (un fenomen care se mai întîlnește împreună cu halucinațiile auditive de tip *Gedankenlautwerden*).

Ultimele trei simptome descrise apar mult mai frecvent în schizofrenie decît în orice altă tulburare.

Cauzele ideilor delirante

Se știu atît de puține lucruri despre procesele prin care o credință normală se formează și se confruntă cu evidența, încît nu e surprinzător că sîntem ignoranți în ceea ce privește cauzele ideilor delirante. Această lipsă de cunoștințe nu a împiedicat totuși dezvoltarea mai multor teorii, privind mai ales ideile delirante de persecuție.

Una din teoriile cele mai cunoscute îi aparține lui Freud. Ideile centrale au fost formulate într-o publicație apărută pentru prima dată în 1911 (Freud, 1958): "studiul mai multor cazuri cu delir de persecuție m-a dus, atît pe mine, cît și pe alți cercetători, la concepția că relația dintre pacient și persecutorul său poate fi redusă la o formulă simplă. Se pare că persoana căreia delirul îi atribuie atît de multă putere și influență este fie identică cu cineva care a jucat un rol la fel de important în viața emoțională a pacientului înainte de îmbolnăvire, fie un înlocuitor ușor de recunoscut al acestuia. Intensitatea emoției este proiectată sub formă de putere exterioară, în timp ce calitatea emoției se schimbă în contrariul său. Aceeași persoană care este acum urîtă și temută, ca persecutor a fost odată iubită și respectată. Scopul principal al persecuției formulate în delirul pacientului este acela de a justifica schimbarea atitudinii sale emoționale". Freud și-a rezumat mai departe vederile, după cum urmează: ideile delirante de persecuție sînt rezultatul secvenței: "nu îl *iubesc* - îl *urăsc* pentru că mă persecută"; erotomania

din secvența: "nu îl iubesc pe *el* - o iubesc pe *ea*, pentru că *ea mă iubește pe mine*"; și ideile delirante de gelozie din secvența: "Nu *eu* sînt cel care l-a iubit pe bărbat - *ea* îl iubește" (Freud, 1958, pp. 63-4, sublinierile aparțin originalului). Această ipoteză sugerează, astfel, că pacienții cu delir de persecuție au pulsiuni homosexuale refulate. Pînă acum, încercările de a verifica această idee nu au adus dovezi convingătoare în favoarea sa (vezi Arthur 1964). Cu toate acestea, ideea că, în general, ideile delirante de persecuție implică proiecția, ca mecanism de apărare, a fost acceptată de unii autori.

Au fost realizate mai multe analize existențiale ale ideilor delirante. Acestea descriu în detaliu trăirea pacientului cu delir și demonstrează un fapt foarte important, anume că delirul afectează întreaga ființă - nu este numai un simptom izolat. Conrad (1958), pornind de la Gestaltpsychologie, a descris trăirea delirului ca formată din patru stadii, pornind de la o dispoziție delirantă pe care a numit-o trema (teamă și tremor), trecînd prin ideea delirantă, pe care a numit-o apofenie (apariția fenomenului) și ajungînd la eforturile persoanei de a-și înțelege experiența prin revizuirea întregii sale concepții despre lume. Aceste eforturi eșuează în ultimul stadiu (apocalipsa), cînd apar tulburările de gîndire și simptomele comportamentale. Această secvență, deși poate fi observată la cîțiva pacienți, nu este deloc invariabilă.

Alți autori, folosind teoriile învățării, au încercat să explice ideile delirante ca pe o formă de evitare a unor emoții deosebit de neplăcute. Astfel, Dollard și Miller (1950) au sugerat că delirul este o explicație învățată a evenimentelor, prin care se eludează sentimentele de vinovăție și rușine. Această idee este tot atît de puțin sprijinită prin dovezi ca și toate celelalte teorii ale formării delirului. Cititorii care doresc să afle mai multe despre acest subiect pot consulta lucrarea lui Arthur (1964).

Simptome obsesive și compulsive

Aceste simptome sînt mai frecvente decît ideile delirante și au, în general, o gravitate mai redusă. Pentru claritatea expunerii, obsesiile și compulsiile vor fi descrise separat, deși ele apar adesea împreună.

Obsesiile sînt gînduri, impulsiuni sau imagini, recurente și persistente, care penetrează în mintea persoanei, în ciuda eforturilor acesteia de a le exclude. Trăsătura caracteristică este lupta interioară resimțită de pacient - el opune rezistență obsesiei care, cu toate acestea, intră cu forța în conștiința sa. Obsesiile sînt recunoscute de către persoana în cauză ca fiind ale ei și nu implantate din afară. Ea le consideră adesea neadevărate și lipsite de sens - un element important pentru diferențierea obsesiei de delir. Obsesiile privesc, în general, lucruri care pentru pacient sînt chinuitoare sau neplăcute.

Rezistența opusă de pacient este importantă, deoarece, împreună cu lipsa de convingere asupra adevărului ideii, deosebește obsesiile de ideile delirante. Totuși, dacă obsesiile au fost prezente timp îndelungat, amploarea rezistenței devine, adesea, mai mică. Acest aspect produce rareori dificultăți diagnostice, pentru că, în momentul în care apare, natura simptomului a fost, de regulă, deja stabilită.

Obsesiile pot apărea în diverse forme (Tabel 1.4.). **Gîndurile** obsesive sînt cuvinte sau fraze repetate, dotate cu forță de penetrație, care, de obicei, îl tulbură și îl indispun pe pacient; de ex. obscenități repetate sau fraze blasfemiatoare apărînd în conștiința unei persoane religioase. **Ruminațiile** obsesive sînt teme repetate și chinuitoare, de un tip mai complex; de ex. despre sfîrșitul lumii. **Îndoielile** obsesive sînt teme repetate care exprimă incertitudinea cu privire la acțiuni anterioare, de ex. dacă a fost sau nu închis un aparat electric care ar putea provoca un incendiu. Oricare ar fi natura îndoielii, pacientul își dă seama că acțiunea respectivă a fost de fapt bine realizată. **Impulsiunile** obsesive sînt porniri repetate către îndeplinirea unor acțiuni de obicei agresive, periculoase sau jenante. De pildă, pornirea de a lua un

cuțit și de a lovi pe cineva; de a se arunca înaintea trenului; de a striga obscenități în biserică. Oricare ar fi pornirea, persoana nu dorește să-o îndeplinească și i se opune cu putere, astfel încît actul respectiv nu are loc.

Tabelul 1.4. Simptomele obsesive și compulsive

1. Obsesii:
gînduri
ruminații
îndoieli
impulsiuni
fobii obsesive
2. Compulsii (ritualuri)
3. Lentoarea obsesivă

Fobiile obsesive sînt gînduri obsesive cu un conținut încărcat de teamă, de ex. "Probabil că am cancer"; sau impulsiuni obsesive care duc la anxietate și evitare, de ex. impulsiunile de a lovi pe cineva cu cuțitul, urmate de un comportament de evitare a cuțitelor. Termenul se pretează la confuzii (vezi, mai departe, fobiile).

Cu toate că temele obsesive sînt variate, cele mai multe pot fi grupate în una sau alta din următoarele șase categorii: murdărie și contaminare, agresiune, ordine, boală, sex și religie. Gîndurile despre **murdărie și contaminare** sînt, de obicei, asociate cu ideea afectării altora prin răspîndirea unei boli. Gîndurile **agresive** se pot referi la acte (a lovi pe cineva), sau la vorbe (a striga obscenități sau insulte în public). Gîndurile despre **ordine** privesc modul în care trebuie aranjate obiectele sau organizată munca. Cele despre **boală** sînt, de obicei, însoțite de teamă (de ex. teama de cancer sau de o boală venerică) și de aceea au primit și numele de **fobie de boală**, termen care trebuie totuși evitat, pentru că aici nu avem de a face cu o anxietate care apare în situații specifice și care este trăsătura distinctivă a fobiei (vezi mai jos). Ideile obsesive despre **sex** se referă, de obicei, la practici pe care pacientul le consideră rușinoase, ca, de exemplu, contactul anal. Obsesiile cu conținut **religios** iau adesea forma îndoielilor cu privire la fundamentele credinței (de ex.: "există, într-adevăr, Dumnezeu?"), sau cu privire la îndeplinirea corectă a unor acte cultice, ca de ex. spovedania (**scrupule**).

Compulsiile sînt comportamente repetitive, care par să se supună unui scop și care au un caracter stereotip (motiv pentru care au mai primit numele de **ritualuri compulsive**). Pacientul se simte constrîns să le îndeplinească, avînd, în același timp, pornirea de a le opune rezistență. Ca și obsesiile, compulsiile sînt recunoscute ca lipsite de sens. Compulsia este, de obicei, asociată unei obsesii, ca și cum ar avea funcția de a reduce suferința cauzată de aceasta din urmă. De exemplu, compulsia spălării mîinilor este adesea urmarea gîndurilor obsesive că mîinile sînt contaminate cu materii fecale. Uneori, însă, singura obsesie asociată este pornirea de a îndeplini actul compulsiv.

Actele compulsive sînt de mai multe feluri, dintre care trei se întîlnesc mai frecvent. Ritualurile de **verificare** privesc siguranța unui act; de ex. verificarea de mai multe ori a închiderii unui robinet. Ritualurile de **curățenie** iau adesea forma

spălării repetate a mîinilor, dar pot implica, în unele cazuri, curățenia din întreaga gospodărie. Ritualurile de **numărare** pot fi pronunțate cu voce tare sau repetate în gînd. Este vorba, adeseori, de o numărătoare specială, de ex. din trei în trei. Aceste ritualuri sînt de obicei însoțite de îndoieli, astfel încît operațiunea trebuie reluată de mai multe ori, pentru a avea, în final, siguranța unei numărători inițiale exacte. În ritualurile de **îmbrăcare**, persoana trebuie să-și scoată hainele într-un mod anume, sau să le îmbrace într-o ordine specială. De asemenea, ritualul este adesea însoțit de îndoieli care duc la repetări ce par a nu mai avea sfîrșit. În cazurile severe, pacienților le pot fi necesare mai multe ore pentru a se îmbrăca dimineața.

Lentoarea obsesivă este, de obicei, rezultatul ritualurilor compulsive, sau al îndoielilor repetate, dar poate apărea, uneori, în lipsa acestora (lentoare obsesivă primară).

Diagnosticul diferențial al gîndurilor obsesive se face cu preocupările obișnuite ale oamenilor sănătoși, cu grijile repetate ale pacienților depresivi sau anxioși, cu ideile și impulsiunile recurente din devierile sexuale și din sindroamele de dependență și cu ideile delirante. Preocupările obișnuite nu sînt atît de insistente și pot fi eliminate printr-un efort de voință. Mulți pacienți anxioși sau deprimați sînt invadați de anumite gînduri (de ex, gîndul că este pe cale de a-și pierde cunoștința, la o persoană anxioasă, sau gîndul că nu mai are pentru ce trăi, la o persoană deprimată), dar ei nu consideră aceste idei ca lipsite de sens și nu le opun rezistență. De asemenea, în devierile sexuale și în sindroamele de dependență, apar adesea idei și imagini insistente privind practicile respective, dar aceste idei sînt mai degrabă primite cu plăcere, decît combătute. La fel, ideile delirante se însoțesc de lipsa de rezistență a pacientului; în plus, ele sînt ferm susținute ca adevărate.

Teoriile despre **etiologia** obsesiilor sînt discutate la Capitolul 7, unde sînt descrise nevrozele obsesive.

Tulburări ale afectivității

Glosarul din DSM III recomandă ca termenul de afect să fie folosit pentru stările de scurtă durată, iar cel de dispoziție pentru cele prelungite. Totuși, în practica clinică obișnuită, sensurile celor doi termeni sînt adesea interschimbabile. În tulburările mintale, afectivitatea poate fi alterată în trei moduri: în ceea ce privește natura sa; în privința fluctuațiilor, care pot fi reduse sau exagerate prin raport cu normalul; și ca lipsă de concordanță, fie cu gîndurile și acțiunile pacientului, fie cu ceea ce se petrece în jurul lui.

Natura afectivității poate fi modificată în sensul anxietății, depresiei, euforiei, sau furiei (anger). Toate acestea pot fi asociate unei cauze evidente din viața persoanei, sau pot apărea fără motiv. De obicei, tulburările emoționale atrag după sine și perturbări la nivelul altor funcții. Astfel, anxietatea este însoțită de creșterea activității nervoase vegetative și a tonusului muscular, iar depresia - de lentoare psihomotorie și de idei sumbre. Aceste trăsături asociate schițează deja sindroamele din tulburările anxioase și depresive, care vor fi descrise în capitolele următoare.

Fluctuațiile afective anormale pot lua forma extremă a lipsei totale a emoțiilor și a incapacității de a resimți plăcere. Aceasta din urmă este numită, uneori, **apatie** (adică lipsă a sentimentelor), în contrast cu înțelesul cotidian, de nepăsare sau lipsă de inițiativă, al cuvîntului. Cînd variațiile normale ale afectivității nu sînt pierdute, ci doar reduse, se descrie **tocirea**, sau **aplatizarea** afectivă. Cînd variațiile sînt excesiv de rapide și abrupte, vorbim de **labilitate** afectivă. Cînd aceste schimbări sînt foarte pronunțate, este folosit, uneori, termenul de **incontinență emoțională.**

La un om normal, exprimarea emoțiilor are un aspect concordant cu circumstanțele (de ex. aspect îndurerat după o pierdere) și congruent cu gîndurile și acțiunile sale (o înfățișare tristă presupune gînduri întunecate). În tulburările psihice putem întîlni, însă, **discordanță (disociere)** afectivă. De exemplu, un pacient poate rîde atunci cînd povestește moartea mamei sale. Această incongruență trebuie deosebită de reacții pe care le întîlnim la oameni normali care, atunci cînd vorbesc despre un subiect apăsător, mimează veselia, pentru că nu se simt în largul lor. De asemenea, lipsa, în situații nefericite, a expresiei emoționale, deși, în limbaj cotidian, poate fi numită incongruență, este, în limbaj psihiatric, aplatizare afectivă, nu incongruență. Perturbări ale afectivității apar în toate tipurile de tulburări psihice, Ele constituie elementele centrale ale tulburărilor afective (depresia și euforia) și ale tulburărilor anxioase. Sînt, de asemenea, trăsături obișnuite în alte nevroze, în tulburările organice și în schizofrenie.

Psihopatologia experimentală a dispoziției

Pînă în prezent, cele mai utile aplicații ale psihopatologiei experimentale sînt cele din domeniul tulburărilor depresive și anxioase. În ceea ce privește tulburările anxioase, cercetările s-au concentrat asupra modurilor în care pacientul, prin însuși faptul că se gîndește la simptomele sale, își poate crește și prelungi anxietatea. Astfel, pacienții anxioși gîndesc adesea că unele simptome fizice, precum palpitațiile, semnifică un atac de cord iminent, că senzațiile de amețeală pot fi urmate de pierderea cunoștinței, sau că tensiunea psihică crescîndă îi va face să-și piardă controlul (Beck și colab. 1974a; Hibbert 1984a). Modificarea acestui fel de a gîndi, prin terapie cognitivă (pag.578), pare să îmbunătățească soarta nevrozelor anxioase.

Studiile experimentale de psihopatologie a depresiei s-au ocupat mai ales cu relația dintre dispoziție și memorie. Atît în stările normale de tristețe cît și în tulburările depresive, s-a observat asocierea dintre dispoziția depresivă și accesul preponderent în conștiință al amintirilor nefericite, prin comparație cu cele fericite (Teasdale și Fogarty 1979; Clark și Teasdale 1982). Cum amintirea evenimentelor nefericite duce la dispoziție depresivă (o observație banală, confirmată experimental de Teasdale și Bancroft, 1977), rezultă un cerc vicios prin care dispoziția se deteriorează în mod progresiv (vezi Teasdale 1983, pentru o expunere mai detaliată a acestor idei).

Fobiile

Fobia este o teamă, persistentă și irațională, legată de un anumit obiect, activitate sau situație și însoțită de dorința de a le evita. Teama este irațională prin aceea că este disproporționată față de pericolul real și ea este recunoscută ca atare de către persoana care o trăiește. Subiectului îi este greu să-și controleze frica și adesea încearcă să evite, dacă este posibil, obiectele sau situațiile de care se teme. Obiectul care produce teamă poate fi o vietate (cîine, șarpe, păianjen etc.) sau un fenomen natural ca întunericul sau tunetul.Iar printre situații se numără locurile înalte, aglomerațiile și spațiile deschise. Pacienții cu fobie sînt anxioși nu numai în fața anumitor obiecte sau situații, ci și atunci cînd se gîndesc la acestea (**anxietate anticipatorie**).

Simptome fobice izolate apar frecvent la oamenii normali și au fost descrise încă din antichitate (vezi Lewis 1976, sau Errera 1962, pentru o privire istorică). Varietatea obiectelor și situațiilor incriminate este foarte mare. Fiecare din ele a primit, în trecut, cîte un nume grecesc (Pitres și Régis, 1902, au pus vreo șaptezeci de astfel de etichete), dar această operațiune este cu totul inutilă.

După cum am arătat mai sus, acele gînduri obsesive ce duc atît la anxietate, cît și la

evitare sînt adesea numite **fobii obsesive;** de exemplu, gîndul repetat de a face rău altora cu ajutorul unor obiecte ascuțite este uneori desemnat ca fobie de obiecte ascuțite, pentru că persoana este anxioasă în prezența lor și pentru că le evită. De asemenea, gîndurile obsesive referitoare la boală sînt, uneori, desemnate ca fobie de boală (de ex. "Probabil că am cancer"). Strict vorbind, nici unul din aceste simptome nu este o fobie. Și nici dismorfofobia, care constă în o tulburare a conștiinței propriului corp (pag.328).

Depersonalizarea și derealizarea

Depersonalizarea este o modificare a conștiinței de sine în sensul unui sentiment de irealitate a propriei persoane. Cei care trăiesc această stare o descriu cu dificultate - vorbesc adesea de o detașare față de propriile lor trăiri, de incapacitatea de a simți emoții. O modificare similară, care survine în relațiile cu mediul înconjurător, este **derealizarea**, cînd obiectele apar ca ireale, iar oamenii ca lipsiți de viață, lipsiți de spațialitate, aidoma unor figuri de carton, bidimensionale. În ciuda golului afectiv de care persoana se plînge, atît depersonalizarea, cît și derealizarea sînt descrise ca experiențe deosebit de neplăcute.

Aceste trăsături centrale sînt adesea însoțite și de alte experiențe morbide, considerate de unii autori ca parte constitutivă a depersonalizării și derealizării, de alții ca simptome separate. Printre trăsăturile asociate se numără modificări ale experienței timpului subiectiv, tulburări de schemă corporală (de ex. senzația de modificare a formei sau dimensiunilor unui membru) și, uneori, senzația de părăsire a propriului corp, cu observarea din afară - de obicei de sus - a propriilor acțiuni. Aceste fenomene apar în numai o parte din cazuri (Ackner 1954a).

Deoarece depersonalizarea și derealizarea sînt greu de descris, pacienții recurg adesea la metafore, ceea ce, în lipsa unei investigări atente, poate duce la confundarea depersonalizării cu ideile delirante. De exemplu, descrierea, de către un pacient, a depersonalizării, poate fi: "ca și cum o parte din creierul meu nu mai funcționează"; iar a derealizării: "ca și cum oamenii pe care îi întîlneam erau neînsuflețiți" - afirmații care trebuie cercetate cu grijă pentru a le deosebi de ideile delirante despre lipsa de funcționare a creierului sau despre schimbarea oamenilor din jur. Uneori, această distincție poate fi foarte greu de realizat.

Depersonalizarea și derealizarea pot fi trăite destul de frecvent, ca fenomene tranzitorii, de către copii și adulți sănătoși, mai ales în stări de oboseală. Experiența începe, de obicei, brusc și, la oamenii normali, durează rareori mai mult de cîteva minute (Sedman, 1970). Aceleași simptome au mai fost descrise după privarea de somn (Bliss și colab. 1959), după privarea senzorială (Reed și Sedman 1964) și ca efect al substanțelor halucinogene (Guttman și Maclay 1936). Simptomele apar, de asemenea, în multe tulburări psihice, cînd pot fi persistente, durînd uneori chiar mai mulți ani. Se asociază, în special, cu tulburările anxioase generalizate și fobice, cu tulburările depresive și cu schizofrenia. Depersonalizarea a mai fost descrisă în epilepsie, mai ales în cea temporală. Unii psihiatri, în primul rînd Shorvon și colab. (1946), au descris un sindrom de depersonalizare separat (pag.170). Deoarece depersonalizarea și derealizarea apar în atît de multe tulburări, ele nu ajută la stabilirea diagnosticului.

Există mai multe **teorii etiologice** referitoare la depersonalizare. Mayer-Gross (1935) a propus "răspunsul funcțional preformat al creierului", în sensul în care un acces epileptic este un răspuns preformat. Alții au sugerat că depersonalizarea este un răspuns la modificările conștiinței (ceea ce corespunde cu apariția în stările de oboseală și în privarea de somn, la oamenii sănătoși).

O a treia teorie susține că depersonalizarea apare atunci cînd anxietatea devine

excesivă. Astfel, Lader și Wing (1966) au descris un pacient anxios care a dezvoltat o depersonalizare în timpul unui experiment în care s-au efectuat măsurarea conductanței pielii și a alurii ventriculare. O scădere bruscă a valorilor acestor indici s-a produs în momentul apariției depersonalizării, ceea ce a sugerat că depersonalizarea ar putea fi expresie a unui mecanism de reducere a anxietății. Totuși, depersonalizarea poate apărea și atunci cînd nivelul conștiinței este normal, iar anxietatea absentă, astfel încît aceste idei pot explica cel mult o parte din cazuri. Mai mult, în unele stări în care alterarea conștiinței nu este pusă la îndoială (sindroame psihoorganice acute), depersonalizarea este găsită rareori. Alți autori au sugerat că depersonalizarea exprimă o tulburare a mecanismelor perceptuale, iar unii psihanaliști o privesc drept un mecanism de apărare împotriva emoțiilor. Aceste diferite teorii, dintre care nici una nu e satisfăcătoare, au fost descrise, mai pe larg, de Sedman (1970).

Simptome și semne motorii

Anomalii ale comportamentului social, ale expresiei mimice și ale posturii apar frecvent în toate tipurile de afecțiuni mintale. Ele sînt discutate în capitolul 2, care se ocupă cu examinarea pacientului. Există, de asemenea, un număr de simptome motorii specifice care, cu excepția ticurilor, se observă cel mai adesea la schizofreni. Le vom descrie pe scurt aici, urmînd ca în capitolul 9 să fie încadrate în contextul clinic.

Ticurile sînt mișcări neregulate și repetate care implică un grup muscular, de ex. mișcări de lateralitate ale capului, sau de ridicare a unui umăr. **Manierismele** sînt mișcări repetate ce par să aibă o semnificație funcțională, de ex. salutul. **Stereotipiile de mișcare** (stereotypies) sînt mișcări repetate, regulate (spre deosebire de ticuri) și fără semnificație evidentă (spre deosebire de manierisme): de exemplu, balansarea înainte și înapoi. **Postura (stereotipia de poziție)** (posturing) este adoptarea unei poziții neobișnuite a corpului și menținerea ei, în mod continuu, timp îndelungat. Postura poate părea să aibă o semnificație simbolică (de ex. stînd în picioare și cu brațele în extensie, asemenea crucificării), sau poate fi, după toate aparențele, lipsită de o astfel de semnificație (de ex.: statul într-un picior). Vorbim de **negativism** atunci cînd pacienții fac opusul a ceea ce li se cere și cînd rezistă activ eforturilor de a-i convinge să cedeze. **Ecopraxia** este imitarea automată a mișcărilor interlocutorului, chiar atunci cînd i se cere pacientului să nu facă acest lucru. **Ambitendința** este alternarea între mișcări opuse, de ex. întinderea brațului pentru a da mîna, apoi retragerea brațului, iar întinderea, și așa mai departe. **Flexibilitatea ceroasă** este detectată atunci cînd un membru al pacientului poate fi pus într-o poziție în care, după aceea, rămîne pentru o perioadă îndelungată, timp în care tonusul muscular este în mod uniform crescut.

Tulburări ale schemei corporale

Schema sau imaginea corporală este reprezentarea subiectivă conform căreia este apreciată integritatea corpului și sînt evaluate poziția și mișcările acestuia. Pentru primii neurologi, schema corporală era un model postural (vezi Head 1920). Schilder (1935), în cartea sa *Corpul uman ca imagine și ca fenomen*, a susținut că acest model postural nu este decît primul nivel de organizare a schemei corporale și că există, de asemenea, nivele psihologice mai înalte, bazate pe afectivitate, personalitate și pe interacțiuni sociale.

Fără îndoială, în practica clinică se întîlnesc tulburări ale schemei corporale care

afectează mult mai mult decît simpla apreciere a posturii și a mișcărilor. Aceste anormalii apar în tulburări atît neurologice, cît și psihice și, în multe cazuri, factorii organici și psihologici par să acționeze împreună. Din nefericire, nici în tulburările neurologice, nici în cele psihice, cauzele perturbărilor schemei corporale nu sînt înțelese în întregime. În descrierea care urmează, am folosit, în mare, schema propusă de Lishman (1987); cititorului care dorește informații mai detaliate asupra acestei probleme, îi recomandăm cartea lui Lishman (1987, pag. 59-66) și analiza lui Lukianowicz (1967).

Membrul fantomă este resimțirea ca prezentă a unei părți a corpului, după ce aceasta a fost pierdută și; ca atare, reprezintă, poate, cea mai convingătoare dovadă a conceptului de schemă corporală. Apare de obicei după amputări de membre, dar, mai rar, și după mastectomii, amputări de organe genitale și enucleeri de glob ocular (Lishman, 1987, p. 91). Membrul fantomă poate fi resimțit ca dureros. El este, în general, prezent imediat după amputare și, în mod normal, se estompează cu timpul, deși, în unele cazuri, persistă mai mulți ani (pentru informații suplimentare, vezi tratate de neurologie, sau monografia lui Frederiks 1969).

Neconștientizarea și neglijarea unilaterală este cea mai frecventă tulburare de cauză neurologică a schemei corporale. De obicei afectează membrele hemicorpului stîng și apare, cel mai adesea, după leziuni ale girului supramarginal și angular din lobul parietal drept, mai ales după un accident vascular cerebral. Cînd tulburarea este accentuată, pacientul poate omite să-și spele una din laturile corpului, sau să-și bărbierească una din jumătățile feței, sau poate să încalțe un singur pantof. În formele ușoare, ea poate fi detectată numai prin teste de dublă stimulare (de ex., dacă atingînd simultan ambele mîini ale pacientului cu cîte un tampon de vată, pacientul nu simte decît pe o singură parte, deși pe partea opusă senzația este prezentă la testare separată). Mai multe informații pot fi găsite în Critchley (1953), a cărui carte dă detalii despre sindroamele rezultate din leziunile lobilor parietali.

Hemisomatognozia: această tulburare, cunoscută și sub numele de hemidepersonalizare, este mult mai puțin frecventă decît neconștientizarea și neglijarea unilaterală. Pacientul are senzația că unul din membre îi lipsește, de obicei pe partea stîngă. Tulburarea poate apărea fie separat, fie însoțind o hemipareză. Se asociază adesea o agnozie spațială unilaterală. Conștiința tulburării este variabilă; unii pacienți știu că membrul respectiv se află la locul lui, deși este resimțit ca absent; alții cred (întru totul sau în parte) că membrul este realmente absent.

Anosognozia este o lipsă a conștiinței bolii și privește, de asemenea, mai frecvent partea stîngă a corpului. De cele mai multe ori apare, pentru o perioadă scurtă de timp, în primele zile după instalarea unei hemiplegii; uneori, însă, persistă și după aceea. Pacientul nu se plînge de nefuncționalitatea părții paralizate, iar, dacă i se atrage atenția, neagă. Pot fi negate, de asemenea, disfazia, cecitatea (**sindromul Anton**), sau amnezia (mai cu seamă în sindromul Korsakov). **Asimbolia durerii** este tulburarea în care pacientul percepe un stimul care, în mod normal, i-ar produce durere, dar nu îl recunoaște ca dureros. Cu toate că aceste tulburări sînt în mod clar asociate unor leziuni cerebrale, s-a sugerat existența și a elementului psihogen, prin care este îndepărtată conștiința unor fenomene neplăcute (vezi, de ex., Weinstein și Kahn, 1955). Deși, pe de o parte, este aproape imposibil ca leziunile structurale să nu antreneze și reacții psihice, pe de altă parte pare improbabil ca acestea din urmă să fie singura cauză a unei stări caracterizate prin frecvența mult mai mare a localizării pe partea stîngă a corpului.

Autotopagnozia este incapacitatea de a recunoaște, denumi sau arăta la comandă părți ale corpului. Aceeași incapacitate se poate manifesta și față de părți ale corpului unei alte persoane, dar nu și față de obiecte neînsuflețite. Este o tulburare rară,

provocată de leziuni cerebrale difuze, de obicei bilaterale. Aproape toate cazurile pot fi explicate prin asocierea lor cu apraxia, disfazia, sau tulburarea percepției spațiale (vezi Lishman 1987, p. 63).

Perturbarea conștiinței dimensiunilor și formei include senzații de mărire, micșorare, sau de deformare a unui membru. Spre deosebire de fenomenele descrise pînă acum, aceste experiențe nu sînt în relație strînsă cu leziuni ale anumitor zone cerebrale. Pot apărea la oameni sănătoși, în stări de oboseală accentuată, în special în timpul adormirii sau trezirii din somn. Au fost semnalate uneori în cursul migrenei, în sindroamele cerebrale acute, ca parte a aurei epileptice, sau după LSD. Modificări în ceea ce privește forma și mărimea părților corpului au fost, de asemenea, descrise de unii pacienți cu schizofrenie. Persoana este aproape întotdeauna conștientă că trăiește senzații neconforme realității; fac excepție unele cazuri cu schizofrenie.

Fenomenul de reduplicare este experiența unei dedublări parțiale sau totale a corpului. Astfel, persoana poate simți că are două brațe stîngi, sau două capete, sau că întregul corp s-a dedublat. Aceste fenomene au fost semnalate, rareori, în cursul migrenei, al epilepsiei temporale, sau al schizofreniei. Într-o formă extremă, persoana percepe o copie a întregului său corp, fenomen deja descris ca halucinație autoscopică.

Stările cenestopate sînt perturbări localizate ale conștiinței corpului (de ex. nasul este perceput ca și cum ar fi făcut din vată).

Tulburări ale memoriei

Insuficiența memoriei se numește **amnezie**. În tulburări psihice există mai multe tipuri de insuficiență a memoriei și este posibil ca acestea să corespundă, în general, proceselor mnestice atribuite omului normal. Cu toate că psihologii nu sînt întru totul de acord asupra structurii memoriei normale, următoarea schemă generală este aproape unanim acceptată. Memoria umană funcționează ca și cum ar fi organizată în trei "depozite" distincte. **Depozitele senzoriale**, cu o capacitate limitată, primesc informațiile de la organele de simț și le reține pentru o perioadă scurtă (aproximativ 0,5s), probabil pentru a putea fi inițiată procesarea. Cel de-al doilea depozit - **memoria primară, sau memoria de scurtă durată** - are, de asemenea, o capacitate limitată, dar informația este reținută aici ceva mai mult decît în depozitul senzorial, fiind pierdută abia după 15-20 s. Informația poate fi reținută mai mult prin exersări repetate (ca în repetarea unui număr nou de telefon pînă ce este reținut în totalitate). Este posibil să existe două depozite de scurtă durată, unul pentru informațiile verbale și altul pentru cele vizuale, cu localizare în emisfera stîngă și, respectiv, emisfera dreaptă.

Al treilea fel de depozit este memoria secundară sau **memoria de lungă durată**, care primește informațiile ce au fost selectate pentru o stocare mai îndelungată. Spre deosebire de memoria de scurtă durată, acest tip de depozit are o capacitate vastă și reține informațiile pe perioade mari de timp. Aici informația este "procesată" și depozitată potrivit anumitor caracteristici, precum înțelesul sau sonoritatea cuvintelor. De asemenea, se pare că informația este, în parte, stocată în conformitate cu starea emoțională a persoanei la momentul respectiv și este evocată, apoi, mai ușor, atunci cînd persoana se află în stări afective similare; astfel, evenimente petrecute într-o perioadă de proastă dispoziție revin mai degrabă în minte atunci cînd persoana se simte, din nou, nefericită, decît atunci cînd este bine dispusă. În ceea ce privește funcționarea memoriei de lungă durată, se pot face două distincții utile: întîi, memoria evenimentelor (**memorie episodică**) și memoria pentru limbaj și cunoaștere (**memorie semantică**); apoi între **recunoașterea** materialului perceput și **reproducerea** nesprijinită din exterior (aceasta din urmă fiind mai dificilă).

Memoria este afectată în mai multe tipuri de tulburări psihice. Astfel, în tulburările depresive există o evocare preponderentă a amintirilor nefericite (pag.21). Tulburările

cerebrale organice afectează, în general, toate laturile memoriei secundare, dar unele dintre ele dau naștere unui interesant efect parțial, cunoscut sub numele de sindrom amnestic (pag.279), în care persoana nu-și poate aminti evenimente petrecute cu cîteva minute mai devreme (deteriorarea memoriei episodice), dar poate conversa normal (memorie semantică intactă).

După o perioadă de pierdere a cunoștinței, memoria privitoare la intervalul dintre sfîrșitul acestei perioade și restaurarea completă a lucidității este insuficientă (**amnezie anterogradă**). Unele cauze de pierdere a cunoștinței (de ex. traumatismele cerebrale și TEC) duc la incapacitatea de evocare a evenimentelor petrecute înaintea pierderii cunoștinței (**amnezie retrogradă**).

În unele tulburări neurologice și psihice apare o perturbare deosebită a evocării, în care pacienții fie nu recunosc evenimente pe care, în realitate, le-au întîlnit înainte (**jamais vu**), fie afirmă că recunosc evenimente care, în fapt, sînt noi (**déjà vu**). Unii pacienți cu dificultăți extreme de rememorare pot povesti în loc de amintiri adevărate evenimente care nu au avut loc în perioada relatată (sau în care nici măcar nu au fost implicați) - o tulburare cunoscută sub numele de **confabulație.**

Pentru o analiză a studiilor psihologice referitoare la memorie, vezi Baddeley (1976).

Tulburări ale conștiinței

Conștiința este relația informațională cu sine însuși și cu mediul. Nivelul conștinței poate varia între cele două extreme: starea de veghe și comă. Calitatea conștiinței poate, de asemenea, suferi modificări: somnul este diferit de inconștiență, iar stuporul diferă față de ambele (vezi mai jos).

Pentru descrierea tulburărilor cantitative ale conștiinței, au fost folosiți mulți termeni. **Coma** este forma extremă. Nu sînt semne exterioare care să arate că pacientul are activitate mintală, iar activitatea motorie este redusă aproape numai la respirație. Subiectul nu răspunde nici măcar la stimulii puternici. Gradele comei se pot stabili în funcție de răspunsurile reflexe care rămîn funcționale și după tipul de activitate EEG. Termenul de **sopor** este rar folosit și se referă la o stare în care persoana nu poate fi trezită decît prin stimuli puternici. **Obnubilarea** corespunde stării în care pacientul este somnolent și reacționează incomplet la stimuli. Sînt alterate atenția, concentrarea și memoria, iar orientarea este perturbată. Gîndirea pare înceată și încîlcită, iar evenimentele pot fi interpretate imprecis.

Termenul de **stupor** se referă la o stare în care pacientul este imobil, nu vorbește și nu răspunde întrebărilor, dar pare a fi pe deplin conștient, deoarece ține, de obicei, ochii deschiși și urmărește obiectele din mediu. Dacă ochii sînt închiși, pacientul se opune încercărilor de a-i deschide. Reflexele sînt normale, iar poziția în care stă pacientul este menținută, indiferent dacă este sau nu incomodă. (De notat că, în neurologie, termenul de stupor implică un deficit al conștiinței.)

Prin **confuzie** se înțelege neputința de a gîndi limpede. Apare, în mod caracteristic, în stările organice, dar, la fel de bine, și în unele tulburări funcționale. În tulburările organice acute, confuzia apare împreună cu scăderea nivelului conștiinței, cu iluzii, halucinații și idei delirante, toate pe o modificare a fondului afectiv către teamă sau anxietate. Rezultă un sindrom care a fost denumit stare confuzională; dar este preferabil ca acest termen -imprecis definit- să fie evitat (pag.275). Se pot menționa trei variante ale acestui sindrom. Prima este starea **oneiroidă** (ca de vis), în care pacientul, deși nu doarme, trăiește experiența unor imagini mintale vii, înrudite cu cele din vis. Cînd o asemenea stare se prelungește, ea este numită, uneori, **stare crepusculară** (pag.275). **Torpoarea** este o stare în care pacientul apare ca somnolent, adormind cu ușurință și în care sînt semne de încetinire a gîndirii și de îngustare a cîmpului perceptiv.

Tulburări ale atenției și concentrării

Atenția este capacitatea de orientare selectivă în direcția obiectului sau problemei în lucru. Concentrarea este capacitatea de a menține această orientare. Aceste funcții pot fi deteriorate într-o mare varietate de tulburări psihice, printre care tulburările depresive, mania, tulburările de anxietate, schizofrenia și tulburările organice. De aceea, depistarea de alterări ale atenției și concentrării nu ajută la punerea diagnosticului. Ele sînt, însă, importante pentru tratament, deoarece, de exemplu, pot modifica puterea pacientului de a da sau primi informații, sau pot interfera (în cazul slăbirii concentrării) cu puterea sa de muncă și cu petrecerea timpului liber (de ex. cititul sau privitul la televizor).

Conștiința bolii

Conștiința bolii (insight) poate fi definită drept conștiința propriei stări mintale. Este greu de atins, întrucît implică anumite cunoștințe despre alcătuirea unui psihic sănătos, iar pînă și medicii nu pot cădea de acord între ei asupra înțelesului termenilor de sănătate și afecțiune psihică. Mai mult, conștiința bolii nu este pur și simplu o chestiune de prezență sau absență, ci, mai degrabă, una de grad. De aceea este preferabil ca problema să fie abordată sub forma a patru întrebări separate. În primul rînd, este pacientul conștient de fenomenele pe care oamenii le observă la el (de ex. că este văzut de ceilalți ca neobișnuit de activ și euforic)? În al doilea rînd: dacă da, recunoaște el că aceste fenomene sînt anormale (sau, dimpotrivă, susține, de exemplu, că activitatea și veselia sa neobișnuite sînt numai simpla expresie a bunei dispoziții)? În al treilea rînd, dacă recunoaște anormalitatea acestor manifestări, crede pacientul că ele sînt efectele unei afecțiuni psihice, sau, dimpotrivă, ale unei afecțiuni somatice, de exemplu, sau ale încercărilor de a-l otrăvi făcute de dușmanii săi? În al patrulea rînd, dacă acceptă că este suferind, consideră el, în același timp, că are nevoie de tratament?

Răspunsurile la aceste întrebări aduc informații mult mai multe -și, după toate probabilitățile, mult mai sigure decît cele pe care le-am obține printr-o singură întrebare: este conștiința bolii prezentă, sau nu? Începătorii pun adesea tocmai această întrebare, pentru că au citit că pierderea conștiinței stării mintale deosebește psihozele de nevroze. Nu este întotdeauna adevărat că pacienții nevrotici păstrează această conștiință, iar psihoticii o pierd, și în practică nu este o modalitate sigură de a face distincția între cele două tipuri de tulburări mintale. De asemenea, conceptele de nevroză și psihoză sînt, ele însele, nesatisfăcătoare (pag.63) Pe de altă parte, cele patru întrebări de mai sus îl pot ajuta pe clinician să estimeze în ce măsură pacientul se va conforma tratamentului.

Mecanisme de apărare

Ne-am ocupat, pînă acum, cu aspecte ale psihopatologiei descriptive; sau, altfel spus, cu experiențe mintale anormale pe care pacientul le poate descrie și cu modificări comportamentale pe care ceilalți le pot observa. Urmează să aruncăm o privire asupra psihopatologiei dinamice, care, acum, merită o atenție specială. Aceasta nu se ocupă nici cu evenimentele mintale pe care pacientul le poate descrie, nici cu comportamentul său. În schimb, cuprinde o suită de procese care pot ajuta la *explicarea* anumitor tipuri de trăire sau de comportament. Aceste procese se numesc mecanisme de apărare. Ele apar pentru prima dată în opera lui Sigmund Freud și au fost dezvoltate de fiica sa, Anna Freud (1936). În prezentarea care urmează sînt date definițiile principalelor mecanisme de apărare, împreună cu exemple ale tipurilor de

evenimente mintale și de comportament pe care acestea le pot explica. Este important de înțeles, de la început, că mecanismele de apărare sînt automate și inconștiente: ele presupun că pacientul nu acționează deliberat și că nu este conștient de motivele reale ale acțiunilor sale, la momentul respectiv, deși, mai tîrziu, acestea pot fi conștientizate, fie prin introspecție, fie prin semnalarea lor de către o altă persoană.

Mecanismele de apărare au fost folosite pentru a da seamă de ceea ce Freud a numit psihopatologia vieții cotidiene și pentru a explica etiologia tulburărilor mintale. În paragrafele următoare, mecanismele de apărare au fost ilustrate prin gînduri și acțiuni cotidiene, fiindcă aceste tipuri de explicație sînt folosite pentru înțelegerea comportamentului de zi cu zi al pacienților, atît în psihiatrie, cît și în medicină. În capitolele care urmează se va da atenție teoriilor care au încercat să explice simptomele nevrotice și tulburările de personalitate, în termenii acelorași mecanisme.

Refularea (repression) este excluderea din conștient a unor impulsuri, emoții și amintiri care ar produce suferință dacă li s-ar permite conștientizarea. De exemplu, poate fi astfel ținută în afara conștientului amintirea unui eveniment în care persoana a fost umilită. Un concept strîns legat de cel de refulare este **negarea** (denial), de care vorbim atunci cînd pacientul se comportă ca și cum nu ar fi conștient de ceva ce, rațional, ar părea că trebuie să știe (de exemplu, un pacient căruia i s-a spus că are cancer și care se poartă și vorbește ca și cum nu ar fi conștient de acest lucru).

Proiecția este atribuirea inconștientă a propriilor gînduri și sentimente unei alte persoane, făcînd, în acest fel, ca sentimentele originare să devină mai acceptabile. De exemplu, cineva care are antipatie pentru un coleg îi poate atribui acestuia sentimente de antipatie și ostilitate. Astfel, propriile sale sentimente de antipatie pot apărea ca justificate și devin mai ușor de suportat.

Regresia este adoptarea inconștientă a unui tip de comportament corespunzător unui stadiu de dezvoltare anterior. Apare adesea la persoane cu boli somatice, care adoptă o dependență copilărească față de surori și față de medic. În timpul perioadei acute a afecțiunii, această dependență reprezintă, de cele mai multe ori, un răspuns adaptativ cu ajutorul căruia pacientul acceptă mai ușor exigențele tratamentului și îngrijirile intensive. Totuși, dacă persistă, regresia poate stînjeni refacerea completă.

Formarea reactivă (reaction formation) este adoptarea inconștientă a unui comportament opus celui care ar reflecta adevăratele sentimente și intenții ale persoanei. De exemplu, o atitudine excesiv de afectată, atunci cînd în conversație, în cărți sau în mass-media se vorbește despre contactul sexual, poate apărea tocmai la o persoană cu impulsuri sexuale puternice, pe care nu și le poate accepta în mod conștient.

Deplasarea este procesul inconștient de transferare a emoției de la obiectul (sau situația) de care este într-adevăr legată, către un altul care va pricinui mai puțină suferință. Astfel, după moartea recentă a soției, un bărbat îl poate acuza pe medicul de familie că nu i-a dat tratamentul adecvat, în loc de a se acuza pe sine pentru atenția mai mare pe care a dat-o treburilor lui decît nevoilor soției, în ultimele ei luni de viață.

Raționalizarea este furnizarea inconștientă a unei explicații false, dar acceptabile, pentru un comportament care are alte origini, mai greu de acceptat. De exemplu, un bărbat își "justifica" comportamentul susținînd că, mergînd singur la spectacole și petreceri, fiind timidă, soția sa nu agrează astfel de situații.

Sublimarea este un concept înrudit, care se referă la devierea unor impulsuri inacceptabile prin supape acceptabile; de exemplu, canalizarea sentimentelor de furie în direcția unor activități sportive viguroase, sau transformarea dorinței de a-i domina pe ceilalți în organizarea de acțiuni caritabile.

Identificarea este procesul inconștient de asumare a unora din caracteristicile sau activitățile altei persoane, adesea pentru a reduce durerea provocată de o pierdere sau separare. De exemplu, o văduvă poate continua munca făcută de soț în administrația locală, sau poate încerca să adopte modul de gîndire al acestuia.

RECOMANDĂRI BIBLIOGRAFICE

Jaspers, K. (1963). *General psychopathology*, trans. from the 7th German edition by J. Hoenig and M.W. Hamilton, Chapter I; Phenomenology. Manchester University Press. Manchester.

Scharfetter, C. (1980). *General psychopathology: an introduction*. Trans. from the German by H. Marshall. Cambridge University Press, Cambridge.

Schneider, K. (1949). The concept of delusion. Reprinted and translated in Hirsch, S.R. and Shepherd, M. (eds.) (1974). *Themes and variations in European psychiatry*. John Wright, Bristol.

Shepherd, M. and Zangwill, O.L. (eds.) (1983). *Handbook of psychiatry*, Vol. 1. Cambridge University Press.

Sims, A. (1988). *Symptoms in the mind; an introduction to descriptive psychopathology*. Baillière Tindall, London.

Wing, J.K., Cooper, J.E., and Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge University Press, Cambridge.

2 Anamneza, examenul clinic, foaia de observaţie

În psihiatrie, ca şi, în general, în medicină, diagnosticul corect se sprijină pe anamneză şi pe examenul clinic complet. În psihiatrie, însă, spre deosebire de restul medicinei, interviul este folosit nu numai pentru cunoaşterea istoricului, ci şi ca o cale de evidenţiere a semnelor clinice. De aceea, acest capitol începe cu o prezentare a tehnicii interviului. Dacă această prezentare se concentrează asupra punctelor importante ale tehnicii, nu trebuie uitat, în acelaşi timp, că intervievarea este o deprindere practică ce nu se poate dobîndi decît realizînd interviuri sub îndrumare şi urmărind felul în care lucrează practicieni experimentaţi.

Secţiunea următoare arată o modalitate de interviu folosită pe scară largă şi eficientă. Există, desigur, şi alte căi eficiente de a conduce un interviu. Oricare ar fi modalitatea, important este ca psihiatrul să aibă scopuri bine definite şi un plan clar pentru atingerea acestora.

Interviul diagnostic

Înainte de începerea interviului, anumite cerinţe preliminare trebuie satisfăcute. Interviul se va desfăşura fără întreruperi şi într-o cameră suficient de izolată fonic. Pentru a se simţi în largul lui şi nu obiect al unei cercetări, pacientul nu va fi aşezat faţă în faţă cu medicul, sau pe un scaun scund, încît să fie silit să privească în sus. În timpul interviului diagnostic, medicul va sta la o masă de scris, pentru a nota (cerinţele interviului psihoterapeutic sînt mai puţin formale, atît terapeutul, cît şi pacientul putînd sta în fotolii). Psihiatrul nu va încerca să memoreze interviul şi să noteze după, căci acest procedeu ia mult timp şi este lipsit de acurateţe. Pentru a nota într-un mod cît mai discret, medicul va aşeza pacientul la stînga sa (dacă este dreptaci), la una din laturile biroului. Atmosfera va fi astfel îndeajuns de degajată, iar medicul, în timp ce scrie, îşi va putea urmări pacientul.

Prima întîlnire cu pacientul este importantă. Medicul îşi va întîmpina pacientul cu bunăvoinţă, pronunţîndu-i numele şi se va prezenta. Dacă pacientul este însoţit de un altul, este bine ca medicul să-l primească la fel şi pe cel de-al doilea şi să-i explice cît timp are de aşteptat pînă să i se ia interviul. Dacă pacientul este văzut la cererea unui generalist, psihiatrul va vorbi despre scrisoarea pe care acesta i-a scris-o, fără a dezvălui, însă, în detaliu, conţinutul ei.

Medicul va explica felul în care are de gînd să procedeze, de exemplu: "Întîi aş vrea să-mi spuneţi care sînt necazurile dumneavoastră acum. Numai după ce am să fiu sigur că le-am înţeles, vă voi întreba cum au început". Apoi pune o întrebare deschisă, ca: "Spuneţi-mi ce vă supără", sau "Ce aţi observat că nu merge bine?", încurajînd pacientul să vorbească liber cîteva minute. În acest timp, medicul observă două lucruri - *cum* vorbeşte pacientul şi *ce* are el de spus. Astfel el va putea hotărî cum să conducă interviul şi ce anume să întrebe.

Pentru a hotărî modalitatea interviului, medicul observă dacă pacientul pare sau nu cooperant, relaxat, sau capabil să-şi exprime corect ideile. Anxietatea exagerată a pacientului este cea mai frecventă dificultate. Medicul trebuie atunci să vadă dacă această anxietate este parte a tabloului clinic, sau numai expresia temerii de a se adresa unui psihiatru. În cel ce-al doilea caz, medicul va aloca timp discutării temerilor

pacientului, înainte de reluarea interviului propriu-zis. De obicei, încurajarea și abordarea calmă și răbdătoare duc la liniștirea pacientului.

Uneori pacientul pare necooperant, chiar ofensat, atunci cînd începe să vorbească. Aceasta poate să însemne că interviul are loc împotriva voinței sale: de exemplu, pacientul s-a prezentat la îndemnurile soției, sau este văzut de psihiatru după internarea într-o secție de psihiatrie a unui spital general, pentru supradozare medicamentoasă. În situații de acest fel, medicul va vorbi despre circumstanțele consultului și va încerca să convingă pacientul că interviul este spre binele lui. Sînt și alte motive pentru care un pacient se poate arăta iritat. Unii reacționează cu ostilitate cînd sînt anxioși, alții, depresivi sau schizofreni, par necooperanți pentru că nu se consideră bolnavi. Uneori pacientul este incapabil de a da răspunsuri adecvate din cauza unei tulburări de conștiință. Cînd există această supoziție, trebuie testate orientarea, concentrarea și memoria, iar dacă tulburarea de conștiință se confirmă, medicul va discuta cu un aparținător înainte de a relua interviul cu pacientul.

Dacă astfel de dificultăți imediate nu există, medicul trebuie să aprecieze dacă pot sau nu apărea alte obstacole în conducerea eficientă a interviului. Unii pacienți, de exemplu cei care reușesc în afaceri, încearcă să domine interviul, mai ales dacă medicul este mai tînăr decît ei. Alții sînt peste măsură de familiari, ceea ce riscă să transforme interviul într-o conversație oarecare. În ambele cazuri, medicul va explica de ce interviul trebuie dirijat spre problemele importante.

După cum s-a mai spus, medicul, în timp ce ascultă primele remarci ale pacientului, se gîndește la întrebările pe care le va pune. Acestea trebuie să privească întîi și întîi aprofundarea naturii simptomelor actuale ale pacientului. O greșeală obișnuită constă în a întreba despre succesiunea în timp a simptomelor, înainte de a fi fost stabilită clar natura acestora. De exemplu, unii pacienți afirmă că sînt deprimați, dar o cercetare mai amănunțită arată că ceea ce ei trăiesc este mai degrabă anxietate decît depresie. Dacă există vreo îndoială, i se va cere pacientului să-și exemplifice trăirile. Medicul trebuie să înțeleagă limpede natura simptomelor, înainte de a pune întrebări despre evoluția acestora și despre factorii care duc la agravare sau ameliorare.

După ce toate acuzele actuale au fost astfel explorate, urmează întrebări directe, referitoare la simptome înrudite. De exemplu, un pacient cu sentimente depresive va fi întrebat despre planurile sale de viitor, despre somn, apetit etc. Întrebările complementare fiecărui simptom actual se deprind din lectura capitolelor referitoare la simptomele psihiatrice din acest manual.

Urmează întrebările despre modalitatea de debut și evoluția fiecărei acuze, inclusiv exacerbările și perioadele de remisie parțială. Uneori o insistență deosebită poate fi necesară pentru a afla data debutului, dată care uneori trebuie legată de acele evenimente pe care pacientul și le poate aduce bine aminte (de exemplu: înainte sau după ziua dvs. de naștere?; toate acestea au început înainte de Crăciun?)

Reglarea interviului

Pe măsură ce interviul continuă, medicul trebuie să mențină discuția în jurul punctelor importante, aducîndu-l pe pacient înapoi la subiect atunci cînd el se îndepărtează. Făcînd acest lucru, medicul trebuie să utilizeze cît mai puține întrebări dirijate sau închise (întrebarea dirijată este cea care sugerează răspunsul; întrebarea închisă permite numai răspunsul prin da sau nu, blocînd astfel informațiile spontane). De exemplu, în locul întrebării închise "sînteți fericit în căsătorie?" medicul ar putea spune "cum vă merge împreună, dumneavoastră și soției?". Dacă, la un moment dat, nu poate fi evitată o întrebare închisă, i se va cere pacientului, în plus, un exemplu.

Pacienții taciturni pot fi adesea încurajați să vorbească mai liber dacă medicul se arată, prin atitudinea sa, preocupat (de exemplu, înclinîndu-se puțin spre pacient cu atenție). Este însă mai greu de stăpînit un pacient peste măsură de vorbăreț. Uneori medicul este nevoit să aștepte producerea unei pauze spontane în fluxul verbal al acestuia, pentru a putea interveni propunîndu-i ca, din cînd în cînd, să accepte să fie întrerupt, deoarece timpul este limitat și trebuie lămurite întîi chestiunile privitoare la tratament. Dacă propunerea este făcută cu tact, pacientul, de obicei, o acceptă și se simte chiar mai relaxat.

Deși întrebările directe referitoare la diferitele funcții psihice sînt indispensabile, nu este mai puțin important ca pacientul să fie lăsat să vorbească spontan, căci el poate oferi astfel informații neașteptate. Vorbirea spontană este încurajată nu atît prin întrebări, cît prin stimulare, de pildă prin repetarea, cu un ton întrebător, a răspunsurilor pacientului, sau prin anumite gesturi și atitudini. De asemenea, înainte de terminarea interviului, este binevenită o întrebare generală ca "Mai este ceva ce ați dori să-mi spuneți?"

Anamneza

Ori de cîte ori este posibil, istoricul relatat de pacient va fi completat cu informații de la o rudă apropiată sau de la o altă persoană care-l cunoaște bine. Acest lucru este mult mai important în psihiatrie decît în restul medicinei, deoarece bolnavii psihici nu sînt întotdeauna conștienți de amploarea simptomatologiei lor. De exemplu, un pacient cu manie poate să nu realizeze toate încurcăturile pe care le provoacă comportamentul său social extravagant, sau un pacient cu demență poate să nu înțeleagă cît de mult s-a deteriorat activitatea sa profesională. Pe de altă parte, există pacienți care-și cunosc problemele, dar nu vor să le dezvăluie; de pildă alcoolicii, care adesea nu spun ce cantitate de băutură consumă. De asemenea, cînd se evaluează personalitatea, pacienții și rudele fac, de multe ori, relatări cu totul diferite în ceea ce privește caracteristici ca iritabilitatea, trăsăturile obsesive și gelozia.

Istoricul va fi întotdeauna consemnat sistematic și în aceeași ordine, pentru a avea certitudinea că punctele importante nu au fost uitate de către psihiatru și pentru a ușura accesul colegilor la aceste informații. Totuși, nu este mereu posibil ca, de la fiecare pacient, datele să fie adunate în aceeași ordine. Este nevoie și de o anumită flexibilitate pentru ca pacientul să nu se simtă constrîns.

În această secțiune este dată o schemă standard de alcătuire a istoricului, sub forma unei liste de puncte ce trebuie parcurse. Începătorul o va folosi ca pe un ghid, iar psihiatrul mai experimentat își va aminti, cu ajutorul ei, la nevoie, toate punctele care formează un istoric complet. Oricum, nu este nici necesar și nici posibil ca toate aceste întrebări să fie puse fiecărui pacient. Bunul simț va hotărî, în funcție de pacient, cît de departe trebuie explorat fiecare punct. Începătorul va învăța din experiență cum să-și adapteze întrebările la problemele care se ivesc în cursul interviului. Pentru aceasta el trebuie să nu uite că, la sfîrșitul interviului, are de luat o decizie asupra diagnosticului și tratamentului.

Schema de mai jos este urmată de note explicînd importanța și modul de înregistrare corespunzător fiecărui punct. Apoi, evaluarea personalității este discutată mai detaliat.

Pentru a putea fi ușor consultată, schema este prezentată simplu, ca o listă de titluri și paragrafe. Deoarece este necesar ca începătorul să înțeleagă, pentru fiecare din acestea, atît importanța, cît și modul de înregistrare, se recomandă ca schema și notele să fie studiate împreună.

Schema anamnezei

Aparținătorul (Informant)

Nume, relația cu pacientul, gradul de intimitate, de cînd îl cunoaște. Impresia medicului în legătură cu încrederea care se poate acorda.

Cine și de ce trimite

Afecțiunea actuală

Simptomele, cu durata și modul de debut al fiecăruia. Legătura în timp între simptome, afecțiuni somatice și factori psihologici sau sociali. Consecințele asupra lucrului, funcționării și relațiilor în societate. Tulburări asociate ale somnului, apetitului și instinctelor sexuale. Orice tratament dat de alți medici.

Anamneza familială

Tatăl: vîrsta în prezent sau în momentul decesului (dacă este decedat, cauza decesului). Starea sănătății, ocupația, personalitatea, calitatea relațiilor cu pacientul. **Mama:** aceleași puncte. **Frați:** nume, vîrstă, stare civilă, ocupație, personalitate, afecțiuni psihice, calitatea relațiilor cu pacientul. **Poziția socială a familiei** - atmosfera în casă.

Afecțiuni mintale în familie - tulburări psihice, tulburări de personalitate, epilepsie, alcoolism. Alte tulburări neurologice sau medicale importante (de exemplu coreea Huntington).

Datele personale

Primele faze ale dezvoltării: anomalii în timpul vieții intrauterine și la naștere. Dificultăți în dobîndirea primelor deprinderi și întîrzieri în învățarea mersului, vorbirii, controlului sfincterian etc. **Starea sănătății în copilărie:** afecțiuni grave, în special cele cu atingere a sistemului nervos central, inclusiv convulsiile febrile. **"Probleme nervoase" în copilărie:** spaime, accese de furie, timiditate, balbism, înroșirea feței, capricii alimentare, somnambulism, enurezis, coșmaruri frecvente (deși semnificația acestor comportamente este îndoielnică, pag.132) **Școlarizare:** vîrsta începerii și terminării fiecărei școli. Școlile urmate. Rezultate. Sport și alte realizări. Relații cu profesorii și colegii. **Studii superioare:** întrebări asemănătoare. **Ocupații:** lista cronologică a slujbelor, cu motivația schimbărilor acestora. Situația financiară actuală, satisfacții în muncă. **Serviciu militar și participare la război:** avansări și distincții. Probleme de disciplină. Serviciu militar în străinătate.

Istoricul menstruației: vîrsta menarhăi, atitudinea față de menstruație, dismenoree, tensiune premenstruală, vîrsta menopauzei cu orice simptom însoțitor, data ultimei menstruații. **Istoricul cuplului:** vîrsta în momentul căsătoriei. Cît timp și-a cunoscut partenerul (partenera) înainte de căsătorie și durata logodnei. Relații și logodne anterioare. Vîrsta actuală, ocupația, starea de sănătate și personalitatea soțului (soției). Calitatea vieții maritale.

Istoricul activității sexuale: atitudinea față de sex. Experiențe heterosexuale și homosexuale. Practicile sexuale actuale, contracepție.

Copii: nume, sex, vîrstă. Data fiecărui avort sau născut mort. Temperament, dezvoltare afectivă, sănătate fizică și mintală a copiilor.

Starea socială actuală

Locuință, gospodărie, probleme financiare

Problemele medicale anterioare

Afecţiuni, operaţii, accidente.

Afecţiunile psihice anterioare

Natura şi durata afecţiunilor. Data, durata şi natura oricărui tratament. Spitalizări: numele spitalelor şi ale medicilor curanţi. Evoluţie.

Personalitatea premorbidă

Relaţii: prietenii, puţine sau multe, superficiale sau strînse. Relaţii cu colegii de muncă şi superiorii. **Folosirea timpului liber:** pasiuni şi curiozităţi, membru în societăţi şi cluburi. **Dispoziţia predominantă:** anxios, îngrijorat, vesel, deznădăjduit, optimist, pesimist, disprețuitor sau prea încrezător faţă de sine. Stăpînită sau demonstrativă. Stabilă sau fluctuantă. **Caracter:** sensibil, rezervat, timid, sperios, suspicios, gelos, resentimentar; certăreţ, iritabil, impulsiv, egoist, egocentric; timid, rezervat, sperios, stîngaci, neîncrezător în sine; dependent; riguros, aferat, rigid, meticulos, punctual, excesiv de ordonat. **Atitudini şi norme:** moral şi religios. Atitudinea faţă de sănătate şi faţă de propriul corp. **Obiceiuri:** mîncare, alcool, tutun, medicamente.

Note asupra istoricului

Schema redată mai sus a prezentat lista punctelor ce trebuie avute în vedere pentru o anamneză completă, dar nu spune de ce aceste puncte sînt importante, sau ce dificultăţi pot apărea în cursul evidenţierii acestora.

Motivul trimiterii

Formulaţi în limbaj obişnuit motivul pentru care pacientul a fost trimis, de ex: "Depresie severă care nu a răspuns la tratamentul medicamentos".

Afecţiunea actuală

La pacienţii externi este, de obicei, mai bine ca acest punct să fie avut în vedere înaintea celorlaltora, deoarece pacientul, de cele mai multe ori, vrea să înceapă prin a vorbi despre suferinţa lui. În cazul pacienţilor internaţi, însă, medicul poate dispune deja de informaţii substanţiale despre afecţiunea prezentă, fie de la medicii care au tratat-o înainte de actuala internare, fie de la aparţinători. În aceste situaţii, medicul poate începe - dacă i se pare preferabil - cu datele personale şi anămneza familială.

Notaţi întotdeauna care dintre acuze au fost exprimate în mod voluntar de către pacienţi şi care au fost puse în evidenţă prin întrebări. Înregistraţi durata şi severitatea fiecărui simptom, cum a început şi ce evoluţie a avut (intensificare gradată; diminuare în trepte; nemodificat; intermitent). Indicaţi care dintre simptome au evoluat împreună şi care au avut un curs independent (de exemplu, este posibil ca ideile şi ritualurile obsesive să fi avut o evoluţie comună, peste care dispoziţia depresivă să se fi adăugat recent). Fiecare tratament luat în ultimul timp va fi consemnat, împreună cu efectele constatate. Dacă un medicament nu s-a dovedit util, notaţi dacă a fost sau nu luat în doza necesară.

Anamneza familială

Prezenţa afecţiunii psihice la părinţi sau fraţi sugerează că afecţiunea pacientului poate fi, în parte, ereditară. Personalitatea şi atitudinile părinţilor sînt importante, pentru că familia este mediul în care pacientul a crescut. La fel este separarea de

părinți, oricare ar fi motivul. Întrebați despre relațiile dintre părinți, de ex. dacă au existat certuri frecvente. Întrebați despre separări, divorț și recăsătoriri. Rivalitatea dintre frați poate fi importantă, ca și favorizarea unuia dintre frați de către părinți. Ocupația și rangul social al părinților reflectă circumstanțele materiale ale copilăriei pacientului.

Este posibil ca evenimente recente din familie să fi reprezentat factori de stres pentru pacient. O boală severă a unuia din părinți, divorțul unuia din frați pot constitui probleme importante pentru ceilalți membri ai familiei. În fine, anamneza familială poate explica preocupări sau griji ale pacientului legate de el însuși. De exemplu, preocuparea excesivă pentru durerile de cap poate fi explicată, în parte, prin faptul că un frate mai mare al pacientului a murit de tumoră cerebrală.

Datele personale

Sarcină și nașteri: evenimentele din timpul vieții intrauterine sînt uneori importante, mai ales în cazul pacienților cu handicap mintal. O sarcină nedorită poate fi urmată de o relație insuficientă între mamă și copil. De asemenea, probleme serioase apărute în timpul nașterii pot fi, uneori, cauza deficitului intelectual.

Primele faze ale dezvoltării: puțini pacienți știu dacă trecerea lor prin aceste stadii a fost normală. Totuși, datele respective sînt mai importante dacă pacientul este copil sau adolescent, caz în care informațiile sînt obținute, de obicei, de la părinți. Aceeași problemă se pune în cazul handicapului mintal, cînd, pe lîngă relațiile pe care le dau părinții sau rudele, este bine să fie consultate documentele medicale anterioare. (Un sumar al principalelor jaloane în dezvoltarea copilului poate fi găsit în Capitolul 20).

Va fi notată, de asemenea, orice perioadă prelungită în care pacientul a fost despărțit de mama sa, de ex. în timpul unei îmbolnăviri. Efectele unei astfel de separări sînt foarte variate (vezi Capitolul 20) și este important să se ia legătura cu cineva în măsură să spună dacă, în acea perioadă, pacientul a fost afectat și cît a durat starea respectivă.

Starea sănătății în copilărie: este de mică însemnătate înregistrarea unor afecțiuni minore, ca varicela necomplicată; dimpotrivă, sînt necesare întrebări despre antecedente ca encefalita, convulsiile, sau orice afecțiune care a dus la o internare sau invaliditate prelungită.

Trăsături nevrotice precoce: în mod convențional se pun întrebări despre simptome ca : spaime, somnambulism, timiditate, balbism, capricii alimentare. Totuși nu există dovezi că aceste comportamente ale copilului sînt precursoare ale nevrozelor adultului.

Școlarizarea: informațiile din acest domeniu dau indicații nu numai asupra inteligenței, cunoștințelor, ci și asupra nivelului de inserție socială. Trebuie notate atît tipul de școală, cît și rezultatele obținute la examene. De asemenea, dacă în acest timp pacientul a avut prieteni și dacă a fost simpatizat; dacă a participat la jocuri sportive și cu ce rezultate; în ce relații a fost cu profesorii. Se pun întrebări similare și cu privire la **studiile superioare.**

Istoricul ocupațional: informațiile despre ocupația actuală ajută la înțelegerea condițiilor în care trăiește pacientul, inclusiv eventualii factori de stres la locul de muncă. Lista ocupațiilor anterioare are importanță în primul rînd pentru evaluarea personalității. Dacă pacientul a fost angajat în mai multe locuri, trebuie aflate motivele fiecărei schimbări. Concedierile repetate pot reflecta o personalitate dificilă, agresivă, sau alte trăsături anormale (deși există, bineînțeles, multe alte motive de concedieri repetate). Cînd fiecare ocupație este inferioară celei precedente trebuie avută în

vedere scăderea eficienței cauzată de afecțiuni mintale cronice sau de alcoolism. Relațiile cu colegii, superiorii sau subalternii ajută la evaluarea personalității.

Dacă pacientul a făcut serviciul militar sau a lucrat în străinătate, trebuie puse întrebări și obținute detalii despre apariția ulterioară (eventuală) a unei boli tropicale.

Istoricul menstruației: de obicei se pun întrebări despre vîrsta primei menstruații și despre primele noțiuni pe care pacienta le-a primit despre menstruație. Aceste întrebări erau mai importante înainte, cînd ignoranța în ceea ce privește problemele sexuale era larg răspîndită și cînd apariția neașteptată a ciclului la o fată nepregătită putea da naștere la anxietăți durabile. Astăzi, în Marea Britanie, lucrul acesta se întîmplă rar, cu excepția cîtorva grupuri de imigranți. Aceste informații rămîn mai importante, deci, în cazul imigranților și pentru medicii care lucrează în străinătate. Ori de cîte ori este nevoie, se vor investiga aspectele actuale ale funcției menstruale. Trebuie identificate menoragia, dismenoreea, tensiunea pre-menstruală, iar, la femeile de vîrstă mijlocie, menopauza. Va fi, de asemenea, notată data ultimei menstruații.

Istoricul cuplului: sînt importante atît relațiile conjugale actuale, cît și legăturile anterioare mai importante cu parteneri de sex opus. Relațiile sexuale fac obiectul paragrafului următor: aici interesează aspectele legate de personalitate. Ruperea frecventă a legăturilor înainte de căsătorie poate, de exemplu, reflecta o tulburare de personalitate. Atitudinea pacientului față de căsătoria actuală poate fi determinată de o relație anterioară; astfel, dacă mariajul anterior a eșuat din cauza infidelității soțului, soția poate reacționa exagerat la dificultăți minore apărute în a doua căsătorie.

Ocupația, personalitatea, sănătatea soțului (soției), ca factori de mediu familial, sînt informații de o importanță evidentă. Problemele actuale pot fi, adesea, înțelese mai bine dacă încercăm să aflăm ceea ce fiecare din parteneri a așteptat, inițial, de la căsătorie. Sînt, de asemenea, utile informațiile despre împărțirea responsabilităților și a deciziilor între soți. Datele de naștere ale copiilor, sau datele eventualelor avorturi pot indica dacă mariajul a fost sau nu determinat de graviditate.

Istoricul activității sexuale: în mod obișnuit se începe cu întrebări despre felul în care pacientul a aflat primele lucruri legate de sex. Informațiile obținute astfel erau mai degrabă utile atunci cînd ignoranța în problemele sexuale era mult mai răspîndită decît astăzi.

În istoricul activității sexuale, bunul simț va hotărî cît de multe întrebări trebuie puse fiecărui pacient. De exemplu, informațiile amănunțite cu privire la tehnicile sexuale și la masturbație pot fi esențiale în anamneza persoanelor care suferă de impotență sexuală, dar, pentru restul pacienților, rămîne important de aflat doar dacă viața lor sexuală este satisfăcătoare sau nu. Numai existența unor probleme sociale face necesară investigarea tuturor detaliilor. Trebuie judecate bine momentul optim și gradul de detaliere al întrebărilor despre homosexualitate.

În final se vor pune întrebări despre metodele de contracepție și, dacă este cazul, despre dorința pacientului de a avea copii.

Copii: sarcinile, nașterile, avorturile (spontane sau provocate) sînt evenimente importante, asociate uneori cu reacții psihologice adverse ale mamei. Informațiile despre copiii pacientului sînt relevante pentru problemele actuale și pentru tipul de viață familială. Cum mulți copii pot fi afectați, indirect, de bolile părinților, trebuie aflat dacă o femeie sever deprimată crește copii, sau dacă un bărbat alcoolic și violent trăiește împreună cu copiii săi. La internarea unei femei este important de aflat dacă are în îngrijire copii de vîrstă mică și, la nevoie, se vor căuta modalități de îngrijire a lor pe timpul internării mamei.Este o responsabilitate evidentă, dar, uneori, trecută cu vederea.

Afecțiunile anterioare: trebuie cunoscute tratamentele medicale și chirurgicale anterioare și, în mod special, afecțiunile mintale. Pacienții sau aparținătorii lor își pot aminti unele simptome ale afecțiunii, sau unele din măsurile terapeutice. Totuși, detaliile de diagnostic și tratament nu pot fi, de obicei, obținute decît de la medicii care l-au tratat pe pacient la momentul respectiv. În psihiatrie, natura afecțiunii anterioare este un ghid important pentru tulburarea actuală și, de aceea, informațiile obținute de la alte spitale sînt, aproape întotdeauna, binevenite.

Condițiile de viață actuale: întrebările despre locuință, gospodărie, situația financiară ajută la înțelegerea circumstanțelor în care trăiește pacientul, a aspectelor din viața sa care pot reprezenta factori de stres și a modului în care afecțiunea actuală se poate repercuta asupra acestora. Nu se poate formula o regulă generală despre cantitatea de informații care trebuie obținute, aceasta rămînînd o problemă de bun simț.

Evaluarea personalității

Diferite aspecte ale personalității pacientului pot fi puse în evidență fie întrebîndu-l pe pacient cum se apreciază el însuși, fie stînd de vorbă cu persoane care-l cunosc bine, fie observîndu-i comportamentul în timpul interviului. Atenția prea mare față de felul în care pacientul se autoevaluează poate constitui o sursă de greșeli. Unii își fac o prezentare favorabilă nejustificată; de ex. personalitățile antisociale pot ascunde dimensiunile necinstei sau ale comportamentului lor agresiv. Invers, pacienții depresivi se judecă, adesea, pe ei înșiși, cu prea mare severitate, ca oameni incapabili, egoiști, sau care nu prezintă încredere, afirmații care nu sînt confirmate de cei din jurul lor. De aceea intervievarea celorlalți rămîne esențială și trebuie făcută ori de cîte ori este posibil.

Modul de comportament în situații deosebite constituie un bun indicator al personalității, fie că informațiile sînt obținute direct de la pacient, fie de la cei apropiați lui. De ex., dacă un pacient spune că se simte sigur pe el, e util să aflăm cum se comportă atunci cînd este pus în situația de a-i convinge pe alții, sau de a vorbi în public. De asemenea, personalitatea poate fi evaluată prin întrebări despre momentele de schimbare a rolului social, precum terminarea școlii, prima angajare, căsătoria, nașterea primului copil.

Cînd se evaluează personalitatea pacientului pornind de la comportamentul în timpul interviului, este esențial să fie avute în vedere efectele posibile ale afecțiunii psihice. Astfel, o persoană în mod normal stăpînă pe sine și sociabilă poate apărea, în depresie, ca temătoare și nesigură pe propriile-i puteri.

Oricare ar fi sursa informațiilor, este important să fie căutate atît părțile tari ale personalității pacientului, cît și slăbiciunile.

Investigarea personalității dă rezultate cu atît mai bune cu cît este mai sistematică. Schema redată la p.33 este larg folosită și acoperă principalele zone de interes în clinică. Punctele de mai jos se referă la interviul cu pacientul, dar pot fi adaptate și interviului cu aparținătorii.

Evaluarea începe prin întrebări despre **relațiile** cu prietenii și cu colegii de muncă. Pacientul este timid, sau își face cu ușurință prieteni? Sînt aceste prietenii strînse și durabile? Modul în care este petrecut **timpul liber** poate pune în evidență aspecte importante ale personalității, nu numai prin reflectarea intereselor persoanei, ci și prin sublinierea preferințelor fie pentru societate, fie pentru singurătate, precum și a nivelului de energie și de resurse fizice și psihice.

Urmează cercetarea **dispoziției.** Trebuie aflat dacă pacientul este, în general, vesel sau întunecat; dacă există schimbări apreciabile ale dispoziției; dacă da, cît de repede

apar, cît timp durează și în ce măsură sînt precedate de anumite evenimente? Pacientul își manifestă sau își ascunde emoțiile?

Caracterul: cîteva impresii asupra acestui punct vor fi fost deja adunate în timpul culegerii datelor personale. Investigarea trebuie, însă, dusă mai departe; de exemplu, întrebînd dacă pacientul este: rezervat, timid, sperios sau stîngaci; sensibil sau suspicios, răzbunător sau gelos; iritabil, impulsiv sau cverulent; egoist sau egocentric; neîncrezător în sine; riguros, aferat, rigid, meticulos, punctual sau excesiv de ordonat.

Acestea sînt, mai ales, trăsături de caracter negative, dar, după cum s-a mai spus, este la fel de important să întrebăm și despre cele pozitive. Nu este indicat să fie parcursă, cu fiecare pacient, o listă completă; pe măsură ce imaginea pacientului se întregește, simțul practic va hotărî unde anume trebuie insistat. Este bine de știut, totuși, de cîtă mobilitate și elasticitate poate da dovadă fiecare pacient în fața adversităților.

Răspunsurile nu vor fi luate întotdeauna ca atare; de ex., la întrebările despre ușurința cu care apar sau nu accesele de furie, un răspuns ca "nu sînt niciodată furios" nu va fi acceptat pur și simplu, ci se va continua cu observația, de pildă, că oricine, în anumite momente, are sentimente de furie și cu întrebări mai țintite ca: "ce anume v-ar putea face să vă pierdeți calmul?" Trebuie, de asemenea, aflat dacă pacientul își manifestă sau își stăpînește furia; iar, dacă și-o manifestă, cum (prin cuvinte violente, sau prin acte). Dacă, dimpotrivă, se abține, va fi întrebat ce resimte în acele momente.

Atitudini și norme: în această parte a interviului se pun întrebări despre propriul corp, sănătate și boală, precum și despre normele religioase și morale. Culegerea datelor personale va fi furnizat, deja, cîteva indicații asupra acestor probleme, așa încît un chestionar extensiv este rareori necesar.

Obiceiuri: această ultimă secțiune se ocupă cu deprinderile legate de tutun, alcool și medicamente.

Examinarea stării mintale

În cursul alcătuirii istoricului au fost notate simptomele pe care pacientul le-a avut pînă în momentul consultației. Examinarea stării mintale se ocupă cu comportamentul și simptomele actuale ale pacientului. De aceea există un grad de suprapunere între istoric și starea mintală, mai ales în ceea ce privește dispoziția, ideile delirante și halucinațiile. Dacă pacientul este deja internat, vor fi, de asemenea, și unele suprapuneri între examinarea stării mintale și observațiile făcute de surori și de ergoterapeuți asupra comportamentului pacientului în afara cabinetului de consultații. Psihiatrul trebuie să fie deosebit de atent la relatările personalului, relatări care sînt uneori mai revelatoare decît observațiile făcute de el în timpul relativ scurt al examinării stării mintale. De exemplu, un pacient poate nega halucinațiile, în timpul interviului, pentru ca surorile să-l observe, apoi, vorbind singur, în mod repetat, ca și cum ar răspunde unor voci. Pe de altă parte, prin examinarea stării mintale, pot fi obținute informații nedescoperite cu alte prilejuri, de exemplu intenții suicidare la un pacient depresiv.

Paragrafele următoare descriu examinarea stării mintale. Simptomele și semnele sînt cele care au fost descrise în Capitolul 1. Aceste descrieri vor fi repetate numai dacă există un motiv special. Îndeplinirea unei examinări a stării mintale este o deprindere practică ce poate fi dobîndită numai prin urmărirea interviurilor realizate de practicieni experimentați și prin efectuarea de interviuri sub supraveghere. Pe măsură ce dobîndește pricepere, psihiatrului în formare îi va fi utilă consultarea lucrării mai detaliate a lui Leff și Isaacs (1978) și studierea schemei standardizate

descrise de Wing și colab. (1974) - Examinarea Stării Prezente.

Examinarea stării mintale urmărește titlurile din Tabelul 2.1.

Tabelul 2.1. Sumarul examinării stării mintale

Comportamentul
Vorbirea
Dispoziția
Depersonalizarea, derealizarea
Fenomenele obsesive
Ideile delirante
Halucinațiile și iluziile
Orientarea
Atenția și concentrarea
Memoria
Conștiința bolii

Aspectul și comportamentul

Deși examinarea stării mintale se ocupă, în oarecare măsură, de ceea ce spune pacientul, multe lucruri pot fi aflate și din observarea aspectului și comportamentului lui.

Aspectul general și vestimentația pacientului merită o observare atentă. Nepăsarea față de sine, manifestată în înfățișarea neîngrijită, murdară și în îmbrăcămintea șifonată, sugerează, printre altele: alcoolismul, dependența de drog, depresia, demența sau schizofrenia. Pacienții cu manie pot purta haine viu colorate, aparținînd unor stiluri diferite și neasortate, sau se îmbracă neîngrijit. Uneori, o ciudățenie în vestimentație poate da cheia diagnosticului: de exemplu, o glugă de ploaie purtată pe vreme însorită poate fi prima manifestare a credinței pacientului că razele de lumină sînt trimise spre capul său de către persecutori.

Aspectul corporal al pacientului va fi, de asemenea, notat. O înfățișare sugerînd pierderea ponderală recentă pune problema unei afecțiuni somatice, a anorexiei nervoase, a depresiei sau a nevrozei anxioase cronice.

Aspectul feței furnizează informații în legătură cu dispoziția. În depresie, trăsăturile cele mai caracteristice sînt lăsarea în jos a colțurilor buzelor, brăzdarea verticală a arcadei sprîncenoase, cu o ușoară ridicare a unghiului intern al fiecărei sprîncene. Pacienții anxioși au, în general, cute orizontale ale frunții, sprîncene ridicate, fante palpebrale lărgite și pupile dilatate. Deși depresia și anxietatea sînt deosebit de importante, observatorul va căuta manifestări ale întregii game afective, inclusiv euforia, iritabilitatea și furia; de asemenea, expresia imobilă, "înlemnită", a pacienților care iau medicamente cu efecte secundare de tip parkinsonian. Aspectul facial poate, de asemenea, sugera condiții somatice ca tireotoxicoza sau mixedemul.

Postura și mișcările reflectă, de asemenea, dispoziția. În mod caracteristic, un pacient deprimat stă cu trunchiul aplecat înainte, umerii lăsați în jos, privirea ațintită spre podea. Un pacient anxios are, de obicei, o poziție verticală a trunchiului, cu capul drept și stă așezat pe marginea scaunului, de care se prinde, în același timp, cu mîinile. Persoanele anxioase sau cu depresie agitată sînt sperioase, tremură adesea și nu au stare, își ating în permanență bijuteriile, își aranjează hainele, își mușcă unghiile. Maniacalii sînt hiperactivi și agitați.

Comportamentul social este important. Pacienții cu manie nu respectă uzanțele sociale și sînt nepotrivit de familiari cu oameni pe care nu-i cunosc bine. Cei cu

demență răspund uneori nepotrivit în diferite etape ale interviului, sau își continuă preocupările lor proprii, aparte, ca și cum interviul nu ar avea loc. Schizofrenii pot avea, în timpul interviului, un comportament ciudat; unii sînt hiperactivi și dezinhibați din punct de vedere social, alții retrași și absorbiți, alții agresivi. Pacienții cu tulburare de personalitate antisocială se pot, de asemenea, manifesta agresiv. Cînd consemnează comportamentul social anormal, psihiatrul trebuie să dea o descriere clară a ceea ce pacientul face. Vor fi evitați termenii generali (de ex. "bizar"), pentru că sînt săraci. În locul acestora va fi preferată descrierea.

În fine, nu vor fi scăpate din vedere anumite **tulburări neobișnuite ale comportamentului motor**, întîlnite mai ales în schizofrenie (pag.22). Este vorba de stereotipii, negativism, ecopraxie, ambitendință și flexibilitate ceroasă.

Trebuie, de asemenea, căutate semnele diskineziei tardive, o tulburare motorie întîlnită mai mult la bătrîni, în special femei, care au folosit, timp îndelungat, medicație antipsihotică (vezi p.512). Această tulburare se caracterizează prin mișcări de mestecare și sucțiune, grimase, precum și mișcări coreoatetozice la nivelul feței, membrelor și al mușchilor respiratori auxiliari.

Vorbirea

Modul de a vorbi al pacientului face obiectul acestei secțiuni, urmînd ca, mai departe, să fie examinat și conținutul spuselor sale. Întîi sînt evaluate **viteza și volumul** vorbirii. Vorbirea poate fi neobișnuit de rapidă, ca în manie, sau încetinită, ca în depresie. Pacienții cu depresie sau demență pot face pauze lungi înainte de a răspunde, iar aceste răspunsuri pot fi scurte, sărace în producție verbală spontană. Același lucru poate fi observat la persoanele timide sau cu grad redus de inteligență. Volumul vorbirii este crescut la maniacali și la unii pacienți anxioși.

Apoi vor fi observate **exprimările pacientului**, pentru depistarea unor **tulburări neobișnute**, care apar mai ales în schizofrenie. Se va nota dacă vreunul din cuvintele folosite este un neologism, adică un cuvînt privat, inventat de către pacient, adesea pentru a descrie experiențele sale morbide. Înainte de a afirma existența unui neologism, trebuie să fim siguri că nu este vorba de o simplă greșeală de pronunțare, sau de un cuvînt luat dintr-o limbă străină.

Urmează consemnarea **tulburărilor fluxului vorbirii**. Întreruperile bruște pot indica blocajul gîndirii, dar sînt, cel mai adesea, simplul efect al distragerii atenției. Diagnosticarea blocajului gîndirii fără ca acesta să fie prezent (pag.9) este o greșeală frecventă. Trecerea rapidă de la un subiect la altul sugerează fuga de idei, în timp ce prolixitatea generală și lipsa de fir logic pot indica acel tip de tulburare de gîndire caracteristic schizofreniei (pag.9). Este greu ca, în timpul interviului, să căpătăm certitudini cu privire la aceste tulburări și, de aceea, este adesea folositoare înregistrarea unui fragment de conversație, pentru o analiză ulterioară mai detaliată.

Dispoziția

Evaluarea dispoziției începe cu observațiile legate de comportament, descrise deja, și continuă cu întrebări directe, ca, de exemplu: "Cum vă simțiți, în general?", sau "În ce stare de spirit vă găsiți?"

Dacă este detectată o **depresie**, se vor pune mai departe întrebări despre: senzația de a fi pe punctul punctual de a izbucni în lacrimi (tendința la plîns, chiar dacă este actuală, este adesea negată de pacient), gîndurile pesimiste despre prezent, lipsa de speranță în ceea ce privește viitorul și sentimentele de vinovăție referitoare la trecut. Întrebări adecvate sînt, de exemplu: "Ce credeți că vi se va întîmpla în viitor?", sau "Vă considerați vinovat de ceva?".

Începătorii se tem adesea că, întrebînd despre suicid, pot sugestiona pacientul în direcția autolizei, dar nu există nici o dovadă care să îndreptățească această îngrijorare. Totuși, este bine ca abordarea acestei probleme să se facă treptat, începînd cu întrebarea: "V-ați gîndit că viața nu are valoare?" și continuînd, dacă este cazul, cu: "V-ați dorit vreodată să muriți?", sau "V-ați gîndit la vreo modalitate prin care să vă puneți capăt zilelor?".

Anxietatea poate fi evaluată complet prin întrebări despre simptomele somatice și gîndurile asociate stării afective respective. Acestea sînt discutate în detaliu în Capitolul 12; aici vor fi notate numai întrebările principale. Se va începe cu o întrebare generală, ca: "Ați observat să se întîmple ceva în corpul dumneavoastră, atunci cînd sînteți neliniștit?", după care se vor preciza manifestările specifice: palpitațiile, uscăciunea gurii, transpirațiile și alte diverse simptome legate de activitatea vegetativă și de tonusul muscular. Pentru detectarea ideației anxioase, se poate pune întrebarea: "Ce vă trece prin minte atunci cînd vă simțiți neliniștit?". Pacientul poate răspunde că este preocupat de gîndul că va leșina, că își va pierde controlul, sau că va înnebuni. Inevitabil, multe din aceste întrebări se suprapun parțial cu cele legate de istoric.

Întrebările referitoare la **exaltare** corespund cu cele despre depresie; se începe, de exemplu, cu "În ce stare de spirit vă găsiți?" și se continuă, dacă este nevoie, cu o întrebare directă, ca "Vă simțiți neobișnuit de bine dispus?". Dispoziția euforică este adesea însoțită de idei ce reflectă o încredere excesivă în sine însuși, o supraevaluare a propriilor capacități, precum și de planuri extravagante.

De asemenea, **dispoziția** va fi cercetată și din punctul de vedere al **fluctuațiilor** și al **concordanței.** Cînd variațiile sînt excesive, folosim termenul de dispoziție labilă; de exemplu, într-un anumit moment al interviului, pacientul pare descurajat pentru ca apoi să treacă rapid la o bună dispoziție normală sau exagerată. Orice lipsă prelungită a rezonanței afective, numită de obicei tocire sau aplatizare, va fi, de asemenea, notată.

La o persoană normală există un paralelism între dispoziție și principalele teme în discuție; omul are o înfățișare tristă dacă vorbește de întîmplări nefericite, este supărat atunci cînd își descrie necazurile și așa mai departe. Dispoziția care nu corespunde contextului este numită incongruentă; de exemplu, atunci cînd un pacient rîde povestind moartea mamei sale. Acest simptom este adesea diagnosticat fără motive suficiente și, de aceea, este importantă notarea lui sub formă de exemple. Cunoașterea mai bună a pacientului poate duce, mai tîrziu, la o altă explicație a acestui comportament; astfel, rîsul în timpul relatării unor evenimente triste poate fi rezultatul unui sentiment de jenă.

•

Depersonalizarea și derealizarea

Pacienții care au trăit stări de depersonalizare și derealizare le descriu, de obicei, cu dificultate; cei care nu au avut astfel de experiențe înțeleg adesea greșit întrebările și dau răspunsuri ce pot induce în eroare. De aceea este important să obținem relatări precise ale experienței trăite de pacient. Întrebări utile, cu care se poate începe, sînt: "Ați simțit vreodată că lucrurile din jurul dumneavoastră sînt ireale?" și "Ați simțit vreodată că dumneavoastră înșivă nu existați cu adevărat sau că părți din corpul dvs. sînt ireale?". Pacienții cu derealizare descriu adesea lucrurile din jur ca părînd artificiale și lipsite de viață; iar cei cu depersonalizare se descriu pe ei înșiși ca avînd un sentiment de detașare față de mediu, incapabili de a simți emoții, sau ca și cum ar juca un rol. Unii pacienți se folosesc de imagini pentru a-și exprima trăirile, de exemplu " ca și cum aș fi fost un robot"; astfel de descrieri trebuie deosebite cu atenție de ideile delirante. După ce pacientul

și-a relatat experiențele, i se va cere să le explice. Cei mai mulți nu găsesc nici o rațiune a acestor fenomene, cîțiva, însă, dau explicații delirante, de exemplu că toate acestea sînt provocate de un persecutor (afirmație ce va fi consemnată la rubrica pentru idei delirante).

Fenomenele obsesive

Vor fi avute în vedere, întîi, **gîndurile obsesive.** O întrebare potrivită este "Există gînduri care vă vin mereu în minte, chiar dacă vă străduiți să le îndepărtați?". Dacă pacientul răspunde "da", i se va cere un exemplu. Pacienților le este adesea rușine de propriile lor gînduri obsesive, mai ales de cele cu tematică violentă sau sexuală și, de aceea, este uneori necesară repetarea de mai multe ori a întrebărilor, cu o nuanță de simpatie și înțelegere. Gîndurile obsesive nu vor fi diagnosticate înainte de a avea certitudinea că pacientul le recunoaște ca ale sale (și nu implantate de către altcineva sau altceva).

Unele **ritualuri compulsive** pot fi observate din afară, altele, însă, se desfășoară în ascuns (de exemplu în gînd) și pot fi detectate numai prin efectele lor (de exemplu întreruperea conversației). Se pun întrebări ca: "Trebuie să verificați mereu acțiuni pe care, de fapt, știți că le-ați îndeplinit?", "Trebuie să repetați mereu lucruri pe care ceilalți oameni le fac doar o dată?" și "Trebuie să repetați, de mai multe ori, anumite acțiuni în exact același mod?". Dacă pacientul răspunde "da" la oricare din aceste întrebări, i se vor cere exemple concrete.

Ideile delirante (delusions)

Ideea delirantă este un simptom pentru care nu se pot formula întrebări directe, deoarece pacientul nu o recunoaște ca fiind diferită de alte credințe. Existența ideii delirante poate fi sugerată de informațiile date de aparținători, sau de anumite evenimente din viața pacientului. Pentru depistarea ideilor delirante este util să se înceapă prin a cere pacientului explicații despre alte simptome sau experiențe neplăcute pe care el le-a descris deja. De exemplu, un pacient care spune că viața nu mai merită să fie trăită, poate, în același timp, să creadă că este o persoană complet lipsită de valoare, plină de defecte, dăunătoare, fără viitor, deși, obiectiv, nu există nimic care să susțină aceste afirmații. Mulți pacienți își ascund ideile delirante cu abilitate, astfel că este nevoie de o atenție deosebită față de ocolișurile și eschivările din discursul pacientului, mai ales dacă alte indicii, precum schimbarea bruscă de subiect, lipsesc. Totuși, odată dezvăluită tema delirului, pacienții, adesea, intră în detalii fără să mai fie nevoie de insistențe prea mari din partea interlocutorului.

Odată revelate anumite idei despre care nu se poate spune cu certitudine dacă sînt sau nu delirante, medicul va trebui să determine fermitatea cu care acestea sînt susținute și, în acest scop, va avea nevoie de multă răbdare și tact, pentru a nu-și atrage ostilitatea pacientului. Este bine ca pacientul să simtă că este ascultat fără părtinire sau idei preconcepute, ci în mod firesc. Dacă, pentru a testa tăria convingerilor pacientului, medicul formulează opinii contrare, este preferabil să o facă sub formă interogativă, arătîndu-se curios, interesat, și nu să poarte o dispută pe bază de argumente și contraargumente. Pe de altă parte, nu trebuie să fie de acord cu ideile delirante ale pacientului.

Următorul pas constă în distingerea ideilor delirante de convingeri determinate cultural, lucru greu de făcut, uneori, atunci cînd pacientul aparține unei alte culturi sau este membru al unui grup religios insolit. În astfel de cazuri, îndoielile pot fi, de obicei, soluționate cu ajutorul unei persoane din aceeași zonă culturală sau de aceeași religie, persoană pe care să o putem întreba dacă ideile pacientului sînt sau

nu împărtășite și de alți oameni din acea cultură sau religie.

Recunoașterea unor **forme speciale de idei delirante** pune probleme deosebite. Ideile delirante de difuzare a gîndurilor trebuie diferențiate de credința că propriile gînduri pot fi deduse de către ceilalți din expresia feței sau din comportament. Pentru evidențierea acestor idei delirante, o întrebare adecvată este: "Credeți că alți oameni știu ce gîndiți, chiar dacă dumneavoastră nu v-ați pronunțat gîndurile cu voce tare?". O întrebare analogă, referitoare la ideile delirante de inserție a gîndirii, este: "Ați simțit vreodată că unele gînduri din mintea dvs. nu vă aparțineau, ci erau aduse din afară?". Pentru ideile delirante de furt al gîndirii este potrivită o întrebare ca: "Ați simțit vreodată că vă sînt scoase din cap gîndurile?". În fiecare din cazurile de mai sus, dacă pacientul răspunde "Da", i se vor cere exemple detaliate.

Ideile delirante de influență (control) pun probleme asemănătoare. Întrebări adecvate sînt: "Simțiți vreodată că o forță exterioară încearcă să vă ia în stăpînire?" sau "Simțiți vreodată că acțiunile dv. sînt controlate de o persoană sau de un lucru din afara dvs.?". Aceste experiențe sînt atît de departe de normal, încît unii pacienți nu înțeleg întrebările și răspund "da" avînd, de fapt, în minte convingerea filozofică sau religioasă că omul este stăpînit de Dumnezeu sau de diavol. Alții cred că întrebarea se referă la sentimentul de "pierdere a controlului" din stările anxioase extreme; unii pacienți cu schizofrenie spun "da", gîndindu-se la vocile cu caracter de comandă pe care le-au auzit. De aceea, răspunsurile afirmative ale pacienților trebuie urmate de întrebări suplimentare, prin care să fie eliminate toate aceste posibilități.

În fine, reamintim diversele **categorii de idei delirante** descrise în Capitolul 1, anume: de persecuție, de grandoare, de negație, hipocondriace, religioase, erotice, de relație, de vinovăție, de inutilitate și de gelozie. Trebuie făcută distincția între ideile delirante primare și secundare; nu vor fi scăpate de asemenea din vedere percepția și dispoziția delirantă, care pot preceda sau însoți apariția ideilor delirante.

Iluziile și halucinațiile

Întrebați despre halucinații, unii pacienți, gîndindu-se că sînt considerați nebuni, se simt ofensați. Investigarea va fi, de aceea, condusă cu tact și, la nevoie, oprită, atunci cînd bunul simț arată că nu se poate merge mai departe. Se poate pregăti terenul prin afirmații ca: "Unii oameni spun că, atunci cînd nervii le sînt zdruncinați, trăiesc experiențe neobișnuite". După care se pot pune întrebări despre sunete sau voci auzite atunci cînd nu se află nimeni prin preajmă. Se vor pune întrebări similare referitoare la halucinațiile vizuale, gustative, olfactive, tactile sau profunde, ori de cîte ori existența acestora este sugerată de istoric.

Odată ce un pacient își descrie halucinațiile, în funcție de tipul acestora, se impun anumite întrebări suplimentare. Trebuie aflat dacă pacientul a auzit o singură voce sau mai multe; în al doilea caz, dacă vocile par să vorbească între ele despre pacient, folosind, pentru a-l desemna, persoana a treia - experiență ce trebuie deosebită de situația în care un pacient, percepînd vocile unor persoane reale care vorbesc, dar pe care le aude nedeslușit, pentru că nu sînt destul de aproape, crede că el este subiectul discuției dintre ele (delir de relație). Dacă pacientul spune că vocile i se adresează (halucinații la persoana a doua), trebuie aflat ce exprimă aceste voci și dacă pacientul receptează cuvintele respective ca pe niște ordine. Este important să se consemneze exemple din cuvintele spuse de vocile halucinatorii.

Halucinațiile vizuale vor fi diferențiate cu atenție de iluziile vizuale. Cu excepția cazului în care halucinațiile apar în timpul interviului, distincția poate fi greu de făcut, deoarece depinde de prezența sau absența unui stimul vizual perceput greșit.

Trebuie, de asemenea, făcută distincția între halucinații și experiențele disociative,

în care pacientul are impresia că se găsește în prezența unei alte persoane sau spirit, cu care poate conversa. Astfel de trăiri sînt relatate de oameni cu personalitate isterică, dar se întîlnesc și în alte contexte; sînt favorizate de unele grupuri religioase și au puțină importanță în diagnostic.

Orientarea

Orientarea este evaluată prin întrebări care se referă la conștiința timpului, a spațiului și a persoanelor. Dacă, de-a lungul interviului, problema orientării nu a fost scăpată din vedere, nu mai este nevoie, în această etapă a examinării, de întrebări specifice, căci răspunsul este deja cunoscut.

Întrebările specifice încep cu ziua, luna, anul și anotimpul. În evaluarea răspunsurilor este important să se țină seama că multe persoane sănătoase nu știu data exactă și că unii pacienți internați sînt nesiguri în ceea ce privește ziua săptămînii, lucru de înțeles mai ales atunci cînd rutina spitalului este neschimbată pe tot cursul unei săptămîni. Pentru investigarea orientării în spațiu se pun întrebări despre ce fel de loc este cel în care se găsește pacientul (de exemplu: spital sau cămin de bătrîni). Se trece apoi la întrebări despre alte persoane, ca soțul (soția) sau personalul secției; de exemplu, cine sînt aceștia și care este legătura lor cu pacientul. Dacă pacientul nu poate da răspunsuri corecte, va fi întrebat despre propria sa identitate.

Atenția și concentrarea

Atenția este capacitatea de orientare selectivă în direcția obiectului sau problemei în lucru. Concentrarea este capacitatea de a menține această orientare. În timpul alcătuirii istoricului este bine ca atenția și concentrarea să fie avute în vedere. Astfel, aprecierea celor două funcții va fi fost deja realizată înainte de începerea examinării stării mintale. Sînt puse la punct teste care pot furniza informații suplimentare și prin care se poate face o evaluare semi-cantitativă a modificărilor, pe măsură ce boala progresează. De obicei se începe cu **testul seriei de șapte.** Pacientului i se cere să scadă 7 din 100, apoi, din nou, 7 din rest și așa mai departe, pînă cînd restul este mai mic decît șapte. Se înregistrează timpul și numărul de erori. Dacă rezultatele slabe par să fie datorate lipsei deprinderilor de calcul, pacientului i se va cere să facă scăderi mai simple, sau să spună lunile anului în ordine inversă. Dacă și aici apar greșeli, poate fi pus să enumere, în ordine inversă, zilele săptămînii.

Memoria

În timpul alcătuirii istoricului au fost puse întrebări despre dificultăți mnestice cotidiene. În cadrul examinării stării mintale sînt testate memoria imediată, recentă și îndepărtată. Nici unul din procedee nefiind pe de-a-ntregul satisfăcător, rezultatele vor fi evaluate ținîndu-se seama și de celelalte informații despre capacitățile mnestice ale pacientului. Dacă există dubii, se vor efectua și teste psihologice standardizate.

Memoria de scurtă durată este evaluată cerîndu-i-se pacientului să repete grupuri de cifre care au fost pronunțate îndeajuns de rar pentru ca o minte obișnuită și funcționînd normal să le poată înregistra. La început se dă o secvență scurtă și ușoară, pentru a căpăta siguranța că pacientul înțelege ce i de cere. Se trece apoi la cinci cifre diferite. Dacă pacientul le repetă corect, se trece la șase, apoi la șapte. Dacă nu le poate reproduce pe primele cinci, testul se reia cu o altă secvență de cinci. Răspunsul normal al unei persoane de inteligență medie este repetarea corectă a șapte cifre. Testul implică, de asemenea, concentrarea, astfel încît nu poate fi folosit pentru evaluarea memoriei dacă testele de concentrare sînt categoric anormale.

Urmează evaluarea capacității pacientului de a reține înformații noi, de a le

reproduce pe loc (pentru a fi siguri că au fost înregistrate corect) și, apoi, de a și le reaminti. Pentru aceasta, interviul continuă, timp de cinci minute, pe alte teme, după care i se cere pacientului să reproducă din nou informațiile inițiale. O persoană sănătoasă, de inteligență medie, va face doar erori minore. Uneori se folosește și cîte una din propozițiile introduse de Babcock (1930), pentru testarea memoriei, de exemplu "unul din lucrurile pe care o națiune trebuie să-l aibă pentru a deveni mare și bogată este o rezervă sigură și vastă de material lemnos". Trei repetări ale unei astfel de fraze sînt, de obicei, suficiente unei persoane tinere și sănătoase pentru o reproducere imediată corectă. Totuși testul nu diferențiază în mod satisfăcător pacienții cu tulburări organice cerebrale de tinerii sănătoși, sau de pacienții cu tulburare depresivă (Kopelman 1986), așa încît folosirea lui nu este recomandată.

Memoria evenimentelor recente este evaluată punînd pacientului întrebări despre evenimente publice noi, din ultimele două zile (cel mult), sau despre aspecte din viața sa care sînt cunoscute și interlocutorului (ca, de ex., meniurile din secție în ziua precedentă). Întrebările despre chestiunile publice noi trebuie să fie adaptate intereselor pacientului și să se refere la probleme care au fost larg difuzate prin mass-media.

Memoria îndepărtată poate fi evaluată cerîndu-i-se pacientului să-și amintească evenimentele din viața sa sau evenimente binecunoscute ale vieții publice trecute, de exemplu datele nașterii copiilor sau nepoților săi (dacă, bineînțeles, acestea sînt cunoscute și de către interlocutor), sau numele unor lideri politici anteriori. Reproducerea **secvenței evenimentelor** este la fel de importantă ca evocarea separată a acestora.

La pacienții internați, informații importante despre memorie pot fi obținute din observațiile surorilor sau ale terapeuților ocupaționali. Aceste observații cuprind rapiditatea cu care pacientul învață numele membrilor personalului și activitatea de zi cu zi a acestora, precum și numele celorlalți pacienți; și dacă uită sau nu unde și-a pus lucrurile, unde-i este patul, unde se află camera de zi ș.a.m.d.

Pentru pacienții vîrstnici, întrebările standard din interviul clinic referitoare la memorie diferențiază slab pe cei care au de cei care nu au patologie cerebrală. Se pot folosi, la acești pacienți, **evaluări standardizate ale memoriei** evenimentelor personale (recente și trecute) și a evenimentelor publice (Post 1965), care permit o mai bună apreciere a severității.

Testele psihologice standardizate pentru învățare și memorie pot contribui la stabilirea diagnosticului și dau o apreciere cantitativă a progresiei tulburărilor de memorie. Un exemplu util este testul de memorie logică al lui Wechsler (1945), în care pacientul trebuie să-și amintească cuprinsul unui mic paragraf imediat și după 45 de minute. Scorul se stabilește după numărul informațiilor reținute. Kopelman (1986) a găsit că acest test face o bună discriminare între pacienții cu boli organice cerebrale, pe de o parte, și, pe de cealaltă parte, martori sănătoși și pacienți cu tulburări depresive.

Conștiința bolii

Cînd conștiința bolii este evaluată, trebuie avută în vedere complexitatea acestui concept (vezi Capitolul 1). La terminarea examinării stării mintale, medicul își va fi făcut o părere provizorie despre măsura în care pacientul este conștient de natura morbidă a trăirilor sale. Urmează întrebări directe, destinate evaluării mai în adîncime a acestei conștiințe, întrebări ce privesc opiniile pacientului despre natura simptomelor sale; de exemplu, dacă este de părere că sentimentul covîrșitor de vinovăție, sentiment care-l domină, este sau nu îndreptățit. Trebuie de asemenea

aflat dacă pacientul se crede bolnav (mai degrabă decît, să zicem, persecutat de dușmanii săi). Răspunsurile la aceste întrebări sînt importante, pentru că ele determină, în parte, măsura în care ne putem aștepta ca pacientul să coopereze. O notă care ar consemna numai "conștiința bolii prezentă", sau "fără conștiința bolii" ar avea prea puțină însemnătate.

Unele dificultăți în examinarea stării mintale

În afară de problema evidentă a unui pacient care vorbește puțin sau deloc limba națională - un impediment care face necesar ajutorul unui interpret - există și alte dificultăți care apar în mod obișnuit.

Pacientul care nu răspunde

Orice psihiatru întîlnește, din cînd în cînd, pacienți cu mutism sau cu stupor (conștienți, dar care nu vorbesc și nu răspund în nici un fel). În aceste situații el poate face doar observații asupra comportamentului - observații care se dovedesc utile dacă sînt făcute cu acuratețe.

Este important de reamintit că unii pacienți stuporoși trec cu rapiditate de la inactivitate la hiperactivitate și violență. Este, de aceea, înțelept să avem ajutoare la îndemînă, atunci cînd vedem un astfel de pacient. Medicul nu se va pronunța asupra mutismului, fără a fi încercat să abordeze o varietate mai mare de teme și fără a-i fi lăsat pacientului timp suficient de mult pentru a răspunde. El va căuta, de asemenea, să afle dacă pacientul comunică în scris. Pe lîngă observațiile asupra comportamentului descrise pînă acum în acest capitol, examinatorul va nota dacă ochii pacientului sînt deschiși sau închiși; în primul caz, dacă urmăresc obiectele, se mișcă fără scop aparent, sau sînt ficși; în a doua situație, dacă pacientul deschide sau nu ochii la cerere și dacă, ochii rămînînd închiși, opune sau nu rezistență la încercarea medicului de a-i deschide.

Un examen somatic, inclusiv neurologic, este esențial în astfel de cazuri. De asemenea, vor fi căutate anumite semne ale schizofreniei catatonice: flexibilitatea ceroasă și negativismul (vezi Capitolul 9).

Este la fel de important și interviul cu un aparținător care poate relata debutul și evoluția stării pacientului.

Pacienții hiperactivi

Unii pacienți sînt atît de activi și agitați, încît interviul sistematic devine greu de realizat. Medicul poate fi constrîns să se limiteze la cîteva întrebări care par deosebit de importante și să-și bazeze concluziile mai ales pe observarea comportamentului și a exprimărilor spontane ale pacientului. Totuși, dacă este vorba de un pacient nou, văzut pentru prima dată în urgență, parte din hiperactivitatea sa poate fi o simplă reacție împotriva celor care încearcă să-l rețină. În astfel de situații, o abordare liniștită, dar sigură pe sine, poate face ca pacientul să devină îndeajuns de calm pentru o examinare mai adecvată.

Pacientul aparent confuz

Dacă pacientul își relatează istoricul într-o manieră încîlcită, sau dacă pare perplex sau înfricoșat, funcțiile cognitive vor fi testate în prima parte a interviului. Dacă se evidențiază o tulburare a conștiinței, se va încerca orientarea și liniștirea pacientului, înainte ca interviul să fie reluat, într-o formă simplificată. În aceste cazuri vor fi făcute toate eforturile pentru contactarea aparținătorilor.

Investigații speciale

Aceste investigații se fac în funcție de natura simptomelor pacientului și de diagnosticul diferențial. Nu există un set de investigații de rutină care să se potrivească tuturor cazurilor, dar, pentru pacienții internați, este bine să se facă examenele obișnuite de urină și să se recolteze sînge pentru determinarea hemoglobinei, a VSH, a leucocitelor, electroliților și ureei. Reacția Wasserman, care în trecut constituia o rutină, se practică azi din ce în ce mai rar. Creșterea recentă a numărului cazurilor de sifilis primar și secundar este, însă, un motiv pentru efectuarea examenelor adecvate ori de cîte ori există cea mai mică suspiciune de sifilis terțiar. Alte investigații sînt descrise în capitolele care se ocupă cu diferitele sindroame, în special în capitolul de psihiatrie organică.

Examinarea stării somatice

Fie că pacienții se adresează unui cabinet de consultații, fie că sînt internați, psihiatrul devine răspunzător atît pentru sănătatea lor fizică cît și pentru cea mintală și va trebui să dirijeze examinarea lor medicală completă. Pacienții care se adresează cabinetelor de consultație vin, de obicei, din partea unui generalist, sau a unui alt specialist, aceștia realizînd, de cele mai multe ori, un examen somatic adecvat înainte de a trimite pacientul. Mai mult, astfel de pacienți sînt, de regulă, îngrijiți atît de psihiatru, cît și de un alt medic. Totuși, psihiatrul trebuie întotdeauna să hotărască ce examen somatic este relevant; după care, fie îl efectuează el însuși, fie îl verifică (dacă a fost realizat de cel care trimite pacientul), sau, în anumite cazuri, face o nouă trimitere, la un alt medic, pentru completarea datelor (atunci cînd, de exemplu, pacientul vine din partea unui specialist care îl cunoaște bine).

Amploarea examenului somatic va fi judecată pentru fiecare caz în parte, în funcție de probabilitățile diagnostice. Totuși, psihiatrul acordă, de obicei, atenție preferențială sistemului nervos central (inclusiv problemelor vasculare) și sistemului endocrin. Ceea ce nu înseamnă, bineînțeles, că examenul somatic se limitează la aceste două sisteme; după cum s-a spus mai înainte, o examinare completă, de rutină, se va face fiecărui pacient internat.

Examenul neurologic, în suspiciunea de sindrom organic

Dacă se bănuiește existența unui sindrom organic, se va efectua un examen neurologic de rutină. În redactarea acestei secțiuni s-a presupus că cititorul are unele cunoștințe de neurologie clinică; dacă nu, va consulta un tratat obișnuit de neurologie, precum *Bolile cerebrale ale sistemului nervos* (Walton 1985). Informații suplimentare despre testarea funcțiilor lobului parietal pot fi găsite în monografia lui Critchley (1953). Aceste teste nu ajută la localizarea tulburărilor de cauză frontală sau temporală, tulburări al căror diagnostic se sprijină în special pe istoric (vezi Capitolul 11). Neurologia tulburărilor psihice a fost trecută în revistă de Pincus și Tucker (1985).

Capacitățile de limbaj

Insuficiența parțială a funcției limbajului se numește **disfazie**. Limbajul poate fi afectat fie ca exprimare, fie ca receptare, fie sub ambele aspecte; și, de asemenea, fie în forma sa vorbită, fie în cea scrisă. Tulburări grosiere ale funcției limbajului vor fi fost deja notate în timpul alcătuirii istoricului, sau al examinării stării mintale.

Teste speciale pot revela grade mai ușoare de disfuncție. Înaintea acestora, se vor face teste pentru **disartrie**, cerîndu-i pacientului să repete cuvinte sau expresii greu de pronunțat.

Capacitatea de recepție (aspectul senzorial) poate fi testată în mai multe feluri. I se poate cere pacientului să citească un pasaj de dificultate adecvată, sau, dacă nu reușește, cuvinte sau litere separate. Dacă poate citi pasajul, i se va cere să-l explice. Înțelegerea limbajului vorbit se testează rugînd, întîi, pacientul să explice cele auzite; i se poate cere, de asemenea, să răspundă la comenzi simple, de exemplu să arate spre obiectele numite de examinator.

Exprimarea (aspectul motor) se testează rugînd pacientul să vorbească și să scrie. I se poate cere să vorbească despre muncă și pasiunile sale, apoi să numească diverse obiecte (de exemplu: stilou, cheie, ceas și părți componente ale acestora) și părți ale corpului. Poate fi rugat, apoi, să scrie, după dictare, un text scurt, după care să compună singur și să scrie un pasaj (de exemplu, despre membrii familiei). Dacă nu poate face nimic din toate acestea, i se va cere să copieze un scurt fragment.

Tulburările limbajului indică, la dreptaci, leziuni în emisfera stîngă. La stîngaci localizarea este mai puțin sigură, dar la mulți dintre ei este tot pe stînga. Tipul de tulburare a limbajului dă unele precizări suplimentare în ceea ce privește localizarea. Disfazia motorie sugerează o leziune anterioară, iar cea senzorială o leziune posterioară; o afazie predominant auditivă sugerează o leziune corespunzătoare regiunii temporale, în timp ce o afazie predominant vizuală sugerează o leziune posterioară.

Capacitățile de construcție

Apraxia este incapacitatea de a executa un act volițional, chiar dacă sistemele motor și senzorial sînt suficient de integre pentru a-l face posibil. Apraxia poate fi testată în mai multe feluri. Pentru apraxia **de construcție** i se cere pacientului să facă figuri simple, folosind bețe de chibrit (un pătrat, un triunghi, o cruce), sau să le deseneze. Poate fi rugat, de asemenea, să deseneze o bicicletă, o casă sau un cadran de ceasornic. Apraxia **de îmbrăcare** se testează cerîndu-i persoanei să se îmbrace. Apraxia **ideomotorie** se testează rugînd pacientul să execute, la comandă, acte din ce în ce mai complicate, terminînd, de exemplu, cu atingerea urechii drepte cu degetul mijlociu al mîinii stîngi, în timp ce își pune policele drept pe umărul stîng.

Apraxia de construcție, mai ales dacă pacientul nu poate completa jumătatea stîngă a figurii, sugerează o leziune în partea posterioară a regiunii parietale drepte. Poate fi asociată cu alte tulburări legate de această regiune, anume neatenția senzorială și anosognozia.

Agnoziile

Agnozia este incapacitatea de a înțelege semnificația stimulilor senzoriali, chiar dacă segmentul cortical și căile de conducere senzoriale sînt suficient de intacte pentru aceasta. Agnozia nu poate fi diagnosticată dacă nu sînt dovezi clare ale integrității căilor senzoriale și ale lucidității conștiinței. Se pot testa mai multe tipuri de agnozie. **Astereognozia** este neputința de a identifica formele tridimensionale; se testează cerîndu-i pacientului să identifice obiecte care îi sînt puse în mînă în timp ce ține ochii închiși. Se folosesc, de obicei, monede de diferite mărimi, agrafe. **Atopognozia** este incapacitatea de a preciza poziția, pe suprafața corpului, a unui obiect. În **agnozia digitală**, pacientul, avînd ochii închiși, nu poate preciza care din degetele sale a fost atins. Confuzia dreapta-stînga se testează atingînd una din mîinile sau urechile pacientului și întrebîndu-l care parte a corpului a fost atinsă. **Agrafognozia** este neputința de a identifica litere sau numere "scrise" pe piele. Se testează desenînd

numere pe palma pacientului, cu capacul unui stilou, sau cu un obiect similar. **Anosognozia** este incapacitatea de a identifica deficitele funcționale produse de boală. Apare, cel mai des, ca neconștientizare a parezei stîngi și neatenție senzorială, după o leziune parietală dreaptă.

Agnoziile indică leziuni ale ariilor asociative din jurul ariilor senzoriale primare. Leziuni ale oricăruia din lobii parietali pot produce astereognozie, agrafognozie și atopognozie contralaterale. Neatenția senzorială și anosognozia se întîlnesc mai frecvent în leziunile parietale drepte. Despre agnozia digitală și confuzia dreapta-stînga se afirmă că ar fi mai frecvent asociate leziunilor regiunii parietale dominante.

Evaluarea psihologică

În trecut, psihologia clinică acorda o mare atenție evaluării bazate pe teste standardizate. Acum ea se ocupă mai ales cu tratamentul și cu evaluarea sub forma observării cuantificate a comportamentului pacientului.

Sînt disponibile multe teste standardizate. Clinicianului îi sînt utile, în mod special, testele pentru inteligență și pentru funcțiile neurologice superioare. Alte teste sînt încă în uz, dar au o valoare mai restrînsă; de exemplu, cele de personalitate, de "atingere cerebrală" și de tulburări de gîndire. În această secțiune se presupune că principiile testării psihologice sînt cunoscute; nu se va încerca, aici, o prezentare detaliată. Situațiile în care testarea psihologică este o parte importantă a evaluării vor fi specificate în capitolele ce se ocupă de sindroamele clinice. În acest stadiu sînt potrivite numai cîteva comentarii generale.

În psihiatria generală a adultului nu este nevoie de o evaluare precisă a inteligenței fiecărui pacient. Dacă pacientul pare să aibe o inteligență limită sau subnormală, sau dacă simptomele sale psihologice par să constituie o reacție față de o muncă ce depășește capacitățile sale intelectuale, atunci **testele de inteligență** sînt esențiale. Asemenea teste, împreună cu **teste standard pentru capacitatea de lectură**, sînt, de asemenea, esențiale în psihiatria copilului și a adolescentului (vezi Capitolul 20) și în evaluarea retardului mintal (vezi Capitolul 21).

În trecut erau folosite extensiv **"testele de afectare cerebrală"** în diagnosticul probabil al sindroamelor organice. Astăzi, tomografia axială computerizată a făcut să scadă nevoia de o astfel de modalitate indirectă de evaluare a patologiei cerebrale difuze, deși **testele neuropsihologice specifice** au încă o anumită valoare ca indicatori de leziuni specifice în cortexul frontal sau parietal. Astfel de teste sînt, de asemenea, utile pentru măsurarea progresiei deficitului cauzat de boală. Aceste probleme vor fi discutate mai detaliat în Capitolul 11.

Testele de personalitate au o oarecare valoare în cercetarea clinică, dar contribuie puțin la practica de zi cu zi, deoarece evaluarea clinică descrisă în acest capitol aduce, de obicei, mai multe informații. Teste proiective, precum testul Rorschach, nu sînt recomandate, pentru că valabilitatea lor nu a fost stabilită.

Testele pentru tulburări de gîndire au fost puse la punct în scopul măririi acurateței diagnosticului de schizofrenie, încercare ce, însă, a eșuat. Totuși ele sînt uneori folositoare pentru realizarea unei diagrame a progresiei tulburării de gîndire.

Scalele standardizate **de evaluare a comportamentului** sînt printre cele mai utile aplicații ale principiilor psihometrice în practica clinică de zi cu zi. Dacă nici o scală de evaluare gata făcută nu este disponibilă, un psiholog clinic poate adesea pune la punct evaluări ad hoc suficient de sigure pentru ca, pe baza lor, să fie apreciate efectele tratamentului. De exemplu, pentru măsurarea progreselor făcute de un pacient internat

cu depresie, s-ar putea alcătui o scală care să fie folosită de surori și prin care să se urmărească, în dinamică, timpul cît pacientul este activ și ocupat. Ar putea fi o scală cu cinci puncte, în care criteriile fiecărei evaluări să se refere la comportamente (precum jocul de cărți sau discuțiile cu alte persoane) specifice fiecărui pacient.

Principiile psihologice sînt, de asemenea, folosite pentru efectuarea **evaluării comportamentale**. Aceasta este o prezentare detaliată a elementelor componente ale tulburării pacientului (de exemplu, la o stare fobică, elementele: anxietate anticipatorie, comportament de evitare și strategii ale confruntării cu obiectul sau situația specifică) și a relațiilor dintre acestea și stimuli din mediul înconjurător (de exemplu, înălțimi), sau circumstanțe mai generale (de exemplu, aglomerații), ori semnale provenite din interiorul organismului (de exemplu, perceperea activității inimii). O astfel de descriere detaliată poate ajuta la stabilirea diagnosticului și poate sta la baza terapiei comportamentale.

Tipuri speciale de interviu

Interviul cu aparținătorii

În psihiatrie, interviul cu una sau mai multe din rudele apropiate ale pacientului este deosebit de important. În general, astfel de interviuri se folosesc pentru a obține informații suplimentare despre starea pacientului; uneori și pentru a implica aparținătorul (ruda) în planul terapeutic, sau pentru a-i cere ajutorul în a-l convinge pe pacient să accepte tratamentul.

Istoricul obținut de la o rudă sau prieten apropiat este esențial atunci cînd pacientul suferă de o afecțiune mintală sau tulburare de personalitate îndeajuns de severă pentru a-i altera capacitatea de a face relatări precise și lipsite de părtinire. În tulburări mai puțin severe, dialogul cu una din rude rămîne util prin aceea că oferă o altă imagine a afecțiunii și personalității pacientului. De exemplu, o rudă poate, uneori, data mai exact decît pacientul debutul afecțiunii, mai ales dacă aceasta s-a instalat treptat. O rudă poate da, de asemenea, indicații despre cît de invalidantă este afecțiunea și despre cît de mult se răsfrînge asupra vieții celor din jur. În fine, dacă datele referitoare la copilăria pacientului sînt importante, interviul cu unul din părinți sau cu un frate mai vîrstnic este de mare ajutor.

Cu cîteva excepții, înainte de a realiza interviul cu una din rude, este necesară permisiunea pacientului. Excepții sînt: dacă pacientul este un copil (caz în care, de obicei, părinții sînt cei care au cerut consultul) și dacă un pacient se prezintă în urgență, neputîndu-se obține de la el date despre istoricul afecțiunii din cauza mutismului, stuporului, confuziei, violenței, sau lentorii extreme. În celelalte situații, medicul trebuie să-i explice pacientului că dorește să stea de vorbă cu una din rude pentru a obține informații suplimentare, necesare în stabilirea diagnosticului și a tratamentului. El îl va încredința pe pacient că informațiile confidențiale date de acesta nu vor fi transmise și rudei lui. Dacă, totuși, există informații ce trebuie transmise unei rude, de exemplu cele privitoare la tratament, va fi cerută întîi permisiunea pacientului. Este important să reamintim că rudele pot înțelege greșit scopul interviului. Unele cred că urmează să li se ceară ceva; de exemplu, fiica măritată a unei bătrîne cu demență se poate gîndi că i se va cere să-și ia mama acasă, în mica ei locuință. Alte rude se așteaptă să li se aducă acuzații legate de afecțiunea pacientului; de exemplu, părinții unui tînăr cu schizofrenie se pot teme că medicul le va spune că au greșit în educația și creșterea fiului lor. Este important ca medicul să sesizeze aceste idei și, atunci cînd se ivește ocazia, să le discute și să-și liniștească, astfel, interlocutorul. Oricum, interviul va începe întotdeauna prin explicarea scopului.

Interviului i se va aloca un timp suficient de lung; rudele sînt frecvent anxioase

și este nevoie de timp pentru a le liniști, pentru a aduna, apoi, informațiile și pentru a le comunica ceea ce este necesar ca ele să știe despre pacient.

Interviul permite medicului să afle dacă rudele au sau nu dificultăți legate de afecțiunea pacientului. Dacă au nevoie de ajutor, psihiatrul poate lua legătura cu medicul de familie. Totuși el nu trebuie să devină implicat în problemele rudelor în așa măsură încît să-și contrazică datoria sa principală față de pacient.

După interviu, psihiatrul nu-i va comunica pacientului ce a aflat de la ruda sa, decît dacă acesta și-a dat acordul. Este important să se ceară acest acord atunci cînd ruda a pus în evidență ceva ce trebuie discutat cu pacientul; de exemplu, dacă a relatat un consum excesiv de alcool, negat de către pacient. Totuși, dacă ruda dorește ca informația să rămînă confidențială, acest lucru trebuie respectat de către medic; de exemplu, soția se poate teme de o răzbunare violentă din partea soțului. În astfel de situații, psihiatrul va căuta o cale prin care să-i dea pacientului posibilitatea să furnizeze singur informația respectivă, în cursul unui interviu ulterior.

Apar uneori probleme atunci cînd alți membrii ai familiei, mai puțin apropiați pacientului, îi telefonează psihiatrului pentru a-i relata ceva. Informațiile nu vor fi primite prin telefon, chiar dacă psihiatrul este sigur de identitatea celui cu care vorbește. În aceste situații se va vorbi întîi cu pacientul și, numai dacă acesta este de acord, se va fixa un interviu cu persoana respectivă. Psihiatrul nu trebuie niciodată să permită dezvoltarea unei atmosfere de conspirație, în care el să ascundă discuțiile avute cu membrii familiei, sau să se implice în neînțelegerile dintre ei.

Interviul familial la domiciliu

Este, uneori, bine ca informațiile despre situația socială a pacientului să fie îmbogățite prin vizitarea acestuia acasă de către medic, de către o asistentă de psihiatrie sau un asistent social. Deseori o astfel de vizită pune în evidență aspecte noi ale vieții familiale a pacientului. Uneori se ajunge, pe această cale, la o evaluare a relațiilor dintre membrii familiei mai realistă decît cea rezultată din interviurile luate la spital. Înainte de vizita la domiciliu, psihiatrul va căuta să ia legătura cu medicul de familie, care, în urma vizitelor făcute timp de mai mulți ani, are, de obicei, o bună cunoaștere a familiei, a poziției și problemelor ei. Dacă vizita urmează să fie făcută de către altcineva (soră sau asistent social), psihiatrul va discuta, în prealabil, cu acesta, scopul vizitei.

Consultațiile în urgență

Atunci cînd timpul este limitat și se cere o tranșare rapidă a diagnosticului și atitudinii terapeutice, nu este, totuși, imposibil să se obțină și o schiță a istoricului. Oricît de scurt ar fi timpul, este esențială o descriere clară a simptomelor actuale, inclusiv debutul, evoluția și severitatea lor. Avînd în minte principalele sindroame, medicul va pune apoi întrebări despre existența altor simptome relevante, inclusiv cele care apar în sindroamele organice cerebrale. Nu se vor omite niciodată factorii de stres recenți și orice afecțiune somatică sau psihică premergătoare. O descriere a personalității premorbide a pacientului este importantă, deși poate fi greu de obținut dacă nu sînt de față rude sau prieteni apropiați. Obișnuințele legate de alcool sau medicamente au o însemnătate deosebită. Anamneza familială și datele personale vor fi parcurse rapid, prin cîteva întrebări pertinente. De-a lungul întregului interviu, psihiatrul va alege între întrebările care trebuie puse imediat și cele care pot fi amînate.

Va fi realizat un examen somatic sumar, dar bine orientat, cu excepția cazului în care un alt medic a făcut deja acest lucru.

Punctele de mai sus reprezintă, pentru consultația de urgență, cadrul în care pot fi folosite cu maximum de rapiditate și eficiență, atît bunul simț, cît și cunoașterea temeinică a sindroamelor clinice majore.

Interviul în asistența primară

O parte însemnată din munca medicului de medicină generală este legată de identificarea tulburărilor psihice minore la pacienții cu o combinație de simptome somatice și psihologice ușoare. O metodă folositoare și rapidă de identificare a tulburării psihice a fost descrisă de Goldberg și Huxley (1980). Aceasta se concentrează asupra simptomelor afective cel mai des întîlnite în practica generală, și ține seama de greșelile de tehnică a interviului care au fost observate la medicii de medicină generală.

În aceste scurte interviuri, primele cîteva minute sînt deosebit de importante. Oricît de limitat ar fi timpul, este esențial să i se înlesnească pacientului exprimarea problemelor sale. Medicul de familie omite, uneori, acest lucru, deoarece crede că pacientul a venit doar pentru a mai cere un sfat în legătură cu o problemă anterioară. Alteori, el începe să pună întrebări prea devreme și în grabă, astfel încît dialogul, în loc să se deschidă, se închide printr-un fel de glumă (de exemplu, "Cum vă simțiți acum?" - "Bine, mulțumesc"). Pe de altă parte, medicul nu trebuie să se rezume la a citi, în liniște, consemnările anterioare din fișă, deoarece, astfel, pacientul poate începe să se simtă stingherit și să renunțe la a-și mai dezvălui adevăratele necazuri. Interviul poate începe cu o întrebare deschisă, ca "Ce anume ați observat că nu merge bine?", după care pacientul va fi încurajat să facă o relatare mai detaliată și i se vor pune noi întrebări pentru clarificarea și delimitarea problemei sale. Ca și în interviurile mai extinse, medicul trebuie să fie atent atît la comportamentul non-verbal, cît și la exprimările verbale.

Pasul următor constă în înțelegerea clară a naturii simptomelor. În practica generală, acuza inițială este adesea somatică, chiar atunci cînd este vorba de o tulburare psihică. Trebuie, întotdeauna, să i se lase pacientului timp destul pentru a-și descrie acuza în propriile sale cuvinte, înainte de a i se pune întrebări. Astfel, dacă pacientul se plînge de cefalee, nu se vor pune imediat întrebări referitoare la localizarea mai precisă a durerii. În schimb, va fi încurajat să descrie simptomul mai în detaliu. Astfel va putea reieși, de exemplu, că pacientul are mai degrabă o senzație de constricție în zona supraorbitrară, decît o durere de cap adevărată. Deși s-ar părea că este vorba de o atitudine elementară, studiul lui Goldberg și Huxley a arătat că, frecvent, medicii de medicină generală greșesc în această privință, ajungînd, astfel, la interpretări și diagnostice eronate.

Pentru orice acuză care poate avea cauză psihologică, Goldberg și Huxley au propus o schemă de evaluare simplă, cu patru componente: adaptarea psihică generală a pacientului, anxietatea și îngrijorările, simptomele depresive și contextul psihologic. Adaptarea psihologică generală este apreciată prin întrebări despre oboseală, iritabilitate, dificultăți în concentrare și senzația de a fi supus unui stres. În ceea ce privește anxietatea și îngrijorările, se pun întrebări atît despre simptome somatice, cît și despre senzația de încordare, fobii și despre gînduri persistente care produc îngrijorare. Urmează simptomele depresiei, printre care dispoziția depresivă persistentă, caracterul plîngăreț, lipsa de speranță, accesul de plîns, deznădejdea, autoacuzarea, gîndul că viața este de nesuportat, ideile suicidare, insomnia de trezire, variațiile diurne ale dispoziției, pierderea ponderală și pierderea libido-ului. Dintre toate acestea, Goldberg și Huxley au găsit că medicii de medicină generală scapă mai ușor din vedere întrebările despre ideile și gîndurile depresive.

Adesea, medicul de familie, cunoscînd deja mediul psihosocial în care trăiește pacientul, omite parte din întrebările ce se pun în interviul cu un pacient nou. Totuși, el ar trebui să se gîndească sistematic la ocupația, timpul liber, căsătoria și la celelalte relații sociale ale pacientului și să pună întrebările necesare pentru a-și completa informațiile.

Un interviu de acest tip poate fi condus în timpul scurt disponibil pentru o primă consultație în practica generală și permite, de obicei, ca la sfîrșit să se formuleze o concluzie. Dacă nu, poate fi alcătuit un plan preliminar, în care este prevăzut și un alt interviu pentru completarea istoricului psihiatric și pentru examinarea stării mintale.

Foaia de observație (Case notes)

Importanța foii de observație

O bună întocmire a foii de observație a fiecărui caz este importantă în toate ramurile medicinei, iar în psihiatrie cu atît mai mult cu cît se folosește un volum mare de informații strînse de la surse diferite. Dacă informațiile nu sînt consemnate clar, dacă faptele nu sînt deosebite de opinii, poate fi afectată atît limpezimea cu care sînt gîndite problemele clinice, cît și acuratețea deciziilor terapeutice. Este tot atît de important ca informațiile să fie rezumate în așa fel încît cineva căruia cazul nu-i este cunoscut să poată înțelege rapid punctele esențiale. Aceste acte nu constituie numai un *aide mémoire* al medicului care le alcătuiește, ci și o sursă esențială de informații pentru alți medici care, ulterior, pot fi confruntați cu cazul respectiv. De aceea ele trebuie să fie lizibile și bine concepute.

Este important să fie reamintită însemnătatea medico-legală a unei bune documentații. Aceasta îi poate fi de mare ajutor psihiatrului în rarele ocazii în care trebuie să-și justifice acțiunile în fața instanței, într-un proces penal, sau în urma unei plîngeri depuse de un pacient. Psihiatrul nu trebuie să uite că, în anumite circumstanțe, documentația poate fi invocată de avocatul pacientului.

Observația la internare

Cînd un pacient este internat de urgență, timpul disponibil pentru interviu poate fi limitat și, de aceea, devine foarte importantă o selecție adecvată a punctelor care trebuie urmărite și consemnate. Observația la internare va cuprinde cel puțin: 1 - o expunere clară a motivelor internării; 2 - orice informație necesară deciziei terapeutice imediate; și 3 - orice date importante care nu vor putea fi reconstituite cu exactitate ulterior și anume detalii despre starea mintală la internare și informații obținute de la însoțitori despre care nu se știe dacă, mai tîrziu, vor fi disponibili. Relatarea stării mintale va include extrase cuvînt cu cuvînt din exprimările pacientului, alese în așa fel încît să ilustreze fenomene ca delirul sau fuga de idei. Dacă este timp, va fi adăugat și un istoric sistematic. Totuși, o greșeală obișnuită la psihiatrii neexperimentați este aceea de a aloca prea mult timp unor detalii care nu sînt esențiale pentru luarea deciziilor imediate și care pot fi consemnate a doua zi, în timp ce sînt scăpate din vedere aspecte ale stării mintale care pot fi tranzitorii, dar care au însemnătate mare pentru diagnosticul final.

Observația la internare se va termina cu o formulare concisă a unui plan provizoriu de acțiune. Acest plan va fi stabilit cu acordul surorilor principale care au în îngrijire pacientul în momentul respectiv.

Consemnarea evoluției

Consemnarea evoluției nu trebuie făcută în termeni atît de generali încît să aibă

puțină relevanță la o reexaminare ulterioară a cazului. În locul înregistrării simplului fapt că pacientul se simte mai bine, sau că are un comportament mai apropiat de normal, se va nota felul anume în care pacientul se simte mai bine (de exemplu, mai puțin abătut și mai puțin preocupat de gînduri suicidare), sau în care comportamentul este mai puțin perturbat (de exemplu, nu mai este într-atît de neliniștit încît să nu poată rămîne așezat la masă pînă la sfîrșitul dejunului).

Consemnarea evoluției trebuie, de asemenea, să se refere și la tratament. Detalii asupra tratamentului medicamentos rămîn adesea neînregistrate în notele de evoluție, de multe ori pentru că oricum sînt trecute în fișa terapeutică. Totuși, atunci cînd se face o privire retrospectivă asupra evoluției pacientului, este mult mai convenabil ca posologia și dozarea medicamentelor să fie consemnate în paralel cu starea mintală și comportamentul. Tratamentul psihologic și social trebuie, de asemenea, notat. O relatare cuvînt cu cuvînt a ședințelor de psihoterapie este greu de așternut pe hîrtie și rareori importantă pentru atitudinea terapeutică. În schimb, vor fi notate principalele teme ale interviurilor terapeutice, împreună cu orice observație importantă despre răspunsurile și atitudinea pacientului. La anumite intervale de timp se pot face note suplimentare, în care să fie rezumat progresul realizat de-a lungul mai multor ședințe.

Vor fi, de asemenea, notate cu atenție orice sfat sau informație date de medic pacientului sau rudelor sale. Astfel, mai tîrziu, orice medic care va da un nou sfat va avea posibilitatea să știe dacă acesta diferă sau nu de ceea ce s-a spus înainte, fiind, deci, în măsură să dea o explicație adecvată.

Nu numai medicul face observații asupra evoluției, ci și surorile, terapeuții ocupaționali, psihologii clinicieni și asistenții sociali. Ca o regulă generală, fiecare își notează separat aceste observații și le folosește în munca sa cu pacientul, dar este de dorit totuși ca informațiile importante să fie consemnate și în foaia de observație.

Trebuie notate cu grijă deciziile luate în timpul vizitei, în timpul analizei în comun a cazului, sau în orice ocazie în care atitudinea terapeutică este discutată cu medicul principal sau cu reprezentantul acestuia. Este deosebit de important să fie expuse clar planurile de continuare a îngrijirii pacientului după externare.

Rezumatul cazului

Această secțiune poate fi înțeleasă mai bine cu ajutorul exemplului de rezumat de caz de la pag.54.

Rezumatul cazului este, de obicei, compus din două părți. Prima se completează la o săptămînă de la internare și urmărește două scopuri principale. Întîi, pentru a selecta trăsăturile distinctive ale cazului, după ce istoricul a putut fi completat sub toate aspectele sale. Apoi, pentru ca informațiile importante să poată fi la îndemîna oricărui medic chemat să vadă pacientul, atunci cînd psihiatrul curant nu este disponibil. Punctele incluse în această primă parte sînt cele cuprinse între "Motivele trimiterii" și "La examinare", în exemplul de mai jos.

Partea a doua este, de obicei, redactată la o zi sau două de la externarea pacientului; ea completează partea întîi cu investigațiile speciale și toate celelalte puncte cuprinse în exemplu. Rezumatul, în întregimea lui, va fi important atunci cînd pacientul va necesita din nou asistență medicală, mai ales dacă va fi îngrijit de un alt psihiatru.

Rezumatele trebuie să fie scurte, dar cuprinzătoare. Vor fi scrise în stil telegrafic și într-o formă standard, care are meritul de a ușura consultarea textului de către alți medici. Se cuvine, uneori, ca detaliile extrem de confidențiale să fie omise, făcîndu-se, în schimb, trimiterea, pentru aceste informații importante, la istoricul cazului. Prima parte a rezumatului ocupă rareori mai mult de o pagină și jumătate

tip, iar partea a doua o jumătate de pagină. Un rezumat mai lung este adesea semn că respectivul caz nu a fost înțeles clar.

Unele din punctele rezumatului au nevoie de comentariu. Motivul trimiterii va fi o relatare scurtă în care se vor evita termenii tehnici; de exemplu:" pacientul a fost găsit rătăcind noaptea, într-o stare agitată, strigînd ceva despre D-zeu și diavol"; și nu "pentru tratamentul schizofreniei". Descrierea personalității este adesea greu de redactat într-o formă concisă, care să nu omită informațiile importante. Totuși, practicianul experimentat poate, de obicei, alege cîteva cuvinte și fraze din care să se închege imaginea unei persoane. Această parte a rezumatului, deși dificilă, justifică, prin importanța ei, eforturile pe care le cere.

Dacă din examenul somatic nu se desprinde nimic anormal, nu este nevoie să fie menționat separat fiecare sistem; este, de obicei, suficientă simpla afirmație că examenul somatic de rutină nu a arătat nici o anormalitate. Totuși, la consemnarea stării mintale, fiecare rubrică va fi completată, oricît de sumar, fie că s-au găsit, fie că nu, elementele anormale.

Ori de cîte ori este posibil, diagnosticul va fi formulat conform ediției în uz a *Clasificării Internaționale a Bolilor* (sau, în țările unde aceasta nu este folosită, conform unui sistem echivalent) (pag.69). Totuși apare uneori nevoia de comentariu suplimentar, pentru a exprima complexitatea unui caz neobișnuit. Dacă diagnosticul nu este cert, vor fi date alternativele, cu argumentarea probabilității fiecăreia.

Rezumatul tratamentului se va referi la principalele tratamente folosite, inclusiv doza și durata folosirii fiecărui medicament. Prognosticul trebuie formulat pe scurt, dar cît mai precis. Exprimări ca "prognostic rezervat" nu prea ajută nimănui. Dacă medicul nu se angajează cu mai multă fermitate, îi va fi cu neputință să învețe din compararea previziunilor sale cu rezultatul actual. Este bine să se noteze gradul de certitudine în ceea ce privește prognosticul, precum și motivele oricărei îndoieli; de exemplu: "Timp de un an nu este probabil ca simptomele depresive să reapară, cu condiția ca pacienta să nu întrerupă tratamentul. Evoluția ulterioară este incertă, deoarece depinde de cursul pe care-l va lua leucemia fiului ei".

Planul de continuare a tratamentului va specifica nu numai ce trebuie făcut, ci și cine va face. Va fi precizat cu claritate rolul personalului din spital și al medicului de familie.

Urmează exemplificarea unei metode larg folosite de consemnare a rezumatului cazului.

Exemplu de rezumat al cazului

Medic principal: Dr A — Internat 27.6.81
Medic secundar: Dr B — Externat 4.8.81

D-na C.D. Data nașterii 07.02.1950

Motivul trimiterii Dispoziţie din ce în ce mai proastă şi inactivitate din ce în ce mai mare, în ciuda tratamentului.

Anamneza familială Tatăl 66, grădinar pensionar, sănătate fizică bună, oscilaţii afective; legături slabe cu pacienta. **Mama** 57, casnică, sănătoasă, practică spiritismul cu convingere; distantă faţă de pacientă. **Sora** Joan, 35, divorţată, sănătoasă. **Locuinţa** corespunzătoare material, relaţii afective sărace. **Afecţiuni mintale:** fratele tatălui internat de 4 ori: "psihoză maniaco- depresivă".

Date personale Naşterea şi primele faze ale dezvoltării: normale. **Starea sănătăţii în copilărie:** bună. **Şcolarizare:** 6-16 ani fără evenimente; prietenii. **Ocupaţii:** 16-22 ani vînzătoare. **Istoricul** cuplului: mai mulţi

prieteni înainte de căsătorie; căsătorită la 22, soţul cu 2 ani mai în vîrstă, şofer de camion. Nefericită în ultimul an ca urmare a infidelităţii soţului. **Copii:** Jane, 7, bine, Paul, 4, epileptic. **Sexual:** viaţă satisfăcătoare pînă în ultimul an. **Menstruaţii:** nimic anormal. **Condiţii de viaţă:** casă cu chirie; probleme financiare.

Boli anterioare La 20 de ani, apendicectomie. La 24 de ani (postpartum) boală depresivă cu durată de 3 luni.

Personalitate premorbidă Puţini prieteni; preocupări limitate la cadrul familial; dispoziţie variabilă; îşi face griji cu uşurinţă; fără încredere în sine, geloasă; fără trăsături obsesive; fără credinţe religioase obişnuite, dar împărtăşeşte interesul mamei pentru supranatural. Bea ocazional; nefumătoare. Neagă abuzul de medicamente.

Istoricul afecţiunii actuale De şase săptămîni, de cînd a aflat că este înşelată de către soţ, din ce în ce mai deprimată, plînge cu uşurinţă, se trezeşte prea devreme, inactivă, îşi neglijează copiii. Mănîncă puţin. Libido scăzut. Se crede în legătură cu bunica (decedată), prin telepatie. Agravare progresivă, în ciuda amitriptilinei - 125 mg/zi, 3 săptămîni.

La examinare Somatic: nimic anormal. **Psihic:** aspect neîngrijit, neglijent. **Vorbire:** înceată, greoaie, formă normală. Preocupată de starea ei nefericită şi de efectele acesteia asupra copiilor. **Dispoziţie:** deprimată, cu autoacuzare, lipsă de speranţă, dar fără idei de suicid. **Delir:** fără. **Halucinaţii:** fără. **Fenomene compulsive:** fără. **Orientare:** normală. **Atenţie şi concentrare:** diminuate. **Memorie:** intactă. **Conştiinţa bolii:** se gîndeşte că este bolnavă, dar crede că nu se poate însănătoşi.

Investigaţii speciale Hemoglobină şi electroliţi normale

Tratament şi evoluţie Amitriptilină în doză mărită pînă la 175 mg/zi; reluare treptată a activităţilor; interviu realizat împreună cu soţul pentru ameliorarea relaţiei maritale. Sfaturi date de către asistentul social soţului, în privinţa problemelor financiare. Ameliorare progresivă în spital; trei weekend-uri petrecute acasă, înainte de externare. Amitriptilina redusă la 100 mg/zi în momentul externării.

Starea la externare Fără depresie, dar încă nesigură în privinţa viitorului căsătoriei.

Diagnostic Tulburare depresivă

Prognostic Depinde de evoluţia problemelor conjugale. Dacă acestea se ameliorează, prognosticul pe termen scurt este bun. Totuşi, pe termen lung, rămîne vulnerabilă, putînd apărea alte episoade depresive.

Continuarea tratamentului 1. Continuă cu amitriptilină 100 mg/zi, 6 luni (primeşte reţetele de la spital). 2. Va reveni pentru continuarea interviurilor cu ambii soţi (prima şedinţă pe 14.8.81). 3. Reexaminarea evoluţiei şi luarea în îngrijire de către medicul de familie peste 3 luni.

Formularea

Formularea este o analiză concisă a cazului. Spre deosebire de rezumat, ea constă într-o discutare a ideilor alternative în ceea ce privește diagnosticul, etiologia, tratamentul și prognosticul și a argumentelor pro și contra fiecărei alternative. O bună formulare se bazează pe observații și probe și nu pe speculații, dar poate conține unele ipoteze verificabile despre chestiuni care sînt nesigure în momentul redactării. Formularea nu se ocupă numai cu noțiuni strict legate de boala propriu-zisă, ci și cu înțelegerea felului în care evenimentele și experiențele trăite de pacient de-a lungul vieții sale i-au

influențat personalitatea și tipul de reacție la adversități.

Există mai multe moduri în care formularea poate fi prezentată, abordarea de mai jos fiind cea recomandată de autori. Formularea începe cu o expunere concisă a trăsăturilor esențiale ale cazului. Aceasta trebuie, în general, să se limiteze la două-trei fraze; de exemplu: "D-na Jones este o femeie de 60 de ani, divorțată, cu dispoziție depresivă și tulburări de somn, simptome ce au debutat după o operație pentru cancer de colon; tratamentul la domiciliu nu a fost eficace".

Apoi este luat în considerare diagnosticul diferențial, sub forma unei liste a posibilităților raționale, așezate în ordinea probabilității. Trebuie evitată includerea tuturor diagnosticelor imaginabile, dar totuși îndepărtate de caz. Vor fi notate argumentele pentru și împotriva fiecărui diagnostic, cu o evaluare a bilanțului. La sfîrșit va fi exprimată clar concluzia asupra diagnosticului celui mai probabil.

Urmează problema etiologiei. Primul pas este identificarea factorilor predispozanți, precipitanți și de întreținere. Sînt apoi redate argumentele pentru fiecare factor predispozant, de obicei în ordine cronologică, pentru a arăta felul în care fiecare factor a putut intensifica acțiunea celor care i-au precedat. De exemplu, antecedentele heredo-colaterale de psihoză maniaco-depresivă sugerează o predispoziție genetică pentru afecțiuni similare, lucru agravat prin moartea mamei pacientului cînd acesta era copil și, în plus, prin influențe nocive din mediul familial.

După etiologie sînt rezumate concluziile asupra diagnosticului și etiologiei, cu o listă a problemelor importante și a investigațiilor care rămîn de făcut. După care este schițat un plan terapeutic concis. Acesta va cuprinde măsurile sociale, tratamentul psihologic și medicamentos, împreună cu rolul care revine surorilor și terapeuților ocupaționali.

În final este specificat prognosticul, ceea ce reprezintă, adesea, partea cea mai dificilă a formulării. Ca și în cazul rezumatului, medicul greșește atunci cînd, printr-o exprimare vagă, evită să se angajeze. Fermitatea este preferabilă; de exemplu, "Aceste simptome depresive se vor remite repede în spital, dar vor reapărea, probabil, dacă soțul începe din nou să bea mult". Dacă acest prognostic se dovedește greșit, medicul va putea învăța din comparația cu evoluția reală; dintr-o afirmație evazivă, însă, nu rezultă nici un beneficiu.

Exemplu de formulare

(*Notă*: această formulare se referă la același caz ipotetic care a fost prezentat în exemplul de rezumat. Prin comparație, cititorul poate aprecia diferența dintre materialele selectate pentru fiecare din cele două documente.)

D-na C.D. este o femeie de 31 de ani, măritată, care de șase luni se simte din ce în ce mai abătută și incapabilă să facă față problemelor casei, în ciuda tratamentului la domiciliu cu antidepresive.

Diagnostic

Tulburare depresivă Pe lîngă dispoziția depresivă, d-na C.D., în acest timp, s-a trezit dimineața neobișnuit de devreme, simțindu-se mai rău dimineața decît în restul zilei și și-a pierdut apetitul. Energia și inițiativa sînt diminuate. Se acuză pe sine însăși că a fost o mamă nevrednică și crede că nu-și va putea reveni. Singura trăsătură ce pare să se opună acestui diagnostic - credința că este în legătură cu bunica sa decedată - va fi discutată mai jos.

Schizofrenie Credința d-nei C.D. că este în legătură cu bunica sa decedată a fost prezentă înainte de

îmbolnăvire, fiind în mod clar determinată de interesul ei și al mamei sale pentru spiritism. Este o idee prevalentă, și nu un delir. Nu se constată simptome de prim rang de schizofrenie.

Tulburare de personalitate Cu toate că există variații afective de la ușoară depresie la surplus de energie și bună dispoziție, acestea nu sînt destul de intense pentru a constitui o tulburare de personalitate ciclotimică.

Concluzii Tulburare depresivă

Etiologie Simptomele par să fi fost precipitate de știrile despre infidelitatea soțului. A fost predispusă la o reacție severă datorită trăsăturilor de nesiguranță și gelozie ale personalității ei. Aceeași predispoziție pare să rezulte din (a) depresia apărută după nașterea primului copil, (b) variațiile dispoziției, (c) variațiile similare, dar mai pronunțate, la tatăl ei și internarea de patru ori a fratelui, pentru tratamentul unei tulburări maniaco-depresive.

Este posibil ca tulburarea depresivă să fi fost întreținută, în parte, prin certurile continue cu soțul și prin grijile pentru datoriile făcute de acesta. Știrea despre divorțul surorii sale, urmată de sentimente de tristețe, s-a adăugat îngrijorărilor în privința viitorului propriei căsătorii.

Tratamentul Caracterele simptomatologiei acestei tulburări depresive sugerează probabilitatea unui răspuns bun la amitriptilină în doză adecvată. Faptul că la o doză de 125 mg/zi au apărut puține efecte secundare sugerează o concentrație sanguină mai mică decît media. A fost necesară mărirea dozei la 175 mg/zi. Interviuri comune cu pacienta și cu soțul ei, în încercarea de a rezolva problema conjugală. (Se pare că pacienta are o dorință autentică de împăcare). Soțul va fi sfătuit de către asistentul social asupra demersurilor pe care le are de făcut pentru a-și lichida datoriile.

Prognosticul Dacă situația conjugală se ameliorează, prognosticul imediat este bun. Totuși, factorii predispozanți notați mai sus indică posibilitatea unor noi episoade depresive, mai ales în timpul confruntării cu alți factori de stres.

Lista de probleme

Lista de probleme este o completare utilă a formulării, pentru cazurile cu o situație socială dificilă. O astfel de listă înlesnește identificarea clară a modalităților în care pacientul poate fi ajutat, precum și urmărirea progreselor realizate în direcția obiectivelor terapeutice.

Folosirea listei de probleme poate fi prezentată cu ajutorul a două exemple. Primul (vezi mai jos) se referă la o femeie tînără, măritată, care a luat, în mod

	Problema	Măsuri	Prin cine	Control
1.	Certuri frecvente cu soțul	Interviuri comune	Dr. A	3 săptămîni
2.	Copil de 3 ani cu întîrziere în vorbire	Examinare	Medicul de familie	1 săptămînă
3.	Locuința neîncăpătoare și cu igrasie (conform relatărilor)	Contactarea autorităților	Pacientul	2 săptămîni
4.	Disfuncție sexuală (secundară punctului 1 de mai sus)	Amînată		

impulsiv, o doză nu prea mare de medicamente, fără să fi avut vreodată o tulburare psihică sau o tulburare de personalitate clară.

Pe măsură ce se fac progrese în rezolvarea problemelor de pe listă, pot fi adăugate altele noi, sau se pot modifica cele existente. De exemplu, după cîteva interviuri comune se poate constata că dificultățile sexuale ale pacientei reprezintă cauza și nu efectul problemelor conjugale și că vor trebui realizate consultații în legătură cu problemele sexuale. După aceea, punctul 4 va putea fi abordat în mod adecvat. La fel, dacă examinarea copilului de către medicul de medicină generală ar confirma întîrzierea în vorbire, ar putea fi cerut, după aceea, ajutorul unui specialist.

Adesea este bine ca lista să fie întocmită împreună cu pacientul, pentru ca el să înțeleagă ce se poate întreprinde pentru ca starea sa să se schimbe și ce are de făcut el însuși pentru aceasta.

Liste similare pot fi utile pentru realizarea unui bilanț adecvat al fiecărui caz, în timpul vizitei. Sînt liste care se referă la tratamentul propriu-zis al tulburării psihice, tratament în care medicația ocupă, de multe ori, primul loc. Este bine ca aceste măsuri, deși pot fi listate împreună cu celelalte probleme, să fie redactate separat, ca în exemplul care urmează (referitor la o pacientă de 45 de ani, cu depresie).

Schița biografică (life chart)

Schița biografică este o modalitate de punere în evidență a relațiilor dintre episoadele de tulburare psihică sau somatică și posibili factori de stres din viața pacientului. Un astfel de act este adesea util atunci cînd istoricul bolii este lung și complicat. Este redactat pe trei coloane, una pentru factorii de stres și cîte una pentru tulburările somatice și cele psihice. Rîndurile (orizontale) reprezintă anii din viața pacientului.

	Problema	Măsuri	Prin cine	Control
1.	Tulburare depresivă	Amitriptilină 150 mg./zi	Dr. A	3 săptămîni
2.	Singurătate (copilul este mare)	Va căuta să lucreze (angajată sau voluntară)	Pacientul și asistentul social	5 săptămîni
3.	Timiditate și stîngăcie în societate	Grup de exersare a deprinderilor sociale	Psihologul și sora medicală	4 săptămîni
4.	Menstruații neregulate și abundente	Consult ginecologic	Dr. A	1 săptămînă

Completarea schiței biografice presupune o cercetare amănunțită a localizării în timp a fiecărui eveniment important, ceea ce poate elucida relația dintre tulburările somatice și cele psihice. De exemplu, în cazul unei afecțiuni recurente, gîndite în legătură cu anumiți factori de stres, schița biografică poate demonstra că evoluția a fost regulată și că au existat o multitudine de evenimente comparabile cu așa-numiții factori de stres, evenimente care nu au fost, însă, urmate de episoade de boală. În alte cazuri pot rezulta dovezi convingătoare în ceea ce privește relația dintre afecțiunea respectivă și anumiți factori de stres.

Informarea medicului de familie

Atunci cînd îi adresează o scrisoare medicului de medicină generală, fie după o consultare a pacientului, fie la externarea din spital, psihiatrul trebuie să aleagă acele date despre pacient pe care medicul generalist nu le cunoaște și să răspundă întrebărilor formulate de acesta în biletul de trimitere. Dacă, în trimitere, medicul de familie a schițat trăsăturile importante ale cazului, nu mai este nevoie ca psihiatrul să le repete în scrisoarea sa. Dacă pacientul este mai puțin cunoscut medicului generalist, vor fi date informații mai detaliate; este bine, de multe ori, ca informațiile să fie grupate în paragrafe (anamneză familială, date personale etc.), în așa fel încît datele să poată fi găsite cu ușurință, la nevoie.

De asemenea, dacă diagnosticul de trimitere este corect, nu mai este nevoie de confirmare; dacă nu, vor fi schițate argumentele diagnosticului.

Urmează abordarea tratamentului și a prognosticului. Nu vor fi omise dozele în care medicația a fost administrată. Psihiatrul va indica dacă a dat sau nu o rețetă, pentru cît timp și dacă eliberarea următoarei rețete îi revine tot lui, sau medicului generalist. Dacă a fost pus la punct un plan terapeutic (psihoterapie, terapie comportamentală, asistență socială etc.), scrisoarea va conține numele și profesiunea celor care urmează să-l îndeplinească (de exemplu, psihoterapia de sprijin - dl. Smith, asistentul social al spitalului). Data la care pacientul se va prezenta la un nou consult de specialitate va fi precizată, pentru ca medicul de familie să știe dacă trebuie sau nu să-l vadă pe pacient în acest timp.

Înainte de externarea pacientului din spital sau din staționarul de zi este, de cele mai multe ori, util să i se telefoneze medicului de familie, pentru a discuta cu acesta atitudinea terapeutică ulterioară înainte de a-i trimite scrisoarea de informare. O astfel de discuție prin telefon face posibilă o împărțire realistă a responsabilităților. Altfel, planurile formulate pot fi bine intenționate, dar inadecvate.

RECOMANDĂRI BIBLIOGRAFICE

Engel, G.L. and Morgan, W.K. (1973). *Interviewing the patient,* pp.26-79. W.B. Saunders, London.

Hollander, M. and Wells, C.E. (1980). Medical assessment in psychiatric practice. *In Comprehensive textbook of psychiatry* (4th edn) (eds. H.I. Kaplan and B.J. Sadock), Vol I, pp.543-49. Williams and Wilkins, Baltimore.

Institute of Psychiatry (1973). *Notes on eliciting and recording clinical information.* Oxford University Press, Oxford.

Leff, J.P. and Isaacs, A.D. (1978). *Psychiatric examination in clinical practice.* Blackwell, Oxford.

Pincus, J.H. and Tucker G.J. (1985). *Behavioural neurology* (3rd edn). Oxford University Press, New York.

3 Clasificarea tulburărilor psihice

În psihiatrie, clasificarea încearcă să aducă o oarecare ordine în marea diversitate a fenomenelor întîlnite în practica clinică. Scopul ei este identificarea grupurilor de pacienți ce au în comun caracteristici clinice similare, în așa fel încît să poată fi stabilit tratamentul adecvat și prognosticul cel mai probabil. Cele mai multe sisteme de clasificare au la bază categorii diagnostice, ca, de exemplu, schizofrenia sau tulburările afective. Diagnosticarea este procesul prin care se stabilește locul unei tulburări într-o categorie diagnostică. Marea majoritate a psihiatrilor admit că, în psihiatrie, clasificarea diagnostică este esențială; unii, însă,nu sînt de acord cu această părere.

În medicina generală, clasificarea nu este nici pe departe atît de complicată. Cele mai multe condiții pot fi clasificate pe baza etiologiei (de exemplu pneumonia pneumococică sau virală) sau a anatomo-patologiei (pneumonie lobară sau bronho-pneumonie). Totuși unele condiții medicale generale nu sînt încă clasificabile în acest fel (de exemplu migrena sau nevralgia de trigemen), fiind deci clasificate doar pe baza simptomelor. Tulburările psihice sînt, în bună parte, analoge acestui al doilea grup. Unele au o etiologie organică incontestabilă (cum este fenilcetonuria, mongolismul, sau paralizia generală progresivă), dar cele mai multe nu pot fi clasificate decît pe baza simptomelor.

Acest capitol începe cu o scurtă discuție asupra conceptului de boală mintală. Urmează o conturare a principiilor care stau la baza celor mai multe sisteme de clasificare, apoi o expunere sumară a sistemului folosit în această carte. Anumite probleme controversate sînt trecute în revistă; întîi, obiecțiile față de însăși clasificarea în psihiatrie, apoi opoziția dintre clasificarea categorială și cea necategorială. Apoi sînt descrise căile prin care se poate obține o mai bună punere de acord a psihiatrilor asupra diagnosticului. Aceasta va duce la o descriere a anumitor sisteme de clasificare, inclusiv a principalelor sisteme internaționale. În final, sînt date îndrumări în ceea ce privește clasificarea în practica clinică de zi cu zi.

Conceptul de boală mintală

În limbajul comun, cuvîntul "boală" are o semnificație vagă. În practica psihiatrică, de asemenea, termenul de "boală" (sau afecțiune psihică) este folosit fără multă precizie. A formula o bună definiție a bolii mintale este neașteptat de greu. În practica clinică cotidiană, această dificultate nu are însemnătate mare decît în legătură cu anumite probleme medico-legale, cum este internarea obligatorie în spital. În psihiatria legală, definiția bolii mintale este importantă prin relație cu capacitatea de a pleda, răspunderea penală și alte chestiuni similare.

Este ușor de înțeles de ce practica obișnuită nu se confruntă prea des cu conceptul de boală mintală. Psihiatrul nu lucrează în mod direct cu un concept de o asemenea generalitate. Interesul lui este mai degrabă acela de a da un sens gamei largi de fenomene întîlnite în psihiatrie, pentru a putea ajunge pe cale rațională la prescrierea tratamentului și evaluarea prognosticului. Iar drumul cel mai bun pe care îl are de urmat se adevărește a fi cel ce pornește de la datele de bază (simptome și semne) și le grupează în sindroame, adică în constelații de simptome ce se manifestă frecvent

împreună și au implicații terapeutice și prognostice. În mod obișnuit, psihiatrul merge de la particular spre general și nu invers. Cu toate acestea, conceptul de boală mintală este interesant din punct de vedere intelectual, și, după cum s-a spus mai sus, are implicații medico-legale. De aceea vor fi schițate aici principalele poziții în această problemă.

S-au făcut multe încercări de a defini boala mintală (vezi Wootton 1959), dar cu puține progrese. O abordare obișnuită constă în examinarea întîi a conceptului de boală din medicina generală și căutarea, apoi, a oricărei analogii cu boala mintală. În medicina generală se face o distincție importantă între boală (disease) și afecțiune (illness). Conceptul de boală se referă la patologia organică obiectivă, pe cînd cel de afecțiune privește conștiința subiectivă a unei suferințe sau limitări funcționale. O persoană poate fi bolnavă fără a avea o afecțiune, ca în diabetul bine controlat; sau poate avea o afecțiune fără a fi bolnavă, de exemplu în urma pierderii post-traumatice a unui membru. Totuși această distincție are puțină greutate în domeniul tulburărilor psihiatrice, întrucît cea mai mare parte a acestora nu au substrat organic demonstrabil. Majoritatea tulburărilor psihice sînt privite - și așa este cel mai bine - ca afecțiuni.

Continuînd analogia cu medicina generală, afecțiunea mintală ar putea fi definită în trei moduri diferite: absența sănătății; prezența suferinței; și prezența procesului patologic fie organic, fie psihologic.

Orice fel de afecțiune poate fi definită ca absența sănătății, ceea ce schimbă accentul problemei, dar nu o rezolvă, căci sănătatea este încă și mai greu de definit. De exemplu, O.M.S.-ul a definit sănătatea astfel: "o completă bunăstare fizică, mintală și socială, și nu numai absența bolii sau a infirmității". Așa cum Lewis (1953 b) a spus pe bună dreptate, "cu greu ar putea fi o definiție mai cuprinzătoare decît aceasta, sau mai lipsită de sens". Multe alte definiții ale sănătății au fost propuse, toate la fel de nesatisfăcătoare (vezi Wootton, 1959).

A doua modalitate de abordare definește afecțiunea prin prezența suferinței. Această veche idee are o oarecare valoare practică, întrucît delimitează un grup de persoane care, în general, apelează la consultul medical. Dezavantajul ei este că nu poate fi aplicată tuturor celor care, în termeni obișnuiți, sînt considerați bolnavi. De exemplu, pacienții cu manie pot să se simtă neobișnuit de bine, să nu trăiască nici o suferință, deși cei mai mulți oameni îi privesc ca bolnavi mintal.

În al treilea rînd, boala mintală poate fi definită pornind de la procesul patologic. Unii extremiști, ca Szasz (1960), adoptă părerea că boala nu poate fi definită decît în termenii patologiei somatice. Cum cele mai multe tulburări mintale nu au patologie somatică demonstrabilă, conform acestei păreri ele nu sînt boli. Szasz merge mai departe, afirmînd că, din această cauză, cele mai multe tulburări mintale nu sînt de competența medicilor. Acest tip de argumentație nu poate fi susținut decît luînd patologia într-o accepțiune extrem de îngustă, incompatibilă cu probele disponibile. Astfel, există temeiuri genetice și biochimice pentru a presupune că schizofrenia și tulburările depresive pot avea o bază organică, chiar dacă nu sub forme evidențiabile, morfopatologic (pag.188 și pag.232).

Afecțiunea mintală poate fi, de asemenea, definită în termenii psihopatologiei. Un astfel de punct de vedere a fost adoptat de către Lewis (1953 b), care sugera că afecțiunea poate fi caracterizată prin "perturbarea evidentă a funcțiilor parțiale sau a eficienței generale". În psihiatrie, noțiunea de funcție parțială se referă la percepție, memorie, învățare, afectivitate și alte astfel de funcții psihologice. Astfel, iluziile sau halucinațiile ar fi perturbări ale funcției parțiale de percepție.

Mai mulți autori (Lewis 1953 b; Wootton 1959) au avertizat asupra pericolului definirii afecțiunii mintale în termenii comportamentului social deviat. Se spune adesea că cineva trebuie să fi fost bolnav mintal ca să fi putut comite cutare crimă

atroce sau act sexual anormal (cuvîntul "bolnav" este adesea folosit în acest context). Cu toate că astfel de comportamente antisociale pot fi ieșite din comun, nu este deloc justificat să se tragă semnul de egalitate între ele și afecțiunea mintală. În plus, de la judecarea bolii mintale numai pe criterii de comportament social, pînă la abuzul politic, nu e cale lungă. De exemplu, oponenții unui regim politic pot ajunge să fie izolați în spitale psihiatrice numai și numai pentru că nu sînt de acord cu autoritățile.

Se vede, din exemplele de mai sus, că afecțiunea mintală este greu de definit. După cum s-a menționat deja, în cele mai multe situații nu este nevoie de definirea acestui concept; legea, însă, cere psihiatrilor să diagnosticheze prezența sau absența "afecțiunii mintale", în legătură cu internarea obligatorie sau anumite proceduri judiciare. În fața acestei sarcini, majoritatea psihiatrilor încep prin a separa handicapul mintal și tulburările de personalitate, de afecțiunea mintală, după cum se va explica în secțiunea următoare. Fie implicit, fie explicit, pentru a defini afecțiunea mintală, ei folosesc de obicei conceptul de funcție parțială al lui Lewis, punînd diagnosticul de afecțiune mintală atunci cînd există delir, halucinații, alterări grave ale dispoziției, sau alte perturbări majore ale funcțiilor psihice. În practică, cei mai mulți psihiatri încadrează tulburările psihice în categorii diagnostice, ca, de exemplu, schizofrenia, tulburări afective, stări mintale organice și altele; în mod convențional, ei sînt de acord ca toate aceste categorii diagnostice să fie grupate sub numele generic de afecțiune mintală. Probleme pot apărea cu anomaliile comportamentale ca dependența de drog și anomaliile preferinței sexuale. Din motivele deja prezentate, aceste comportamente deviate nu sînt de obicei privite ca afecțiuni mintale, deși medicii consideră că ele pot beneficia de tratament. Conceptul de boală mintală este excesiv de complicat și într-un spațiu restrîns nu pot fi schițate decît o parte din probleme. Pentru mai multe informații, cititorii pot consulta lucrările lui Lewis (1953 b), Wootton (1959), Farrell (1979) și Häfner (1987) și cartea lui Roth și Kroll (1987).

Nevoia de clasificare

Este nevoie de clasificare în psihiatrie, ca și în medicină, pentru ca medicii - și nu numai ei - să poată comunica fără greutate asupra naturii problemelor pacienților, asupra prognosticului și tratamentului și pentru ca cercetarea să poată fi realizată pe grupuri comparabile de pacienți. Folosirea schemelor de clasificare psihiatrică a fost criticată ca improprie, sau chiar dăunătoare. Aceste critici au diminuat din momentul în care s-a arătat că anumite sindroame răspund la tratamente specifice fiecăruia.

Printre psihiatrii, cei mai importanți critici ai clasificării au fost psihoterapeuții (de exemplu Menninger 1948), a căror muncă privește mai degrabă tulburările nevrotice și de personalitate decît întreaga gamă a tulburărilor psihice. Principalele critici pe care tind să le facă psihoterapeuții sînt două. Prima este că încadrarea pacientului într-o categorie diagnostică abate de la înțelegerea problemelor sale unice. Conform celei de-a doua, pacienții, luați fiecare în parte, nu corespund cu acuratețe categoriilor disponibile. Deși aceste critici sînt importante, ele nu reprezintă decît argumente împotriva folosirii improprii a clasificării. Folosirea clasificării nu este nicidecum incompatibilă cu luarea în considerație a calităților unice ale pacientului; combinarea celor două modalități de a privi pacientul este, într-adevăr, importantă, deoarece calitățile individuale pot modifica prognosticul și trebuie avute în vedere în cursul tratamentului. De asemenea, dacă un mic număr de tulburări nu se pot clasifica, acesta nu este un motiv pentru a renunța la clasificarea tuturor celorlalte. Unii sociologi au sugerat că a încadra o persoană într-o categorie diagnostică înseamnă numai a eticheta ca boală un comportament deviant (de exemplu

Scheff 1963; Lemert 1951). Ei susțin că o astfel de etichetare nu face decît să agraveze dificultățile persoanei în cauză. Desigur că termeni precum cel de schizofrenie sau epilepsie atrag după sine un stigmat social, dar aceasta nu schimbă cu nimic realitatea unor tulburări care provoacă suferință și necesită tratament. Aceste tulburări nu pot fi făcute să dispară doar prin simplul fapt de a înceta să le mai dăm un nume.

Psihoză și nevroză

Unele sisteme de clasificare includ categoriile de nevroză și psihoză. Termenul de **psihoză** se referă, în linii mari, la forme mai severe de afecțiune mintală, cum sînt tulburările mintale organice, schizofrenia și tulburările afective. Au fost propuse numeroase criterii pentru definirea mai precisă a termenului. Severitatea mai mare a afecțiunii este un criteriu evident, dar entitățile care intră în acest grup se pot manifesta atît sub forme grave, cît și ușoare. Lipsa conștiinței bolii este adesea recomandată drept criteriu pentru psihoze, dar conștiința bolii este ea însăși greu de definit (pag.26). Un criteriu mai puțin complicat este neputința de a distinge între experiența subiectivă și realitate, așa cum se întîmplă în cazul delirului și halucinațiilor. Cum nici unul din aceste trei criterii nu este ușor de aplicat, termenul de psihoză nu este satisfăcător. Dar nu numai dificultatea definirii face să nu fie dorită folosirea acestui termen. Mai sînt alte două motive: întîi, entitățile pe care le cuprinde au puține trăsături comune; apoi, clasificarea unei tulburări ca psihoză este mai săracă în informații decît clasificarea ca tulburare distinctă în cadrul psihozelor - de exemplu, ca schizofrenie.

Cu toate că psihoza, ca și categorie, are puțină valoare în schemele de clasificare a tulburărilor mintale, termenul este încă folosit în mod curent, pentru tulburări cărora nu li se poate da un diagnostic mai precis, din lipsă de date suficiente; de exemplu, cînd nu se știe încă dacă o anumită tulburare este schizofrenie sau manie. La fel, este util să fie reținuți termeni ca "tulburări psihotice neclasificate în altă parte" - not elsewhere classified - (în DSMIIIR) și "tulburări psihotice acute sau tranzitorii" (în ICD10-proiect). În fine, forma adjectivală (psihotic) este de largă folosință, de exemplu în termeni ca cel de simptom psihotic (prin care, în general, se înțeleg halucinații, delir și agitație), sau cel de medicament antipsihotic (medicament ce controlează aceste simptome).

Termenul de **nevroză** se referă la tulburări mintale care sînt, în general, mai puțin severe decît psihozele și se caracterizează prin simptome mai apropiate de experiența normală (de exemplu, anxietatea). Istoricul acestui termen este redat la pag.123; aici ne interesează valoarea lui în clasificare. Obiecțiile față de acest termen sînt similare celor aduse termenului de psihoză. Întîi, nevroza este greu de definit (pag.124); apoi, entitățile pe care le cuprinde au puține trăsături comune. În al treilea rînd, printr-un diagnostic mai specific, ca tulburare anxioasă sau obsesivă, se aduc mai multe informații decît prin cel de nevroză. Încă o obiecție, pusă în discuție în manualul atașat DSM-ului III, este aceea că, în lucrările psihodinamice, termenul de psihoză a fost folosit extensiv cu o semnificație etiologică. O astfel de folosire a existat, într-adevăr, și nu este justificată din punct de vedere istoric (pag.123). Dacă această folosire greșită ar fi fost singura obiecție, ar fi fost mai potrivit să i se dea termenului de nevroză o întrebuințare corectă decît să fie abandonat. Cu toate acestea, termenul de nevroză nu este folosit în sistemele americane de clasificare DSMIII și DSMIIIR. În ICD10 (proiect), termenul este reținut sub formă adjectivală, la rubrica "tulburări nevrotice, legate de stres și somatoforme". Totuși, termenul de nevroză, ca și cel de psihoză, continuă să fie folosit în practica clinică de zi cu zi, ca termen la îndemînă pentru tulburările cărora nu li se poate da un diagnostic mai precis.

Tipuri de clasificare

Clasificarea categorială

În mod tradițional, tulburările psihice au fost clasificate prin împărțirea lor în **categorii** presupuse a reprezenta entități distincte. Categoriile au fost definite în termenii tipurilor de simptomatologie, ai evoluției și deznodămîntului diferitelor tulburări. Astfel de categorii s-au dovedit utile atît în practica medicală, cît și în cercetare. Totuși, împotriva lor sînt ridicate adesea trei obiecții. Întîi, în ceea ce privește valabilitatea: nu este sigur că aceste categorii reprezintă entități distincte. În al doilea rînd, multe sisteme de clasificare nu dau definiții și reguli de aplicare adecvate, în așa fel încît categoriile să poată fi mînuite cu siguranță. În al treilea rînd, multe tulburări psihice nu pot fi încadrate cu acuratețe într-o anumită categorie, ele păstrînd o poziție intermediară între două categorii, de exemplu tulburarea schizoafectivă, ce se află între schizofrenie și tulburările afective. Recent, au fost folosite tehnici statistice multivariate, în încercarea de a defini categoriile mai clar. Rezultatele au fost interesante, dar, pînă acum,neconcludente.

Sistemele categoriale includ adesea o **ierarhie** implicită a categoriilor. Dacă se pun două sau mai multe diagnostice, se obișnuiește (deși nu întotdeauna explicit) ca unuia să i se dea întîictate. De exemplu, tulburările mintale organice au întîietate față de schizofrenie. Foulds (1976) a sugerat că această abordare ierarhică trebuie să constituie baza explicită a clasificării în psihiatrie. El a propus o ierarhie a "afecțiunii personale", ale cărei clase (în ordinea crescîndă a priorității) sînt: stările distimice; simptomele nevrotice; "ideile delirante integrate" ("integrated delusions"); "ideile delirante de dezintegrare" (delusions of desintegration). După Foulds, o condiție de înaltă prioritate poate fi însoțită de simptomele unei condiții inferioare ca prioritate, dar numai cea dintîi trebuie diagnosticată. Deși ingenios, acest sistem nu a fost adoptată pe scară largă.

Clasificarea dimensională

Clasificarea dimensională respinge folosirea de categorii separate. În trecut, ea a fost susținută de Kretschmer și alți psihiatri, iar recent a fost promovată energic de către psihologul Eysenck, care spune că nu există nici o dovadă în sprijinul grupării tradiționale în entități distincte. Eysenck (1970 b) a propus în loc un sistem cu trei dimensiuni: psihoticism, nevroticism și introversie - extraversie. Pacienții primesc scoruri pentru fiecare din aceste trei axe. De exemplu, pentru un pacient care, conform sistemului categorial, ar fi diagnosticat cu isterie, teoria lui Eysenck anticipează scoruri înalte pe axele nevroticismului și extraversiei și un scor mic pe axa psihoticismului. Cercetarea ulterioară nu a confirmat anticipări concrete de acest fel; exemplul de mai sus a fost dat în scopul de a reliefa principiile lui Eysenck.

Cele trei dimensiuni au fost stabilite prin diferite procedee de analiză multivariată. Deși atrăgătoare în teorie, trebuie reamintit că ele depind considerabil de ipotezele inițiale și de alegerea metodelor de lucru. Dimensiunea "psihoticismului" are puține legături cu conceptul de psihoză în accepțiunea sa obișnuită. De exemplu, artiștii și deținuții au scoruri deosebit de înalte pe această axă. Dimensiunile nevroticismului și introversiei - extraversiei, deși utile în cercetare, sînt dificil de aplicat pacienților, în practica clinică.

Abordarea multiaxială

Într-un anumit sens, termenul de multiaxial ar putea fi aplicat celor trei dimensiuni de mai sus. Totuși, acest termen este folosit de obicei pentru schemele de clasificare care cuprind două sau mai multe seturi distincte de informații (de exemplu,

simptomele și etiologia). În 1947, Essen-Möller a propus ca sindromul clinic și etiologia să fie codificate separat, pentru a putea identifica, pe de o parte, cazurile cu tablou clinic asemănător, iar pe de altă parte, pe cele cu etiologie similară (Essen-Möller 1971). Un asemenea sistem ar evita lipsa de siguranță în aplicare a schemelor în care tabloul clinic și etiologia se combină pentru a forma definiția unei singure categorii, ca, de exemplu, depresia reactivă.

Au fost propuse mai multe modele multiaxiale. În psihiatria adultului, un astfel de model a fost adoptat în DSMIIIR (pag.70). În pedopsihiatrie este folosită acum, pe scară largă, o variantă a unui sistem cu 5 axe, propus de grupul de lucru al O.M.S. (Rutter și colab. 1975 a, vezi capitolul 20). Sistemele multiaxiale sînt atrăgătoare, dar există și pericolul evident ca ele să devină atît de cuprinzătoare și complicate, încît să depășească posibilitățile practicii curente (vezi Williams 1985).

Categoriile fundamentale ale clasificării în psihiatrie

În psihiatrie au fost folosite mai multe sisteme categoriale de clasificare, însă toate cu aceleași categorii fundamentale (vezi Tabelul 3.1). Prima categorie, **retardarea mintală**, este prezența continuă, din primii ani de viață, a unui deficit al funcționării intelectuale. A doua categorie, **tulburarea personalității**, este înclinația către anumite anomalii comportamentale, prezentă în mod continuu de la începutul vîrstei adulte. Cea de-a treia, **tulburarea mintală**, constă în anomalii ale comportamentului sau ale experiențelor psihologice, al căror debut decelabil se situează după o perioadă de funcționare normală. Pentru ca diagnosticul de tulburare mintală să fie justificat, aceste anomalii trebuie să atingă un anumit grad de gravitate. Tulburările care corespund criteriilor de mai sus și care apar în legătură cu un eveniment stresant sau cu o schimbare de mediu sînt numite **tulburări de adaptare** (adjustment disorders). Este necesară și o a cincea categorie, pentru alte tulburări care nu pot fi încadrate în nici unul din primele patru grupuri; de exemplu, preferințele sexuale anormale sau dependența de drog. Ultimele două categorii privesc tulburările din copilărie; a șasea, pentru tulburările de dezvoltare, a șaptea, pentru alte tipuri de tulburări specifice acestei perioade din viață.

Tabel 3.1 Bazele clasificării

Retardarea mintală
Tulburarea personalității
Tulburarea mintală
Tulburarea de adaptare
Alte tulburări
Tulburările de dezvoltare
Alte tulburări specifice copilăriei

Siguranța diagnosticului

A pune un diagnostic înseamnă a identifica boala și a o încadra într-o categorie pe baza simptomelor și semnelor. Este evident că sistemele de clasificare au valoare redusă atunci cînd psihiatrii, încercînd să pună un diagnostic, nu pot cădea de acord între ei. În ultimii 30 de ani s-a manifestat un interes din ce în ce mai mare față de amploarea și cauzele diverselor neînțelegeri între psihiatri în ceea ce privește

diagnosticul (vezi Kendell 1975). Studii mai vechi au arătat cu prisosință cît este de mare acest dezacord și cît este de mică siguranța (reliability) diagnosticului. În Philadelphia, Ward și colaboratorii (1962) au ajuns la concluzia că, în general, dezacordurile provin din următoarele elemente: inconsecvența pacientului, 5 la sută; tehnica inadecvată a interviului, 33 la sută; folosirea inadecvată a criteriilor diagnostice, 62 la sută. Urmează discutarea pe rînd a ultimilor doi factori (vezi Spitzer și Williams, pentru o analiză a procesului de stabilire a diagnosticului).

Tehnica interviului

Între psihiatri există mari deosebiri în ceea ce privește atît cantitatea de informații pe care o obțin în cursul interviului, cît și integrarea acestora. Astfel, un psihiatru poate sau nu să pună în evidență un fenomen și poate sau nu să-l privească drept un simptom sau semn semnificativ. Au fost găsite deosebiri între grupuri de psihiatri formați în țări diferite, precum și între psihiatri din aceeași țară. După vizionarea acelorași interviuri filmate, psihiatrii americani au reținut mai multe simptome decît cei britanici (Sandifer și colab. 1968), ceea ce probabil reflectă deosebiri de școală între cele două țări.

Diferențele în ceea ce privește punerea în evidență a simptomelor se vor reduce dacă psihiatrii vor învăța să folosească schemele standard de interviu, cum este Examinarea Stării Prezente (E.S.P.) (Wing și colab. 1973); Schema pentru Tulburările Afective și Schizofrenie (S.T.A.S.), care acoperă atît starea prezentă, cît și istoricul (Endicot și Spitzer 1978); și Schema de Interviu Diagnostic a Institutului Național pentru Sănătate Mintală (S.I.D.). Nespecialiștii pot fi și ei învățați să folosească aceste scheme. Ele sînt utile pentru că specifică întîi grupurile de simptome care trebuie căutate, iar apoi definesc simptomele și dau indicații pentru gradarea gravității acestora.

Criteriile diagnostice

Studii internaționale au comparat criteriile diagnostice folosite de diferiți psihiatri. De exemplu, în Proiectul Diagnostic Comun SUA - Regatul Unit, un grup de psihiatri americani și un grup de psihiatri britanici au vizionat aceleași interviuri clinice înregistrate pe bandă video, după care li s-a cerut să formuleze diagnosticele (Cooper și colab. 1972). Prin comparație cu psihiatrii londonezi, psihiatrii din New York au pus de două ori mai des diagnosticul de schizofrenie și, în schimb, mai rar pe cel de manie sau depresie. Continuarea investigațiilor a sugerat că New York-ul nu este tipic pentru America de Nord și că, în alte regiuni din SUA și Canada, practicile diagnostice sînt mai apropiate de cele britanice.

Un al doilea studiu, Studiul Internațional Pilot pentru Schizofrenie, a fost realizat în nouă țări (O.M.S. 1973): Columbia (Cali); Cehoslovacia (Praga), Danemarca (Aarhus), Anglia (Londra), India (Agra), Nigeria (Ibadan), Taiwan (Taipei), SUA (Washington) și URSS (Moscova). Psihiatri din toate aceste țări au realizat interviuri detaliate, folosind Examinarea Stării Prezente. Diagnosticele puse de fiecare din aceștia au fost comparate cu cele ale programului computerizat E.S.P. - CATEGO. S-au constatat apropieri substanțiale între șapte dintre centre, excepție făcînd Moscova și Washingtonul. În Washington,rezultatele au confirmat pe cele ale proiectului SUA - Regatul Unit, descrise mai sus. Psihiatrii din Moscova au folosit și ei, probabil, un concept de schizofrenie neobișnuit de larg, ceea ce ar putea fi rezultatul unei importanțe aparte date cursului bolii în cadrul criteriilor diagnostice.

Într-un al treilea studiu, mai puțin complicat, au fost comparate practicile diagnostice

din Franța, Germania și Marea Britanie (Kendell și colab. 1974). Acordul între psihiatrii germani și cei britanici a fost mai strîns. Psihiatrii francezi au diagnosticat mult mai rar tulburarea maniaco - depresivă. Siguranța diagnosticului poate fi crescută prin definirea clară, în schemele diagnostice, a fiecărei categorii. Fiecare definiție ar trebui să cuprindă mai degrabă simptomele discriminatorii decît pe cele caracteristice. **Simptomele discriminatorii** sînt cele care pot apărea în sindromul definit, dar rar în alte sindroame. Aceste simptome sînt importante pentru diagnostic, dar însemnătatea lor pentru pacienți poate fi redusă și pot fi relativ neimportante în ceea ce privește tratamentul. Un exemplu este ideea delirantă că în mintea pacientului au fost introduse gînduri din afară, un simptom care se întîlnește rar în alte boli decît schizofrenia. **Simptomele caracteristice** apar frecvent în sindromul definit, dar, la fel de bine, și în alte sindroame. Aceste simptome pot avea însemnătate pentru pacient și pot fi importante în planificarea tratamentului, dar nu ajută la diagnostic. Astfel sînt gîndurile suicidare, care apar în tulburările depresive, dar, deasemenea, și în alte entități.

Criteriile diagnostice pot fi formulări descriptive, ca în proiectul I.C.D. 10, sau criterii operaționale mai precise, ca în D.S.M. III R. Definițiile operaționale au fost pentru prima dată sugerate de filozoful Carl Hempel și au fost incorporate într-un important raport către O.M.S. asupra căilor de depășire a problemei diversității clasificărilor naționale (Stengel 1959). În acest context, prin termenul de **definiție operațională** se înțelege specificarea unei categorii prin serii de formulări precise, cu rol de includere și excludere. Criteriile de includere pot fi de două tipuri. **Criteriile conjunctive** sînt cerințe ce trebuie satisfăcute în întregime pentru ca ceva să poată fi inclus într-o categorie. **Criteriile disjunctive** sînt cerințe din care una sau mai multe, dar nu toate, trebuie satisfăcute pentru includere. Primul set detaliat de reguli a fost redactat în SUA de către Feighner și colaboratorii (1972), care au formulat criterii specifice de includere și excludere. O abordare similară a fost adoptată în Criteriile Diagnostice pentru Cercetare (Spitzer și colab. 1978) și în D.S.M.-ul III, care va fi descris în acest capitol cînd sînt folosite criterii de acest fel, un număr însemnat de pacienți pot să nu se potrivească nici uneia din categoriile diagnostice desemnate, trebuind deci să fie încadrați într-o categorie "atipică". Acest grup atipic poate fi neimportant pentru unele tipuri de cercetare, dar poate constitui, totuși, o problemă pentru practica clinică de zi cu zi.

Diagnosticul prin computer

Diagnosticul computerizat garantează că fiecărui caz îi vor fi aplicate aceleași reguli. Programele diagnostice au fost elaborate fie pe baza unui arbore decizional logic, fie pe modele statistice. Programul pe arbore decizional evaluează o secvență de răspunsuri da/nu, făcînd astfel îngustări succesive ale diagnosticului. Se aseamănă, deci, cu diagnosticul diferențial din practica clinică. Acest procedeu a fost pentru prima dată folosit de Spitzer și Endicott (1968) pentru dezvoltarea programului DIAGNO. Mai tîrziu, Wing și colaboratorii (1974) au dezvoltat programul CATEGO, pentru a fi folosit împreună cu Examinarea Stării Prezente. CATEGO s-a dovedit eficient în studii epidemiologice ale tulburărilor psihiatrice majore și minore și acum sînt disponibile date comparative provenind de la diverse grupuri de pacienți și de la populații normale.

În abordarea statistică, datele sînt colectate de la un eșantion de pacienți ale căror diagnostice sînt cunoscute. Apoi, pornind de la această bază de date, este pusă la punct o schemă de clasificare, prin metode statistice. În timp ce metoda arborelui decizional urmează o secvență de reguli arbitrare pe care se sprijină practica clinică

obișnuită, această a doua metodă estimează probabilitatea ca simptomele unui pacient dat să se potrivească cu cele ale pacienților diagnosticați în prealabil.

Valabilitatea schemelor de clasificare

În timp ce siguranța diagnostică poate fi mărită prin măsurile descrise mai sus, nu este mai puțin important ca schemele de clasificare folosite să aibă valabilitate. Chiar dacă diferiți psihiatri pot fi astfel formați încît să atingă grade înalte de acord diagnostic, nu se poate vorbi într- adevăr de o realizare, decît dacă între criteriile diagnostice folosite și tulburările întîlnite în practica clinică există o legătură utilă. Pentru a fi valabilă, o schemă de clasificare trebuie să includă categorii care se potrivesc bine cu experiența clinică (valabilitate de confruntare - face validity). Categoriile trebuie, de asemenea, să permită evaluarea prognosticului tulburărilor psihice (valabilitate predictivă); în mod ideal, ele ar trebui, în plus, să indice asocieri între tulburările psihice și anumite variabile independente, ca, de exemplu, determinările biochimice (valabilitate constructivă).

Pînă acum s-au făcut puține progrese în sensul stabilirii valabilității schemelor de clasificare existente; vezi Spitzer și Williams (1985), pentru problema siguranței și a valabilității în diagnostic.

Alte caracteristici ale sistemelor de clasificare

Alte două caracteristici de care trebuie să se țină seama atunci cînd se evaluează un sistem de clasificare sînt: cuprinderea și ușurința cu care acesta poate fi folosit. Cuprinderea este măsura în care o schemă dispune de categorii pentru toate tulburările întîlnite în practica clinică.

Sistemele de clasificare

În istoria clasificărilor psihiatrice, o contribuție remarcabilă este cea a psihiatrului german Emil Kraepelin, a cărui muncă s-a bazat pe observații clinice detaliate și pe urmărirea în timp a cazurilor. În edițiile succesive ale faimosului său tratat, el a perfecționat împărțirea psihozelor în organice și funcționale și le-a divizat pe acestea din urmă în dementia praecox (numită mai tîrziu schizofrenie) și boala maniaco-depresivă.

În țările europene, sistemele de clasificare au rămas în mare măsură fidele cadrului formulat de Kraepelin. Există două excepții importante: țările scandinave și Franța. În țările scandinave se pune accent pe conceptul de **psihoză reactivă** sau **psihogenă**, ce s-ar manifesta prin simptome paranoide, depresive sau confuzionale, sau, uneori, printr-o combinație a acestora (vezi Strömgren 1985; Cooper 1986).

În Franța, clasificarea se bazează pe o combinație între elemente de psihopatologie și de filozofie existențială (vezi Pichot 1984). Anumite categorii diagnostice folosite în Franța diferă de cele din Europa sau din America de Nord. Este vorba de două categorii speciale: *bouffée délirante* - apariția bruscă a unei stări delirante cu sentimente asemănătoare transei, de durată scurtă și cu prognostic bun. Cu toate că, în timp, această stare se poate transforma în schizofrenie, ea este net delimitată de schizofrenia acută și de boala maniaco- depresivă acută (vezi capitolul 9). *Délires chroniques*, care, în sistemul I.C.D. 10 ar fi clasificate ca "Tulburări delirante persistente", sînt, de asemenea, separate de schizofrenie, căci, în Franța, diagnosticul de schizofrenie nu se pune decît atunci cînd există semne clare de deteriorare a personalității. Aceste *délires chroniques* sînt, la rîndul lor, împărțite în deliruri "nefocalizate", în care sînt afectate mai multe arii de activitate

mintală, și deliruri "focalizate", cu o singură temă delirantă. Acestea din urmă includ mai multe condiții, ca, de exemplu, erotomania, descrisă în Capitolul 10.

În deceniile trei și patru, părerile psihiatrilor americani asupra clasificării erau foarte diferite de ale europenilor. Psihanaliza și doctrina lui Adolf Meyer au făcut ca psihiatria americană să se ocupe mai mult de unicitatea indivizilor, decît de trăsăturile lor comune. În același timp, conceptele diagnostice se sprijineau din ce în ce mai mult pe mecanisme psihodinamice ipotetice.

Recent, însă, atitudinea față de clasificarea psihiatrică s-a schimbat mult în SUA. Un prim pas important a fost introducerea în cercetare a unor criterii stricte de clasificare, după cum s-a mai spus (Feighner și colab. 1972). Acest pas a fost urmat de efortul îndelungat prin care s-a ajuns la noua schemă americană - D.S.M. III.

Clasificarea în țările în curs de dezvoltare

Clasificările puse la punct în Europa și America de Nord nu s-au dovedit în întregime satisfăcătoare pentru țările în curs de dezvoltare, în care perturbările comportamentale pot îmbrăca alte forme. În aceste țări, depistarea simptomelor psihotice acute poate fi deosebit de dificilă, din cauza atipiilor frecvente și nu se poate spune cu siguranță dacă este vorba de entități separate, sau doar de variante ale sindroamelor întîlnite în țările dezvoltate. În cercetarea acestor probleme trebuie luați în considerare factorii culturali și lingvistici sau modalitățile diverse de descriere verbală a emoțiilor și comportamentului; de aceea, pentru cineva din afară, o astfel de cercetare este greu de realizat. Pentru mai multe informații asupra aspectelor culturale ale clasificării, vezi Fabrega 1987; Leff 1981; Murphy 1982; Simons și Hughes 1985; și Yap 1951.

Clasificarea internațională a bolilor (ICD)

Tulburările mintale nu au fost incluse în ICD decît începînd cu a 6-a ediție. Această primă schemă a fost mult criticată. Înainte de a i se face o revizie temeinică, au fost trecute în revistă principiile de clasificare din diverse țări (Stengel 1959) și s-au constatat mari diferențe. Astfel că Stengel a propus o nouă abordare, bazată pe definiții operaționale, însoțită de un glosar și nelegată de nici o teorie etiologică.

A opta ediție (ICD 8), apărută în 1965, a făcut unele progrese, rămînînd, însă, destul de nesatisfăcătoare din mai multe puncte de vedere. Conținea prea multe categorii și permitea codificarea alternativă a cîtorva sindroame; aceasta, probabil, în dorința de a face schema acceptabilă pentru cît mai mulți. Glosarul ICD-ului 8 nu a fost publicat decît în 1972. Între timp, în America și Marea Britanie (General Register Office 1968) apăruse cîte un nou glosar. Nici unul dintre ele nu era destul de detaliat; nu erau puse de acord unul cu celălalt și ambele conțineau inconsecvențe interne.

Înaintea pregătirii următoarei ediții, ICD9, mai multe grupuri de lucru ale OMS au aprofundat practica și principiile clasificării (vezi Kendell 1975). A fost redactat un nou glosar descriptiv, bazat pe glosarul britanic pentru ICD8 (OMS 1978). Schemei de clasificare i-au fost aduse îmbunătățiri, mai ales la secțiunile: tulburări organice, tulburări ale copilăriei și tulburări psihice asociate cu afecțiuni somatice. Cu toate acestea, ICD 9 a păstrat același caracter de compromis, fără îndoială din cauza încercării de a se face larg acceptat. I-au lipsit, de asemenea, reguli detaliate de aplicare. După cum a indicat Kendell (1975), tulburările depresive, conform schemei ICD9, ar putea fi clasificate în mai multe moduri alternative, incompatibile între ele. În ciuda acestor neajunsuri, ICD9 a avut un oarecare succes în încurajarea eforturilor către o mai mare uniformitate a clasificărilor din țări diferite. ICD10 va fi descris separat.

Manualul Diagnostic și Statistic (DSM)

În 1952, Asociația Americană de Psihiatrie a publicat prima ediție a DSM (DSMI),ca o alternativă pentru ICD6 (care, după cum s-a spus mai sus, fusese mult criticat). DSMI a fost influențat de vederile lui Adolf Meyer și Karl Menninger; era însoțit de un glosar simplu, care reflecta acceptarea largă a ideilor psihiatrice în SUA. În 1965 a început lucrul la DSMII, în care au fost reprezentate atît ideile psihanalitice, cît și cele kraepeliniene.

A treia ediție, DSMIII, a apărut în 1980. Fusese pregătită cu multă grijă. Comitetele consultative alcătuiseră proiecte detaliate, obținuseră opiniile a 550 de clinicieni, supunînd apoi rezultatele la teste practice. Se urmărea punerea la punct a unei clasificări cuprinzătoare, cu criterii clare pentru fiecare categorie diagnostică.

DSMIII includea cinci inovații importante. Întîi, pentru fiecare diagnostic erau prevăzute criterii operaționale, cu reguli de includere și excludere a cazurilor. În al doilea rînd, a fost adoptată o clasificare multiaxială cu cinci axe: I - sindroame clinice și "condiții ce nu pot fi atribuite unor tulburări mintale și care necesită urmărire și tratament"; II - tulburări de personalitate; III - condiții și tulburări somatice; IV - severitatea factorilor de stres psiho-sociali; V - cel mai înalt nivel de adaptare funcțională în ultimul an. A treia inovație a constat în revizuirea terminologiei și regruparea unor sindroame. De exemplu, termenii de nevroză și isterie au fost abandonați și toate tulburările afective au fost grupate împreună. A patra schimbare a fost folosirea mai redusă a conceptelor psihodinamice în fundamentarea clasificării; iar a cincea a fost introducerea, în unele locuri, a duratei afecțiunii printre criteriile diagnostice.

DSMIII a reprezentat o realizare importantă. A avut influență în SUA și multe din caracteristicile sale au fost incorporate în noul proiect OMS de clasificare - ICD10. Inevitabil, unele schimbări aduse au fost criticate, de exemplu regula prin care diagnosticul de schizofrenie era restrîns la afecțiunile cu durată mai mare de șase luni; pentru o analiză a DSMIII, vezi Kendell (1983), Mezzich și colab. (1985).

DSM III R

DSMIIIR a apărut ca schemă interimară pentru remedierea unora din defectele DSMIII, pînă la finalizarea revizuirii complete, adică a DSM IV. Principalele categorii ale DSMIIIR sînt redate în Tabelul 3.2. Cele mai importante modificări sînt următoarele. Întîi, clasificarea multiaxială a fost revizuită, axa V referindu-se acum la evaluarea globală a funcționării. În al doilea rînd, s-a renunțat la unele din ierarhiile diagnostice din DSMIII. De exemplu, în DSMIII, un pacient cu simptome de panică și de depresie majoră primea numai diagnosticul de depresie majoră, atacurile de panică fiind privite doar ca simptome asociate; în timp ce, conform DSMIIIR, se pun ambele diagnostice. În DSMIIIR sînt reținute două tipuri de ierarhie: tulburarea mintală organică are prioritate față de orice tulburare ce ar putea produce parte din simptomatologie (de exemplu, față de tulburarea afectivă majoră); și schizofrenia, în același mod, are prioritate asupra altor tulburări (de exemplu, asupra tulburării distimice). În al treilea rînd, s-au adus unele modificări în conținutul axei II. În DSMIII, tulburările specifice de dezvoltare și tulburările de personalitate au fost codificate pe această axă; în DSMIIIR, tulburările globale (pervasive) de dezvoltare și retardarea mintală sînt, de asemenea, codificate pe axa II. A patra schimbare este introducerea unei rubrici noi pentru tulburările de somn. A cincea constă în revizuirea multor chestiuni de detaliu; de exemplu, în locul a trei atacuri spontane în trei săptămîni, este nevoie de patru atacuri în patru săptămîni pentru a stabili diagnosticul de panică. Cu toate că acest tip de modificări de detaliu poate perfecționa diagnosticul, schimbarea criteriilor duce, în același timp, la dificultăți în compararea rezultatelor diferitelor studii epidemiologice

sau clinice, atunci cînd unul din ele s-a bazat pe DSMIII, iar celălalt pe DSMIIIR. Dacă o schimbare nu este suficient justificată (ca în exemplul de mai sus, despre tulburarea de panică), dezavantajele pe care aceasta le aduce pot cîntări mai greu decît avantajele.

Tabel 3.2 Principalele categorii din DSMIIIR.

Tulburări debutînd de obicei în copilărie sau adolescență
Tulburări mintale organice
Tulburări date de substanțe psihoactive
Schizofrenia
Tulburarea delirantă (paranoidă)
Tulburări psihotice neclasificate în altă parte
Tulburări ale dispoziției
Tulburări anxioase
Tulburări disociative și somatoforme
Tulburări sexuale
Tulburări de somn
Tulburări de suprasimulare (factice)
Tulburări ale impulsivității, neclasificate în altă parte
Tulburări de adaptare
Factori psihologici ce afectează condiția somatică
Tulburări de personalitate (codificate pe axa II).

Noua clasificare internațională

Organizația Mondială a Sănătății a lucrat, împreună cu organizații psihiatrice din multe țări, la realizarea celei de-a 10-a ediții a capitolului 5 din Clasificarea Internațională (ICD10); un proiect al acestei ediții este deja disponibil. Cele mai importante categorii diagnostice folosite în proiect sînt cuprinse în Tabelul 3.3.

ICD10 reia multe din realizările conceptuale și taxonomice făcute în DSMIII. Este format din trei părți principale:

1. O prezentare a sistemului multiaxial și a sindroamelor.
2. Un glosar care va face parte din volumul principal al ICD10 și care va avea un plan similar cu cel al glosarului și ghidului din ICD9, conținînd terminologia, un scurt rezumat al caracteristicilor clinice și repere pentru diagnosticul diferențial.
3. Criteriile diagnostice pentru cercetare. Acestea vor constitui o versiune separată a clasificării,cu criterii diagnostice în formă operațională precisă.

Proiectul ICD10 este, în multe direcții, similar cu DSMIIIR, dar cuprinde descrieri clinice și orientări diagnostice mai puțin detaliate și mai puțin restrictive. Există și unele deosebiri importante față de DSMIIIR și anume în ceea ce privește terminologia, gruparea tulburărilor și definirea unor concepte de bază, ca, de exemplu, schizofrenia. Tabelul 3.3. reia lista principalelor capitole din proiectul ICD10. Acesta nu conține distincția, prezentă în ICD9, dintre nevroză și psihoză; dar, spre deosebire de DSMIIIR, păstrează, totuși, termenul de "nevrotic" în capitolul "Tulburări nevrotice, legate de stres și somatoforme".

Vor fi date îndrumări asupra echivalențelor diagnostice între ICD10 și ICD9 pe de o parte și între ICD10 și DSMIIIR pe de altă parte. Vor fi avute în vedere, de asemenea, unele variații locale în aplicarea ICD10; și se speră ca, lăsînd loc pentru aceste variații, să se poată, totuși, lucra cu date internaționale comparabile, obținute

pe bazele categoriale mai largi ale tulburărilor mintale.

În această carte, diferențele dintre proiectul ICD10 și DSMIIIR vor fi discutate în capitolele referitoare la sindroamele clinice.

Tabel 3.3 Principalele categorii în proiectul ICD10

Tulburări mintale organice, inclusiv simptomatice
Tulburări mintale și de comportament date de substanțe psihoactive
Schizofrenia, stări schizotipale și tulburări delirante
Tulburări ale dispoziției (afective)
Tulburări nevrotice, legate de stres și somatoforme
Disfuncții fiziologice asociate cu factori mintali și comportamentali
Anomalii de personalitate și comportament ale adultului
Retardarea mintală
Tulburări de dezvoltare
Tulburări de comportament și emoționale debutînd de obicei în copilărie sau adolescență.

Comparație între DSMIIIR și proiectul ICD10

Cele două sisteme au în comun mai multe categorii. Ambele conțin rubrici pentru tulburările din copilărie și adolescență, tulburările mintale organice, cele date de substanțe psihoactive și tulburările de dispoziție. Una din deosebiri este că ICD10 folosește două categorii - tulburări de dezvoltare și retardare mintală - pentru condiții care, în DSMIIIR, sînt incluse într-o singură rubrică, cea de "tulburări de dezvoltare" (și care este codificată pe axa II). Din restul deosebirilor, cele mai multe rezultă din numărul mare de categorii distincte folosite în DSMIIIR pentru a clasifica stări care, în ICD10, sînt grupate într-un număr mai mic de rubrici mai generale.

În unele cazuri, categoriile mai largi ale ICD10 corespund direct cîte unui grup de categorii din DSMIIIR. Astfel, o singură rubrică din ICD10, "tulburări nevrotice, legate de stres și somatoforme", corespunde la patru categorii din DSMIIIR: tulburarea de anxietate, tulburarea somatoformă, tulburarea disociativă și tulburarea de adaptare. De asemenea, rubrica ICD10 "schizofrenia, stări schizotipale și tulburări delirante" corespunde, în DSMIIIR, celor trei categorii de: schizofrenie, tulburare delirantă și "tulburări psihotice neclasificate înaltă parte". În alte cazuri corespondența este mai puțin exactă. Aceste chestiuni vor fi discutate în capitolele următoare, odată cu descrierea sindroamelor importante. Dăm, totuși, aici două exemple. Categoria de tulburare sexuală din DSMIIIR include disfuncții sexuale și parafilii. În proiectul ICD10, disfuncțiile sexuale apar (împreună cu alte condiții) în cadrul rubricii "disfuncții psihologice asociate cu factori mintali sau comportamentali", iar parafiliile (sub numele de "anormalități ale preferinței sexuale") apar în cadrul "anormalităților de personalitate și comportament ale adultului". Al doilea exemplu privește celelalte două condiții (tulburări de alimentație și tulburări de somn) cuprinse în rubrica I.C.D.10 "disfuncții psihologice asociate cu factori mintali și comportamentali". În D.S.M. III R tulburările de alimentație aparțin rubricii "tulburări debutînd în copilărie și adolescență", iar tulburările de somn constituie rubrică aparte.

Clasificarea din această carte

În această carte, atît clasificarea din DSMIIIR, cît și cea din proiectul ICD10, sînt

discutate în capitolele ce tratează sindroamele clinice; DSMIIIR are adesea întîietate, pentru că este, la ora actuală, sistemul cel mai bine cunoscut. Ca și în alte tratate, tulburările sînt grupate pe capitole, pentru ușurarea expunerii, dar și a înțelegerii. Titlurile acestor capitole nu corespund întotdeauna cu termenii folosiți în DSMIIIR și ICD10; acolo unde apar diferențe, este pentru că s-a căutat ca titlurile să rezume cît mai adecvat conținutul capitolelor.

În DSMIIIR termenul de afecțiune mintală a fost înlocuit cu cel de tulburare mintală, definită ca "un comportament sau un sindrom sau tip psihologic clinic semnificativ, care se manifestă la o persoană și care se asociază cu suferință actuală (un simptom dureros) sau cu incapacitate (afectarea uneia sau mai multor arii funcționale importante), sau cu un risc semnificativ crescut de moarte, durere, incapacitate, sau cu o importantă pierdere a libertății. În plus, acest sindrom sau tip nu trebuie să fie numai un răspuns previzibil la un eveniment deosebit, de exemplu moartea cuiva apropiat." Proiectul ICD10, de asemenea, folosește termenul de tulburare mintală în locul celui de afecțiune mintală. La fel s-a procedat și în această carte (vezi Tabelul 3.4.).

Tabel 3.4 Clasificarea tulburărilor mintale în această carte (Numai rubricile principale).

Tulburări mintale organice
Delirium
Demența
Sindromul amnestic
Tulburări date de substanțe psihoactive
*Tulburări schizofrenice (și tulburări înrudite)**
Tulburări delirante (paranoide)
Tulburări ale dispoziției (afective)
Tulburări depresive
Tulburarea maniacală
Tulburări nevrotice *
Tulburări emoționale minore *
Tulburări anxioase
Tulburarea obsesiv-compulsivă
Tulburări somatoforme
Tulburări disociative
Tulburarea de stres posttraumatică
Tulburări de adaptare
Tulburări de personalitate
Alte tulburări
Tulburări de gen și sexuale
Tulburări factice

Tulburări ale copilăriei și adolescenței
Tulburări de dezvoltare
Tulburări de conduită *
Tulburări emoționale *
Retardarea mintală

---

* Termeni care nu apar în DSMIIIR

Clasificarea în practica de zi cu zi

S-a mai vorbit despre acest subiect, pe scurt, în secțiunea privind formularea cazurilor (p.5). Aici urmează o discuție mai detaliată.

Nu se trece la clasificare înainte de a face istoricul bolii și de a termina examinarea stării mintale a pacientului. Primul pas este analizarea simptomatologiei din ultima lună (relatată de pacient și aparținători) și a simptomelor și semnelor scoase în evidență prin examinarea stării mintale. Apoi se încearcă o corelare a tipului simptomatologic prezent cu una sau mai multe categorii diagnostice ale sistemului de clasificare folosit. Se recurge, dacă este nevoie, la definițiile și regulile de aplicare prevăzute de acesta. În practică, pentru fiecare caz, se ia în considerație numai un mic număr de categorii, celelalte fiind evident inaplicabile. Nu trebuie niciodată uitată distincția dintre simptomele caracteristice și cele discriminatorii (vezi p.68).

În încercarea de corelare a tipului de simptome și semne ale unui pacient cu o anumită categorie diagnostică, pot apărea dificultăți atunci cînd cele mai multe simptome corespund, în afară de unul sau două, care sînt incongruente. De exemplu, un pacient poate prezenta dispoziție depresivă, autoacuzări morbide, trezire matinală precoce, variații diurne ale dispoziției - toate, simptome tipice pentru o tulburare depresivă. În plus, pacientul poate avea ideea delirantă că se vorbește despre el la televizor - simptom tipic schizofreniei. În fața unei astfel de nepotriviri, clinicianul trebuie să reexamineze cazul în întregime și să caute și alte probe în favoarea celui de-al doilea sindrom. Dacă un singur și același simptom rămîne incongruent, iar celelalte sînt congruente, categoria diagnostică, în general, nu se schimbă.

Acest fel de problemă poate fi uneori rezolvat prin abordarea categoriei diagnostice atît longitudinal, cît și în secțiune transversală. Procesul descris pînă acum este cel transversal; adică, încadrarea într-o categorie se bazează pe starea mintală prezentă și pe istoricul simptomelor din ultimele cîteva săptămîni. Metoda longitudinală urmărește natura și evoluția bolii de la debut și pînă în prezent. Se pot compara, de exemplu, simptomele prezente cu cele ale oricărui episod anterior. Dacă în istoricul pacientului descris mai sus există două episoade clare de tulburare afectivă și nici unul de schizofrenie, atunci clinicianul va elimina mai ușor din calcul simptomul atipic (ideea delirantă de relație). Dimpotrivă, existența a două episoade schizofrenice bine definite ar atrage după sine concluzia contrară. Alte informații sînt aduse de aspectele evolutive; un istoric format din episoade distincte, separate prin perioade de remisiune completă, este mai des întîlnit în tulburările afective decît în schizofrenie. Aceste principii pot fi aplicate, bineînțeles, și altor diagnostice diferențiale.

Cînd, în timpul vizitei, sau în formularea scrisă a cazului, se discută problema clasificării diagnostice, este de preferat să se specifice întîi toate categoriile diagnostice posibile și apoi să se ia în considerație probele pentru și împotriva fiecăreia. Lista categoriilor ar putea fi, de exemplu: tulburare depresivă, schizofrenie, tulburare organică. Probele "pentru" constau în simptomele discriminatorii și în evoluția tipică;

probele "împotrivă" includ absența simptomelor esențiale, prezența celor incongruente și evoluția atipică. Cititorului îi poate fi de folos exemplul de formulare de la p.56.

RECOMANDĂRI BIBLIOGRAFICE

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3 rd edn, revised). American Psychiatric Association, Washington D.C.

Kendell, R.E. (1975). *The role of diagnosis in psychiatry* Blackwel Scientific Publications, Oxford.

Lewis, A.J. (1953). Health as a social concept. *British Journal of Sociology* 4, 109-24. Reprinted in Lewis, A.J. (1967).

The state of psychiatry, pp.179-94. Routledge and Kegan Paul, London

Spitzer R.L. and Williams, J.B.W. (1987). Classification in psychiatry. In *Comprehensive textbooh of psychiatry* (4 th edn). (ed. H.I. Kaplan and B.J. Sadock). Willians and Wilkins, Baltimore.

Tischler G, ed. (1987). *Diagnosis and classification in psychiatry* Cambridge University Press, Cambridge.

World Health Organization (1981). *Current state of diagnoses and classification in the mental health field* World Health Organization, Geneva.

Wootton, B. (1959). *Social Science and Social Pathology,* Chapter 7, pp.203-26. George Allen and Unwin, London.

4 Etiologie

Psihiatrii se ocupă de etiologie în două moduri. Întîi, în practica clinică de zi cu zi, ei încearcă să deceleze cauzele tulburărilor psihice pe care le prezintă pacienții. Apoi, în căutarea unei înțelegeri mai largi a psihiatriei, ei urmăresc rezultatele cercetărilor etiologice, rezultate obținute prin studii clinice, studii comunitare sau investigații de laborator. Astfel, prima parte a acestui capitol se ocupă cu cîteva probleme generale legate de diagnosticul etiologic. Cea de-a doua se referă la aplicarea diferitelor discipline științifice la studiul etiologiei.

Cînd examinează, psihiatrul se servește de acel fond comun de cunoștințe despre etiologie format prin studierea de grupuri de pacienți similari, dar pe această bază nu poate ajunge decît la o înțelegere parțială a pacientului pe care îl are în față. De aceea, el va trebui să- și folosească și capacitatea de pătrundere a naturii umane. De exemplu, atunci cînd examinează un pacient cu depresie, psihiatrul știe, desigur, ce descoperiri s-au făcut în psihologie și neurochimie referitor la tulburările depresive, precum și ce anume dovezi există în privința rolului etiologic al factorilor de stres și al predispoziției genetice. În același timp, el va avea, însă, nevoie și de o înțelegere intuitivă, prin care să-și poată da seama că pacientul său se simte, de exemplu; deprimat deoarece a aflat că soția lui are cancer.

Astfel de idei de bun simț constituie o parte importantă a raționamentului diagnostic în psihiatrie, dar trebuie să fie folosite cu atenție, pentru evitarea explicațiilor superficiale. Acuratețea diagnosticului etiologic va crește numai dacă sînt clar înțelese anumite probleme conceptuale. Ele pot fi ilustrate prin istoricul unui caz.

În decursul a patru săptămîni, un bărbat de 35 de ani, căsătorit, a dezvoltat o depresie din ce în ce mai severă. Simptomele au debutat puțin după ce soția l-a părăsit pentru a trăi cu alt bărbat.

Cu mult timp în urmă, mama pacientului primise tratament psihiatric de două ori, întîi pentru o tulburare depresivă severă, apoi pentru manie; în nici una din situații nu s-au decelat factori de mediu care să poată explica boala. Cînd pacientul avea 14 ani, mama sa a plecat să trăiască împreună cu un alt bărbat, lăsîndu-și băiatul numai în grija tatălui. După aceea, timp de mai mulți ani, pacientul s-a simțit nefericit, părăsit, dar pînă la urmă și-a revenit. S-a căsătorit, are doi copii, în vîrstă de treisprezece și zece ani în momentul debutului bolii.

Două săptămîni după ce plecase de acasă, soția pacientului s-a întors, spunînd că făcuse o greșeală și că, de fapt, își iubește soțul. În ciuda acestui fapt, simptomele pacientului au persistat și s-au agravat. A început să se trezească neobișnuit de devreme, și-a abandonat activitățile normale și vorbea uneori despre sinucidere.

În analiza cauzelor acestor simptome, psihiatrul va apela întîi la achizițiile cercetărilor științifice în etiologie. Investigațiile genetice au arătat că, dacă unul dintre părinți suferă atît de manie, cît și de depresie, este deosebit de probabil ca o predispoziție pentru boala depresivă să fie transmisă copiilor. Este, deci, posibil ca acest pacient să fi primit predispoziția de la mama sa. Cercetările clinice au adus, de asemenea, unele informații despre efectele separării copilului de mamă. În cazul de față, însă, aceste informații nu sînt utile, deoarece ele se referă la persoane despărțite de mamă la o vîrstă mai mică decît cea a pacientului. Nu există argumente științifice pentru a interpreta cauzal evenimentul plecării mamei de acasă. Dar, intuitiv, pare probabil ca acest fapt să fi avut importanță. Din experiența cotidiană este de înțeles că un

bărbat se va simți trist dacă este părăsit de soție; și este probabil ca apăsarea să fie cu atît mai mare cu cît evenimentul constituie o repetare a unei experiențe dureroase din propria sa copilărie. De aceea, în ciuda lipsei de dovezi științifice, clinicianul va aprecia intuitiv că depresia pacientului este, probabil, o reacție la evenimentul conjugal.

Același tip de intuiție ar putea sugera că pacientul își va reveni după întoarcerea acasă a soției. În fapt, el nu și-a revenit. Cu toate că simptomele pacientului, în perioada în care soția a lipsit de acasă, păreau inteligibile, ele nu mai păstrează aceeași aparență după întoarcerea acesteia.

Acest caz simplu ilustrează: complexitatea cauzelor în psihiatrie, clasificarea cauzelor, conceptul de stres, conceptul de reacție psihologică și rolul pe care-l joacă în etiologie intuiția și cunoașterea științifică. Aceste probleme vor fi abordate pe rînd.

Complexitatea cauzelor tulburărilor psihice

În psihiatrie, investigația etiologică este complicată prin existența a două probleme. Acestea se întîlnesc și în alte ramuri ale medicinei, însă într-un grad mai redus.

Prima problemă este *îndepărtarea în timp* a cauzelor față de efectul pe care îl produc. De exemplu, se crede, îndeobște, că experiențele copilăriei determină, în parte, apariția nevrozelor la adulți. Este o idee greu de testat, deoarece informațiile necesare pot fi obținute doar în două moduri: fie prin studii care urmăresc aceleași persoane, începînd din copilărie și terminînd mulți ani după aceea, lucru foarte greu de realizat, fie cerînd adulților informații despre experiențele trăite de ei în copilărie, ceea ce este nesigur.

A doua problemă constă în aceea că o *singură cauză* poate duce la *mai multe efecte*, de exemplu există date conform cărora privarea copilului de afecțiunea părintească predispune la comportament antisocial, suicid, tulburare depresivă și altele. Invers, un *același efect* poate fi rezultatul *mai multor cauze*, ceea ce poate fi ilustrat fie prin diversitatea cauzelor la pacienți diferiți, fie prin multiplicitatea acestora la un singur pacient. De exemplu, handicapul mintal (efect unic) poate fi constatat la un număr de copii la care, însă, cauzele sînt reprezentate de anomalii genetice diferite. Pe de cealaltă parte, tulburarea depresivă (efect unic) poate apărea la un pacient în legătură cu o combinație de cauze, precum factorii genetici, experiențele nefavorabile din copilărie și factorii de stres din perioada adultă.

Clasificarea cauzelor

Una și aceeași tulburare psihică poate fi, după cum s-a spus mai sus, rezultatul mai multor cauze. De aceea este necesară o schemă de clasificare a cauzelor. Un mod de abordare util constă în împărțirea cauzelor, pe criterii cronologice, în: predispozante, precipitante și de întreținere.

Factori predispozanți

Aceștia sînt factori a căror acțiune începe, de cele mai multe ori, în primii ani de viață și care determină vulnerabilitatea persoanei față de agenții etiologici care, mai tîrziu, vor însoți apariția bolii. Aici sînt incluse zestrea genetică, viața *intrauterină*, precum și factorii fizici, psihologici și sociali ce acționează asupra sugarului și în prima copilărie. Termenul de **constituție** este adesea folosit în descrierea ansamblului structurat de trăsăturile fizice și psihice ale unei persoane în oricare moment din viața sa. Acesta se schimbă pe măsură ce viața merge înainte, sub influența altor și

altor factori fizici, psihologici și sociali. Unii autori restrîng înțelesul termenului de constituțional la trăsăturile prezente încă de la începutul vieții, pe cînd alții includ și caracteristici dobîndite mai tîrziu (sens adoptat și în această carte). Conceptul de constituție cuprinde și ideea că o persoană poate fi predispusă la o anumită tulburare (ca, de exemplu, schizofrenia), chiar dacă aceasta din urmă nu se manifestă niciodată. Din punctul de vedere al etiologiei psihiatrice, o parte importantă a constituției este personalitatea.

Personalitatea este întotdeauna un element esențial în abordarea etiologiei fiecărui caz. De aceea, psihiatrul trebuie să fie pregătit să aloce destul de mult timp conversației cu pacientul și cu cei care-l cunosc bine, în scopul de a-și forma o imagine clară despre personalitatea acestuia. Odată realizată evaluarea personalității, se poate mai ușor explica de ce pacientul a fost sensibil la unii factori de stres și de ce a reacționat într-un anumit fel și nu în altul. Este evident că personalitatea fiecărui pacient are o mare importanță în clinică și acest fapt contrastează cu volumul mic de informații științifice pertinente disponibile pînă acum. Pentru evaluarea personalității este, de aceea, deosebit de importantă dobîndirea unor deprinderi clinice temeinice, printr-o practică supervizată.

Factori precipitanți

Acești factori sînt evenimente care se petrec cu puțin timp înainte de debutul unei tulburări și care par să fi indus tulburarea respectivă. Pot fi factori fizici, psihologici sau sociali. Capacitatea lor de a produce o tulburare, precum și tipul de tulburare rezultat, depind în parte de existența factorilor constituționali (după cum s-a spus mai sus). Factorii precipitanți fizici sînt, de exemplu, tumorile cerebrale și medicamentele. Printre cei psihologici și sociali se numără adversități ca pierderea unei slujbe și modificări ale obișnuințelor de zi cu zi, de exemplu schimbarea domiciliului. Uneori același factor poate acționa pe mai multe căi; de exemplu, un traumatism cerebral poate induce tulburări psihice atît prin acțiunea directă asupra creierului, cît și indirect, în urma modificărilor, greu de suportat, care apar în viața pacientului.

Factori de întreținere

Acești factori prelungesc cursul unei tulburări după ce ea a fost provocată. Este deosebit de important să nu fie scăpați din vedere la alcătuirea planului terapeutic. Factorii inițiali, predispozanți și precipitanți, pot să-și fi încetat deja acțiunea în momentul în care pacientul se prezintă la medic, așa încît singura abordare terapeutică rațională rămîne cea legată de factorii de întreținere. Astfel, în multe tulburări psihice, apar la puțin timp după debut demoralizarea secundară și izolarea socială care, la rîndul lor, contribuie la întreținerea tulburării inițiale. Indiferent de instituirea sau nu a unui tratament specific, se impune, adesea, abordarea acestor factori secundari.

Conceptul de stres

Discuțiile despre stres se pretează adesea la confuzie, termenul având două semnificații. Întîi, termenul se referă la evenimente sau situații (de exemplu, pregătirea unui examen) care pot avea un efect nefavorabil asupra persoanei. În al doilea rînd, noțiunea de stres desemnează efectele adverse induse astfel, efecte ce constau în modificări psihologice sau fiziologice. În abordarea problemelor etiologice se recomandă delimitarea celor două înțelesuri.

Astfel, evenimentele și situațiile despre care s-a vorbit mai sus pot fi numite

factori de stres (stressors). Aceștia pot fi fizici, psihologici și sociali; numărul lor este foarte mare. Termenul de factor de stres este uneori extins la evenimente care, în momentul producerii lor, nu sînt resimțite ca adverse, dar pot avea, totuși, pe termen lung, un efect nefavorabil. De exemplu, o competiție strînsă , care se însoțește, pe moment, de un sentiment plăcut de încordare, poate fi urmată, mai tîrziu, de oboseală, lipsă de interes etc.

Efectul asupra persoanei poate fi desemnat prin termenul de **reacție de stres** (stress reaction), în scopul delimitării de evenimentele care l-au provocat. Această reacție include un răspuns nervos vegetativ (de exemplu, creșterea tensiunii arteriale), unul endocrin (precum creșterea secreției de adrenalină și noradrenalină) și unul psihologic (de exemplu, o stare de încordare).

Conceptul de reacție psihică

După cum s-a menționat deja, faptul că suferința psihică poate apărea ca reacție la evenimente neplăcute este aproape unanim recunoscut. Uneori, asocierea dintre eveniment și suferință este evidentă; de exemplu, cînd soțul este deprimat în urma morții soției. Alteori, însă, nu este deloc clar dacă tulburarea psihică este, într-adevăr, o reacție la eveniment, sau dacă este vorba doar de o simplă coincidență; de exemplu, atunci cînd un bărbat devine deprimat după moartea unei rude mai îndepărtate. Pentru precizarea legăturii etiologice dintre o reacție psihică și anumite evenimente, Jaspers (1963, p. 392) recomanda folosirea a trei criterii. În primul rînd, evenimentele trebuie să apară ca suficient de severe și de apropiate în timp de debutul reacției psihice. În al doilea rînd, se cere o legătură clară între natura evenimentelor și conținutul tulburării psihice (în ultimul exemplu de mai sus, bărbatul ar trebui să fie preocupat de idei referitoare la acea rudă îndepărtată). În al treilea rînd, din momentul în care evenimentele își încetează acțiunea, reacția psihică trebuie să înceapă să scadă în intensitate pentru ca apoi să dispară (bineînțeles, cu excepția cazului în care se poate demonstra că au intrat în funcțiune factori de întreținere). Aceste trei criterii sînt foarte utile în practica clinică, deși, în multe cazuri, aplicarea lor este dificilă (mai ales pentru cel de-al doilea criteriu).

Înțelegerea și explicarea

S-a spus, la începutul capitolului, că aprecierile etiologice referitoare la pacienți trebuie să folosească atît cunoștințele provenite din rezultatele cercetărilor clinice, cît și intuițiile experienței de zi cu zi. Aceste două căi prin care tulburările psihice pot căpăta un sens au fost numite de către Jaspers (1963, p. 302) **Erklären**, respectiv **Verstehen**. În germana cotidiană, acești termeni înseamnă "explicație", respectiv "înțelegere" și sînt, de obicei, traduși ca atare în versiunile engleze ale scrierilor lui Jaspers. Totuși, Jaspers le dăduse un sens special. El a folosit *Erklären* pentru a desemna acel tip de afirmație cauzală care este întîlnit în științele naturii (de exemplu, afirmația că un pacient are comportament agresiv din cauza unei tumori cerebrale). Iar prin *Verstehen*, Jaspers se referea la înțelegerea psihologică sau la priceperea intuitivă a legăturilor firești dintre evenimentele din viața unei persoane și starea sa psihologică, ceea ce în engleza familiară se exprimă prin "a se pune în pielea altuia". Un exemplu ar fi afirmația: "pot să înțeleg de ce pacientul s-a înfuriat cînd soția sa a fost insultată de un vecin".

Aceste distincții sînt suficient de clare atunci cînd pacienții sînt luați în considerare separat. Apar, uneori, confuzii atunci cînd, pornind de la înțelegerea unui anumit caz, se încearcă, prin generalizare, formularea unor principii de largă aplicabilitate.

În aceste situații, înțelegerea poate fi luată drept explicație. Jaspers a sugerat că unele idei psihanalitice sînt modalități speciale de înțelegere intuitivă, obținute prin generalizare, pornind de la studiul detaliat pe persoane separate. Acestea nu constituie explicații care să poată fi verificate științific. Ele sînt mai degrabă înrudite cu acea pătrundere a naturii umane ce poate fi dobîndită prin lectura marilor opere literare. O astfel de capacitate are o mare importanță în orice lucru cu oamenii și ar fi greșit ca, în psihiatrie, ea să fie ignorată. O greșeală tot atît de mare, însă, ar fi confuzia cu tipul științific de abordare.

Etiologie în cazuri individuale

Modul de formulare a diagnosticului etiologic a fost discutat în Capitolul 2 (pag. 57). Se dădea ca exemplu o femeie de 31 ani care devenise din ce în ce mai deprimată. S-a arătat cum pot fi grupați factorii etiologici în predispozanți, precipitanți și de întreținere și, de asemenea, cum pot fi combinate cunoștințele științifice (în cazul acela, genetice) cu înțelegerea intuitivă a personalității și a efectelor pe care necazurile din familie le-au avut asupra pacientului. Înainte de continuarea acestui capitol, poate fi utilă recitirea formulării de la p. 56.

Modalități de abordare a etiologiei

Înainte de a descrie contribuția diferitelor discipline științifice la descifrarea factorilor etiologici, vom prezenta modele etiologice folosite în psihiatrie. Modelul este un instrument de ordonare a informațiilor. Ca și teoria, acesta caută să explice anumite fenomene, dar într-o manieră largă și cuprinzătoare care nu este ușor de contestat.

Modele reducționiste și non-reducționiste

Modelele explicative pot fi împărțite în două largi categorii. Cele reducționiste urmăresc înțelegerea cauzalității printr-un mers înapoi către nivele anterioare din ce în ce mai simple. Astfel sînt: modelul medical descris mai jos și modelul psihanalitic. Acest tip de model poate fi exemplificat prin afirmația că schizofrenia este determinată de o tulburare de neurotransmitere în anumite zone cerebrale.

Modelele non-reducționiste încearcă introducerea problemelor discutate în cadre din ce în ce mai largi, prin corelarea lor cu alte probleme. Modelele explicative din sociologie sînt de acest tip. În psihiatrie, un exemplu de folosire a modelului non-reducționist este afirmația că procesul cauzal al schizofreniei își are originea în familia căreia pacientul îi aparține: el nu este decît elementul cel mai evident dintr-un grup de persoane dereglat în totalitatea sa.

Este puțin probabil ca etiologia tulburărilor psihice să poată fi înțeleasă prin folosirea exclusivă a unuia din aceste două modele. Diferitelor tipuri de tulburări par să li se potrivească modalități explicative diferite.

"Modelul medical"

Dintre modelele etiologice folosite în psihiatrie, așa-numitul model medical ocupă locul cel mai important. El reprezintă o strategie generală de cercetare care s-a dovedit utilă în medicină, mai cu seamă în studiul bolilor infecțioase. Întîi este identificată entitatea clinică, adică o grupare de simptome constantă, cu o evoluție caracteristică și cu constatări post-mortem specifice. Apoi, sînt căutate cauzele

necesare și suficiente. În cazul tuberculozei, de exemplu, cauza necesară, reprezentată de bacilul Koch, nu este prin ea însăși suficientă. Devine, însă, cauză suficientă, atunci cînd se conjugă cu subnutriția sau cu scăderea rezistenței.

Modelul medical s-a dovedit util și în psihiatrie, deși nu în toate situațiile. Se potrivește mai ales sindroamelor organice, cel mai bun exemplu fiind paralizia generală progresivă, a cărei cauză este infecția treponemică a creierului. Este mai puțin adecvat nevrozelor, care par, mai degrabă, o exagerare a reacțiilor psihologice normale față de evenimente. Astăzi, modelul medical ar putea fi numit mai bine model organic, mai ales pentru că medicina generală adoptă acum un cadru etiologic mai larg, în care este inclusă ideea că unele tulburări reprezintă variații cantitative față de normal.

Modelul comportamental

Unele tulburări precum isteria, devierile sexuale, auto-vătămarea deliberată, abuzul de alcool și drog, actele repetate de delincvență, care necesită asistență psihiatrică, se potrivesc cu greu modelului medical de abordare. Modelul comportamental constituie o alternativă pentru înțelegerea acestor tulburări. Este un model în care explicațiile pornesc de la factorii care determină comportamentul normal: impulsiuni, reîntăriri, influențe sociale și culturale, precum și procese psihologice manifestate prin atitudini, credințe și așteptări. Modelul comportamental nu presupune posibilitatea unei distincții clare între normal și anormal, ci doar o gradare continuă, ceea ce constituie un mod util de abordare a multor afecțiuni pe care psihiatrul le are în îngrijire.

Cu toate că modelul comportamental lucrează, în primul rînd, cu cauze psihologice și sociale, el nu exclude cauzele genetice, fiziologice sau biochimice. Aceasta deoarece tipurile comportamentale normale sînt în parte determinate de factori genetici, iar unii factori psihologici, precum reîntărirea (reinforcement), își sprijină acțiunile și pe mecanisme fiziologice și biochimice. De asemenea, modelul comportamental folosește explicații atît reducționiste cît și non-reducționiste. De exemplu, anomaliile comportamentale pot fi explicate pornind de la condiționări anormale (un model reducționist), sau de la o rețea de influențe sociale (un model non-reducționist). Pentru o trecere în revistă a diferitelor modele folosite în etiologia psihiatrică, cititorul este trimis la McHugh și Slavney (1986).

Știința în descifrarea etiologiei tulburărilor psihice

Principalele grupe de discipline care au contribuit la cunoașterea etiologiei tulburărilor psihice sînt: studiile clinice și epidemiologia; genetica, biochimia, farmacologia, fiziologia și neuropatologia; psihologia experimentală, etologia și psihanaliza. În această secțiune, fiecare grup este discutat pe rînd, urmărindu-se întrebările: Ce fel de probleme ale etiologiei tulburărilor psihice pot fi lămurite de fiecare din aceste discipline? Cum încearcă, în general, fiecare disciplină să formuleze răspunsuri? Există dificultăți speciale în aplicarea metodelor fiecărei discipline la tulburările psihice?

Studiile clinice descriptive

Înainte de a trece la abordările științifice mai elaborate, merită atenție studiile clinice simple, a căror valoare nu a scăzut de-a lungul timpului. Psihiatria s-a dezvoltat pe

astfel de studii. De exemplu, concepția că schizofrenia și tulburările afective au, probabil, cauze diferite se bazează, pînă la urmă, pe minuțioasele studii clinice și de evoluție realizate de generațiile anterioare de psihiatri.

Vor fi date aici numai două exemple din multitudinea de cercetări clinice care au adus contribuții importante la cunoașterea în psihiatrie. Ambele sînt luate din literatura britanică, dar exemple similare ar fi putut fi găsite, tot atît de bine, în literatura europeană continentală sau americană.

Este bine ca cei ce se îndoiesc de valoarea studiilor clinice descriptive să citească lucrarea lui Aubrey Lewis despre "melancolie" (Lewis, 1934), în care este descrisă o cercetare detaliată a simptomelor și semnelor la 61 de cazuri de tulburare depresivă severă. Nu există, în limba engleză, o lucrare care să facă o prezentare mai bogată și mai exactă a acestei afecțiuni. Este o sursă de informații inestimabilă despre trăsături ale tulburărilor depresive care nu sînt tratate de către metodologia modernă. Observațiile atente ale lui Lewis au atras atenția asupra unor probleme nerezolvate, printre care natura lentorii, relația dintre depersonalizare și modificările afective, prezența simptomelor de manie, precum și justificarea clasificării tulburărilor depresive în reactive și endogene. Nici una din aceste probleme nu a fost încă rezolvată complet, dar analizei lui Lewis îi revine meritul de a fi atras atenția asupra lor.

Al doilea exemplu este un studiu de evoluție clinică realizat de Roth (1955). Un lot de pacienți mai vîrstnici au fost împărțiți, în funcție de simptomatologie, în cinci grupuri diagnostice: tulburări afective, parafrenie tardivă, stări delirante acute sau subacute, demență senilă și demență arteriosclerotică. La toate aceste grupuri, evoluția a fost diferită. Doi ani mai tîrziu, aproximativ două treimi din pacienții cu psihoze afective se însănătoșiseră; în jur de patru cincimi din cei cu demență senilă și aproape tot atîția din cei cu demență arteriosclerotică decedaseră; mai mult de jumătate din pacienții parafrenici erau în viață, dar încă în spital; iar dintre cei cu stări confuzionale acute, jumătate erau sănătoși și jumătate muriseră. Aceste rezultate au confirmat valoarea diagnosticelor inițiale și au respins concepția mai veche, conform căreia, la vîrstnici, tulburările afective și paranoide ar fi făcut parte dintr-o tulburare degenerativă unică ce putea, de asemenea, debuta ca demență. Această cercetare a ilustrat clar felul în care o urmărire clinică atentă poate face lumină în chestiuni legate de etiologie.

Deși multe din subiectele care se potrivesc cu acest tip de cercetare au fost deja abordate, nu rezultă de aici că nu mai merită întreprinse studii clinice. De exemplu, un studiu mai recent, în care este descris sindromul de bulimia nervosa, are de asemenea implicații etiologice (Russell 1979). Investigațiile clinice bine conduse au toate șansele să păstreze un loc important în cercetarea psihiatrică, mulți ani de acum înainte.

Epidemiologia

Epidemiologia este studiul distribuției unei boli în spațiu și timp într-o populație și al factorilor care influențează această distribuție. Obiectul său este boala în cadrul grupurilor de persoane, și nu individul separat.

În psihiatrie, epidemiologia caută să răspundă la trei mari tipuri de întrebări: care este prevalența tulburărilor psihice în o populație expusă influenței factorilor de risc; care sînt trăsăturile clinice și sociale ale sindroamelor, sau ale tipurilor de comportament și ce factori pot fi importanți în etiologie?

Studiile de **prevalență** pot fi utile în planificarea serviciilor psihiatrice. Cele referitoare la **sindroame** pot fi folositoare în practica clinică; de exemplu, cercetări

epidemiologice au arătat că riscul suicidar este mai mare la bărbații în vîrstă și care prezintă anumite caracteristici, precum singurătatea, abuzul de alcool și de drog, afecțiuni fizice sau psihice și antecedente heredo-colaterale suicidare.

Studiile epidemiologice referitoare la **etiologie** se ocupă de factorii predispozanți și precipitanți și cu corelațiile sociale ale afecțiunii psihice. Dintre factorii predispozanți, influența eredității a fost investigată prin studii pe familii, pe copii adoptați și pe perechi de gemeni (vezi mai departe, secțiunea referitoare la genetică). Alte exemple sînt: influența vîrstei materne asupra riscului de sindrom Down, dezvoltarea psihică a prematurilor în diferite etape ulterioare și efectele psihologice ale pierderii unuia sau a ambilor părinți în timpul copilăriei. Studiul factorilor precipitanți cuprinde cercetarea evenimentelor de viață (vezi secțiunea următoare, referitoare la științele sociale).

Despre **corelațiile sociale** ale tulburărilor psihice s-au făcut numeroase studii. În Statele Unite, de exemplu, Hollingshead și Redlich (1958) au găsit că schizofrenia era de unsprezece ori mai frecventă la clasa socială V decît la clasa socială I. Prin ea însăși, această descoperire nu are implicații etiologice, dar sugerează studierea factorilor asociați cu clasa socială (de exemplu, condiții de locuit nesatisfăcătoare) și ridică, apoi, problema interpretării acestor asociații, de exemplu, pacienții cu schizofrenie alunecă spre păturile sociale inferioare după debutul bolii, sau făceau parte din acestea încă de la început? Mai multe studii epidemiologice s-au concentrat asupra locului de reședință. În general s-a constatat o frecvență mai mare a schizofreniei în zone cu condiții mediocre de locuit și cu o proporție mai mare de persoane care trăiesc singure; în timp ce psihoza maniaco-depresivă și nevrozele erau mai frecvente la cei care trăiesc în zone mai prospere (vezi, de exemplu, Hare, 1956 b). Aceste rezultate sînt greu de interpretat din moment ce nu este clar dacă ele sînt în mod direct datorate factorilor ambientali sau provin din alte cauze, precum ereditatea, metodele de creștere a copiilor, tipurile de căsătorie sau decăderea socială a bolnavilor psihici.

Rata-frecvența - conceptul fundamental al epidemiologiei - este raportul dintre numărul de cazuri și numărul de persoane dintr-o anumită populație. Prin caz se înțelege fie un episod de boală, fie o persoană care este sau a fost bolnavă. Ratele pot fi calculate pentru un moment anume (**prevalența de moment** - point prevalence) sau pentru un interval definit (**prevalența de perioadă** - period prevalence). Alt concept - **incidența** (inception rate) - ia în calcul numărul de persoane sănătoase la începutul perioadei respective și care s-au îmbolnăvit pe parcursul acesteia. Pentru a calcula **expectanța pe viață** (lifetime expectation) se pornește de la o estimare a numărului de persoane la care, de-a lungul vieții, ar putea apărea o anumită boală. În **studiul pe cohortă** este urmărit un grup de persoane, pe o perioadă de timp definită, pentru a determina apariția sau modificarea unor caracteristici în prezența sau nu a expunerii la agenți potențial nocivi importanți (de exemplu, cancerul pulmonar și fumatul).

Trei aspecte metodologice sînt deosebit de importante în epidemiologie - definirea populației expuse factorilor de risc, definirea și depistarea cazurilor. Este esențial ca populația expusă să fie definită cu acuratețe. Se poate alege fie totalitatea persoanelor care locuiesc într-o anumită zonă (de exemplu, o regiune, o insulă sau o zonă arondată unei unități sanitare), fie un subgrup populațional selectat după caracteristici definitorii importante, precum vîrsta sau sexul.

Definirea cazurilor este problema centrală a epidemiologiei psihiatrice. O entitate precum sindromul Down este relativ ușor de definit; pînă nu demult, însă, nu același lucru se putea spune despre tulburările afective sau despre schizofrenie. Un mare pas înainte a fost apariția tehnicilor standard de definire, identificare, evaluare și

clasificare a tulburărilor psihice. Un exemplu este Examinarea Stării Prezente (Wing și colab. 1947) și programul computerizat corespunzător (CATEGO). Interviul standardizat a fost folosit, de exemplu, în Studiul Internațional Pilot pentru schizofrenie (vezi pag.222). Pe lîngă diferențele de practici diagnostice (prezentate la pag.66), studiul a demonstrat că tulburări întrunind criteriile precise pentru schizofrenie apar într-o mare varietate de spații culturale - o descoperire pe care oricare din teoriile etiologice existente va trebui să o explice.

Pentru depistarea cazurilor se folosesc două metode. Prima recurge la cazurile cunoscute unităților sanitare sau altor instituții (cazuri declarate). Rata internărilor în spital poate fi un indicator destul de bun al frecvenței afecțiunilor psihice majore, indicator care nu poate fi, însă, folosit și pentru tulburări ca alcoolismul sau fobiile. În plus, frecvența internărilor este influențată de factori externi, precum accesibilitatea unităților spitalicești, atitudinea medicilor, criteriile de selectare a pacienților și legislația referitoare la internarea obligatorie. Prin a doua metodă se încearcă depistarea, în comunitate, atît a cazurilor declarate, cît și a celor nedeclarate. Cînd sînt luate în studiu comunități întregi, tehnica cea mai adecvată constă din două stadii succesive: un screening preliminar pentru depistarea cazurilor potențiale printr-un chestionar auto-estimativ, precum Chestionarul General de Sănătate (Goldberg 1972), urmat de examinarea detaliată, prin interviu psihiatric standardizat, a cazurilor potențiale.

Științele sociale

Multe din conceptele folosite de sociologi au relevanță în psihiatrie. Concepte precum clasa socială și subcultura (vezi pag.83) s-au dovedit utile în studiile epidemiologice care au demonstrat o prevalență mai mare a schizofreniei în clasele sociale inferioare. Cu ajutorul conceptelor de stigmat și etichetare s-au realizat analize ale handicapului persoanelor cu afecțiuni psihice cronice care trăiesc în comunitate; iar efectele tratamentului asupra pacienților internați au fost înțelese mai bine considerînd spitalele ca instituții ce modifică comportamentul persoanelor care le locuiesc. Conceptul de devianță socială a fost util în studiul comportamentului delincvent la adolescenți. În fine, comportamentul de boală este un concept care a fost folosit cu succes în cercetarea consecințelor psihologice ale bolii somatice.

Din nefericire, unele din aceste idei promițătoare au fost utilizate fără critică (de exemplu, ideea că afecțiunea psihică nu este altceva decît o etichetă aplicată persoanelor deviante social - "mitul afecțiunii psihice"). Această dezvoltare teoretică atrage atenția asupra nevoii evidente ca teoriile sociologice să fie verificate prin colectarea de date adecvate, în același mod în care sînt testate și alte teorii.

Unele din conceptele sociologice se suprapun cu cele ale psihologiei sociale, de exemplu teoria atribuirii (care privește modul în care oamenii interpretează cauzele evenimentelor din viața lor, precum și părerile lor despre ei înșiși). Studiul evenimentelor de viață - parte importantă a cercetărilor sociologice - folosește metode epidemiologice (vezi mai jos).

Studii transculturale

Studii făcute în societăți diferite au atras atenția asupra unei distincții importante. În culturi diferite, trăsăturile biologice ale tulburării psihice sînt, aproape întotdeauna, similare, în timp ce trăsăturile condiționate psihologic și social iau adesea aspecte variate. Cunoașterea acestor variații este importantă pentru înțelegerea etiologiei tulburărilor psihice la persoane din grupuri de imigranți . Astfel, simptomele "de nucleu" din schizofrenie sînt aceleași la pacienți provenind din societăți foarte diferite,

în timp ce simptomele unor forme mai puțin severe de tulburare anxioasă sau depresivă diferă considerabil. De exemplu, în India, pacienții cu tulburări anxioase vor acuza mai degrabă simptome somatice decît emoționale.

Studiul evenimentelor de viață

Metodele epidemiologice au fost folosite în studii sociale referitoare la asociații dintre unele afecțiuni și anumite tipuri de evenimente din viața unei persoane. Wolff a făcut studii de morbiditate la cîteva sute de persoane timp de mai mulți ani și a găsit o frecvență mult mai mare a episoadelor de boală în momentele în care în viața persoanei se producea o modificare (vezi Wolff 1962). Rahe și colaboratorii săi au încercat să aducă îmbunătățiri măsurătorilor cu grad mare de subiectivitate făcute de Wolff (Rahe și colab. 1967; Holmes și Rahe 1967). Ei au folosit o listă cu 41 de tipuri de astfel de modificări (legate, de exemplu, de muncă, locuință, situație financiară și relații în familie), cotîndu-le pe fiecare în funcție de severitate, de pildă 100 pentru moartea soțului/soției, 13 pentru permisie la un militar.

După cum arată ultimele două exemple, modificările pot fi dorite sau nedorite și se pot afla sau nu sub controlul direct al persoanei. Într-un studiu făcut pe militari din Marina Statelor Unite, Rahe și colab. (1970) au găsit că cei cu scorurile cele mai mari pe lista acestor modificări au avut și cel mai mare număr de îmbolnăviri de toate felurile, ceea ce sugerează un risc de îmbolnăvire mai mare atunci cînd condițiile de viață se modifică, decît în perioadele lipsite de evenimente.

În studii ulterioare, termenul de eveniment de viață a fost folosit frecvent. Metodele precedente au fost modificate, de către cercetători, sub cinci aspecte:

(1) în scopul de a reduce numărul de erori ce pot apărea în evocarea evenimentelor, investigațiile se concentrează la perioade limitate de timp;

(2) se fac eforturi pentru datarea cu acuratețe a debutului afecțiunii;

(3) se încearcă excluderea acelor evenimente care ar fi putut fi determinate, integral sau în parte, de către boală, ca, de exemplu, pierderea unui loc de muncă din cauza rezultatelor slabe;

(4) evenimentele sînt caracterizate prin natura lor (de exemplu, pierderi sau amenințări), precum și prin severitate; și

(5) datele sînt colectate prin interviuri semi-structurate și se folosesc metode de cotare îmbunătățite.

Un nou progres, datorat mai ales lucrărilor lui Brown și Harris (1978), se sprijină pe ideea că unele circumstanțe, fără a reprezenta, prin ele însele, un stres, pot fie să crească vulnerabilitatea persoanei, fie să o protejeze față de acele evenimente de viață care sînt, într-adevăr, factori de stres. De exemplu, se afirmă că vulnerabilitatea la femei este crescută de grijile creșterii unui copil mic și micșorată de prezența cuiva căruia să-i poată fi împărtășite problemele.

Ideea factorilor de protecție a fost folosită pentru explicarea observației conform căreia unii oameni nu se îmbolnăvesc chiar dacă sînt expuși unor adversități puternice - o descoperire care iese în evidență mai ales din studierea efectelor factorilor familiali nefavorabili asupra copiilor (vezi Rutter 1985, b). Există, totuși, două dificultăți majore în ceea ce privește ideile de factor de vulnerabilitate și de protecție. În primul rînd, rezultatele, după ce au fost acceptate, pot primi explicații cu totul diferite, legate, de exemplu, de particularitățile fie genetice, fie psihologice ale fiecărei

persoane. În al doilea rînd, rezultatele pot fi puse în discuție din puncte de vedere tehnice și conceptuale. Cele tehnice se referă la valabilitatea determinărilor și la alegerea corespunzătoare a procedeelor statistice. Cele conceptuale privesc lipsa de siguranță și precizie a delimitării între factorii de vulnerabilitate și protecție, pe de o parte, și factorii de stres, de cealaltă parte. Astfel, în timp ce căsătoriilor reușite li se atribuie un rol protector, divorțul este considerat ca factor de stres. În prezent, noțiunile de factori de vulnerabilitate și protecție, deși prezintă interes, sînt controversate (vezi, de exemplu, Tennant și Bebbington 1978; Paykel 1983).

Chiar dacă rezultatele acestor cercetări sînt acceptate, importanța lor poate fi mai mică decît pare la prima vedere. De exemplu, în studiul lui Paykel și colab. (1969), evenimentele reprezentate de pierderea sau plecarea cuiva din anturajul imediat al subiectului ("evenimente de ieșire") au fost constatate la 25% din pacienții cu tulburări depresive și la numai 5% din martori. Această diferență, semnificativă la nivelul de 1%, apare ca impresionantă, dar Paykel (1978), punînd sub semnul întrebării semnificația sa reală, a făcut calculul următor.

Incidența tulburării depresive nu este cunoscută cu precizie, dar considerînd că într-o perioadă de șase luni, procentajul cazurilor noi este de 2%, atunci în cadrul unei populații de 10.000 de persoane vor apărea 200 de astfel de cazuri. Studiul lui Paykel arătase că 5% din persoanele care nu s-au îmbolnăvit au suportat "evenimente de ieșire", deci în populația ipotetică luată în calcul, din 9.800 de subiecți care nu au devenit cazuri noi, 490 ar fi trecut prin astfel de evenimente. Iar la cele 200 de cazuri noi, 25% adică 50 de subiecți ar fi suportat pierderi sau plecări. Astfel, numărul total al persoanelor la care s-au manifestat "evenimente de ieșire" ar fi 490, plus 50, deci 540, din care la numai 50 (sub 10%) au apărut tulburări depresive. Rezultă deci că în etiologia tulburărilor depresive alți factori ar juca un rol mult mai însemnat. Studii ulterioare au întărit și mai mult aceste rezerve. De exemplu, într-un studiu comunitar, Henderson și colab. (1982) au găsit că factorii de stres puteau da socoteală numai pentru aproximativ 4% din modificările înregistrate prin Chestionarul General de Sănătate.

Emigrarea și tulburările psihice

Stabilirea domiciliului într-o altă țară, sau chiar într-o regiune necunoscută a aceleiași țări este o schimbare căreia în psihiatrie i s-a atribuit rol etiologic. La imigranți au fost constatate frecvențe mai mari ale tulburărilor psihice decît la subiecți similari rămași în țările de origine. De exemplu, într-un studiu bine cunoscut, Ødegaard (1932) a găsit o frecvență mai mare a cazurilor de schizofrenie la imigranții norvegieni care trăiau în Statele Unite, decît la populația din Norvegia. (Acest studiu este discutat și la pag.241.) S-ar putea trage concluzia că emigrarea este una din cauzele tulburărilor psihice, dar există și alte explicații pentru observațiile de mai sus. Astfel, la persoanele care emigrează, aceleași caracteristici care le fac să nu-și găsească echilibrul în țara de origine pot reprezenta, în același timp, factori predispozanți pentru tulburarea psihică. Dacă Ødegaard a comparat emigranții cu cei care nu și-au părăsit locurile de origine, alte studii au încercat o paralelă între imigranți și băștinașii din țara în care aceștia s-au instalat. Este vorba de studii a căror interpretare este încă și mai dificilă, deoarece frecvența mai mare a tulburărilor psihice la imigranți ar putea reflecta frecvențe în general superioare în țările din care ei provin (în aceeași măsură, deci, la cei care rămîn acasă și la cei care pleacă).

Pe de altă parte, această frecvență crescută ar putea să nu fie legată de actul în sine al emigrării, ci de scăderea nivelului social, datorată, de exemplu, dificultăților în a găsi de lucru. După cum s-a explicat mai sus, frecvența anumitor tulburări psihice

este mai mare la categoriile sociale inferioare. Problema devine și mai complexă dacă sînt luate în calcul și motivele pentru care emigrează diferitele grupuri, de exemplu, europenii pot pleca în America din rațiuni economice, iar vietnamezii pentru a scăpa de război. Nu este surprinzător, după cele expuse mai sus, că între emigrare și tulburările psihice nu există o relație simplă (pentru detalii vezi Leff 1981).

Genetica

În elucidarea factorilor etiologici, cercetările de genetică se concentrează asupra a trei probleme - contribuția relativă a factorilor genetici și ambientali; modul de transmitere a tulburărilor care au bază ereditară; mecanismele de transmitere. În psihiatrie s-au realizat progrese importante referitoare la primele două probleme; în cea de-a treia, însă, s-au făcut pînă acum puțini pași înainte.

Genetica se sprijină pe trei mari metode de cercetare: studiul pe populații și familii, citogenetica și genetica moleculară. Studiul pe populații și familii se ocupă, în primul rînd, cu estimarea rolului jucat de factorii genetici și cu modul de transmitere; citogenetica și genetica moleculară aduc informații despre mecanismele de transmitere. Pînă la această dată, în psihiatrie au fost folosite mai ales metodele de genetică populațională. Pentru o prezentare mai detaliată a problemelor din această secțiune, vezi McGuffin (1984) și Cloninger și colab. (1985).

Contribuția factorilor genetici

Metodele de genetică populațională sînt folosite pentru evaluarea riscului la trei grupuri - familii, gemeni și copii adoptivi. **Studiul riscului** în familie constă în determinarea riscului de manifestare a entității psihiatrice la rudele bolnavilor, comparîndu-l apoi cu riscul previzibil în populația generală. (Bolnavii sînt, de obicei, desemnați prin termenul de cazuri index sau **probanzi**). Asemenea studii necesită criterii precis definite pentru selectarea cazurilor. În plus, nu este suficientă determinarea prevalenței actuale a entității respective în rîndul rudelor, deoarece nu este exclusă, la unele din acestea, apariția ulterioară a afecțiunii. De aceea datele obținute sînt corectate prin așa-numitele **rate probabile** (sau riscuri morbide).

Studiul riscului în familie a fost folosit în mod extensiv. Pot fi găsite exemple în capitolele despre tulburările afective (vezi pag.188) și despre schizofrenie (vezi pag.232). Din moment ce aceste studii nu pot face distincția între transmiterea ereditară și efectele mediului familial, ele reprezintă modul cel mai puțin satisfăcător de determinare a contribuției factorilor genetici. Ele sînt utile mai ales prin aceea că indică nevoia de alte tipuri de investigație.

Studiul gemenilor urmărește separarea influențelor genetice de cele ambientale prin compararea ratelor de concordanță la gemenii uniovulari (monozigoți - MZ) cu cele ale gemenilor biovulari (dizigoți - DZ). Pentru astfel de studii este esențială determinarea cu acuratețe a mono- sau dizigotismului. Atunci cînd concordanța pentru o anumită tulburare psihiatrică este net superioară la gemenii MZ față de cea a gemenilor DZ, se poate vorbi de o componentă genetică majoră. Estimări mai precise ale importanței relative a eredității și a mediului pot fi realizate prin compararea gemenilor MZ crescuți împreună, cu gemenii MZ crescuți separat începînd cu primele luni de viață. O concordanță mare la gemeni MZ crescuți separat este o dovadă puternică în sprijinul etiologiei genetice. Un exemplu de astfel de studii poate fi găsit în capitolul despre schizofrenie (vezi p.233).

Studiul copiilor adoptați constituie o altă modalitate utilă de separare a influențelor genetice de cele ambientale. **Aceste studii se ocupă de copiii care, din**

primele luni de viață, au fost crescuți de părinți adoptivi care nu au avut legături de rudenie cu părinții adevărați. Comparațiile pot urma două linii principale. Întîi poate fi comparată frecvența unei anumite tulburări la două grupuri de persoane adoptate: cele ai căror părinți naturali au avut boala și cele ai căror părinți naturali n-au avut-o. Dacă există o cauză genetică, frecvența va fi mai mare la primul grup. Apoi, pornind de la un grup de copii adoptați care au o anumită tulburare psihică, se poate compara frecvența cu care aceeași tulburare apare la părinții naturali și la părinții adoptivi ai acestora. Frecvența mai mare în primul grup pledează pentru o cauză genetică. Astfel de studii pot fi distorsionate de unele interferențe , precum motivele pentru care copilul a fost adoptat, distribuția inegală a adopțiunilor la diferite nivele socio-economice și efectele pe care creșterea unui copil dificil le are asupra părinților adoptivi. Un exemplu poate fi găsit la pag.233, unde sînt descrise studiile referitoare la schizofrenie.

Modul de transmitere

Acesta se evaluează prin metode statistice speciale de testare a concordanței dintre datele familiale sau pedigree și modelele de transmitere ce se exclud între ele. Se iau în considerație, de obicei, patru modele: modelul unui sigur locus major, care poate fi dominant, recisiv sau sex-linked, și modelul mixt al unor gene majore acționînd împreună. Încercările de a studia astfel tulburările psihice au dus, în general, la rezultate echivoce, deși volumul cercetărilor este considerabil, mai ales în ceea ce privește schizofrenia și tulburarea afectivă.

Studiile de linkage

Prin studiile de linkage se încearcă identificarea locusului unei gene pe cromozomi, prin cercetarea măsurii în care segregarea acesteia se produce împreună cu o genă "marker". Markerii genetici sînt caractere ușor de identificat, cu moduri de transmitere unice și cunoscute și cărora le corespund două sau mai multe alele (gene alternative), de asemenea cunoscute și frecvente. Printre markerii genetici se numără grupurile sanguine, antigenele leucocitare umane (HLA) și anumite anomalii fiziologice (de exemplu, discromatopsiile). Plecînd de la legea mendeliană a asortării independente, sînt studiate ample pedigree-uri familiale, pentru a determina măsura în care două gene sînt "legate între ele". Apoi, folosindu-se metode matematice adecvate, se poate estima cît de aproape pot fi unul de celălalt, pe același cromozom, locusurile celor două gene. Referitor la tulburările psihice, au fost realizate multe studii de acest fel, dar nu a fost găsit pînă acum nici un linkage cu un marker de acest tip.

Studiile de linkage dau rezultate bune atunci cînd modul de transmitere a tulburării este cunoscut, iar penetranța este mare (adică boala apare la aproape toți purtătorii genei). Nici schizofrenia, nici tulburările afective nu întrunesc aceste condiții, astfel că valoarea studiilor de linkage pare să fie limitată. Dintre tulburările care interesează psihiatria, această metodă a fost aplicată pînă acum cu succes doar la coreea Huntington (pag.289), o entitate datorată unei gene dominante cu penetranță totală (cu condiția ca subiecții să fie urmăriți suficient de mult timp). Progresele recente din genetica moleculară sînt în măsură să ducă la o lărgire a domeniului și a posibilităților studiilor de linkage (vezi mai jos).

Studiile citogenetice

Aceste studii se ocupă cu identificarea anomaliilor structurale la nivel cromozomial și cu asocierea dintre acestea în diferite boli. Pentru psihiatrie, exemplul cel mai important este constituit de sindromul Down (mongolism). În această entitate au

fost detectate două tipuri de anomalii: prezența unui cromozom suplimentar (trizomie), iar în alte cazuri, numărul de cromozomi fiind normal, unul din aceștia este neobișnuit de mare, deoarece îi este atașat un segment dintr-un alt cromozom (translocație) (pag.655). Alte exemple privesc cromozomii X și Y. În sindromul Turner nu există decît un singur cromozom sexual (XO); în timp ce în alte sindroame apare cîte unul suplimentar - XXY (sindrom Klinefelter), XXX și XYY.

Genetica moleculară

Progresele din biologia celulară și moleculară vor contribui, probabil, la cunoașterea etiologiei psihiatrice. Aceste progrese pornesc de la inovații tehnice. Prima a fost descoperirea enzimelor bacteriene numite **endonucleaze de restricție**, care secționează ADN-ul în punctele cu anumite secvențe de nucleotide. A urmat punerea la punct a tehnicilor de reproducere a fragmentelor de ADN uman, prin inserarea lor în plasmide bacteriene (mici fragmente circulare de ADN bacterian) și prin stimularea, apoi, a reproducerii bacteriene. Tehnici de acest fel au fost folosite pentru dezvoltarea **bibliotecilor genomice**, adică a unui număr de culturi bacteriene ce conțin aproape întregul genom uman. Al treilea pas înainte este reprezentat de construirea de **probe de gene** (gene probes) - secvențe scurte de ADN fie luate din genom, fie copiate de pe ARN mesager. Copierea se face cu ajutorul unor enzime ale virusurilor tumorale, enzime ce inversează procesul normal în care ARN rezultă, prin transcripție, din ADN. Este posibilă încorporarea de nucleotide radioactive în aceste scurte secvențe de ADN, ceea ce permite identificarea lor; și pentru că secvențele ADN au proprietatea de a se lega de secvențe care le sînt similare, fragmentul radioactiv introdus poate servi la căutarea și identificarea de secvențe nucleotidice specifice în mixturile de ADN separate prin electroforeză. Este ceea ce se numește alcătuirea **hărții genetice** (gene mapping). Aceste tehnici noi pot fi folosite în mai multe feluri. S-a constatat că în secvența de nucleotide din ADN-ul uman sînt posibile mai multe variații lipsite de consecințe patologice. Aceste variații pot face să apară noi puncte în care ADN-ul să fie secționat prin endonucleazele de restricție sau le pot înlătura pe cele existente. Prin schimbarea zonelor în care ADN-ul poate fi secționat, se obțin modificări ale lungimii fragmentelor rezultate. De aceea, aceste variații benigne ale secvenței de nucleotide sînt numite polimorfisme ale **lungimii fragmentelor de restricție**. Fiind răspîndite în întregul genom uman, acestea pot fi folosite în studiile de linkage și s-a estimat că, dacă ar fi identificate două sau trei sute de astfel de variații, ar fi posibilă obținerea de linkage-uri pentru orice trăsătură genetică.Acest lucru s-ar putea face și fără cunoștințe prealabile despre bazele biochimice ale trăsăturii genetice investigate. (Gena răspunzătoare de coreea Huntington a fost localizată în acest fel). Prin tehnici suplimentare, gena inițiatoare a procesului patologic poate fi uneori izolată.

Tehnologia enzimelor de restricție a făcut posibilă, de asemenea, recunoașterea unor deleții și remanieri cromozomiale prea mici pentru a fi identificate prin microscopie. Astfel de studii pot furniza cunoștințe noi în ceea ce privește etiologia handicapului mintal.

O altă abordare care poate fi deosebit de importantă pentru psihiatrie este izolarea tipurilor de ARN mesager a căror transcripție se efectuează numai în sistemul nervos. Pornind de la acest ARN este posibilă identificarea nu numai a produsului biochimic al genei, ci și a genei însăși - un fel de genetică inversă. Cîteva gene răspunzătoare pentru funcții reglatoare din sistemul nervos au fost deja clonate și descifrate ca structură. Printre acestea se numără genele pentru receptorii de acetilcolină și canalele de sodiu. Probele de gene au fost, de asemenea, folosite pentru detectarea ADN-ului viral în creierul pacienților cu afecțiuni degenerative ale sistemului nervos, inclusiv boala Alzheimer.

În prezent nu pot fi abordate în acest fel și tulburările cu determinism poligenic, printre care se numără probabil și schizofrenia. Totuși, pe termen lung, s-ar putea afla mai multe despre aceste tulburări, prin folosirea unei metode noi. S-ar putea întîi încerca identificarea așa-numitelor "gene candidat"; acestea sînt gene posibil implicate în anomaliile metabolice cerebrale, identificate în tulburarea cercetată. Apoi ar urma căutarea polimorfismelor lungimii fragmentelor de restricție care sînt asociate cu aceeași boală, pentru ca, în final, să fie examinată relația dintre cele două elemente. Această metodă a adus deja informații despre anomaliile metabolismului lipidic din cardiopatia ischemică. Alte cercetări ar putea aduce informații noi despre controlul dezvoltării sistemului nervos și despre cauzele defectelor de dezvoltare. Pentru o excelentă prezentare a acestui domeniu complex de cercetare, cititorul poate consulta Weatherall (1986).

Studiile biochimice

Aceste studii pot urmări fie depistarea cauzei bolii, fie a mecanismelor prin care boala își produce efectele. Metodele cercetării biochimice sînt prea numeroase pentru a fi descrise aici, iar cititorul se presupune că are deja cunoștințe în acest domeniu. Această secțiune urmează doar să ia în considerație unele probleme pe care le ridică folosirea metodelor biochimice în investigarea tulburărilor psihice.

Prima problemă este imposibilitatea de a face, prin metode etic acceptabile, studii biochimice detaliate pe creierul omului viu. În plus, deoarece, în afara deznodămîntului suicidar, cele mai multe tulburări psihice nu sînt cauzatoare de moarte, materialul necroptic este rareori disponibil (cu excepția pacienților vîrstnici). Chiar și studiile indirecte rămîn dificile. Între concentrațiile în LCR și în creier ale diferitelor substanțe, nu există o relație precisă. Concentrațiile plasmatice și, mai ales, cele urinare sînt și mai puțin legate de cele cerebrale.

A doua problemă este că tulburările psihice umane nu-și găsesc analogii clare în restul regnului animal. S-a încercat obținerea de modele comportamentale caracteristice unor tulburări psihice umane, de exemplu supunînd animalele la un stres extrem, dar nici un rezultat nu a fost convingător. După cum se arată în secțiunea următoare, cele mai utile studii biochimice făcute pe animale sînt cele legate de cercetarea farmacologică.

A treia problemă constă în dificultatea de a preciza dacă modificările biochimice constatate într-o tulburare psihică sînt sau nu cauzale. Ele ar putea rezulta din schimbările de dietă sau de activitate secundare bolii, sau ar putea reprezenta efecte ale medicației, ori ale stresului provocat de investigația însăși. Mai mult chiar, atunci cînd legătura dintre tulburarea psihică și modificările biochimice este certă, mai rămîne de aflat dacă acestea sînt cauze sau efecte ale bolii.

Unele din rezultatele cercetărilor vor fi prezentate în capitolele următoare, în special în cele despre tulburările afective și schizofrenie. Aici vor fi date cîteva exemple referitoare la diferitele tipuri de investigație. **Studierea post-mortem a creierului** aduce dovezile cele mai directe despre modificările de natură chimică din sistemul nervos central. Din nefericire, interpretarea datelor este dificilă, deoarece trebuie întîi eliminată posibilitatea ca modificările constatate în concentrația neuro-transmițătorilor sau a enzimelor să fi apărut după moarte. Mai mult, deoarece tulburările psihice nu duc în mod direct la moarte, cauzele imediate ale decesului sînt reprezentate de alte condiții (adesea bronhopneumonie sau efectele supradozării medicamentoase) care ar fi putut provoca, de asemenea, și modificările observate la nivelul creierului. Chiar atunci cînd această posibilitate poate fi exclusă, rămîne întrebarea dacă modificările respective reprezintă efectul bolii sau al tratamentului.

De exemplu, la pacienții cu schizofrenie, a fost găsită o densitate crescută a receptorilor dopaminergici în nucleii caudat și accumbens (Owen și colab. 1978). Această constatare ar putea fi pusă în sprijinul ipotezei că schizofrenia este produsă de modificări ale funcțiilor dopaminergice în zonele cerebrale respective. Dar același rezultat ar putea fi interpretat, la fel de bine, ca efect al tratamentului îndelungat cu medicamente antipsihotice; este posibil ca, prin blocarea receptorilor dopaminergici, aceste medicamente să ducă la o creștere compensatorie a numărului de receptori. Owen și colab. au adus unele dovezi împotriva ipotezei de mai sus, prin descoperirea de modificări similare la doi pacienți care nu primiseră niciodată medicamente antipsihotice; problema rămîne, însă, controversată. În orice caz, chiar dacă, pînă la urmă, efectele tratamentului vor putea fi scoase din calcul, va trebui, în plus, să se demonstreze că modificările numărului de receptori nu reprezintă doar un mecanism de compensare a unei tulburări primare la nivelul altui sistem de neurotransmitere.

Probleme încă și mai dificile apar atunci cînd se încearcă deducerea modificărilor la nivel cerebral din **studierea LCR, sîngelui și urinei.** Este îndoielnic, din punct de vedere științific, că variațiile compoziției LCR ar reprezenta variații similare intracerebrale. În plus, există limite etice pentru circumstanțele în care LCR poate fi recoltat de la pacienții cu afecțiuni psihice. S-au făcut încercări ingenioase pentru corelarea fenomenelor la nivel cerebral cu concentrațiile în sînge ale unor substanțe. De exemplu, se știe că rata sintezei 5 - hidroxitriptaminei (5-HT) cerebrale depinde de concentrația triptofanului în creier; și că aceasta din urmă este determinată, în mare măsură, de nivelul triptofanului liber plasmatic. Astfel, scăderea triptofanului liber plasmatic la pacienții depresivi a fost pusă în sprijinul ipotezei că tulburarea depresivă se caracterizează prin - și poate fi cauzată de - scăderea concentrațiilor de 5-HT în anumite zone importante din creier. Datele primelor cercetări nu au fost, însă, în mod constant confirmate de investigațiile ulterioare (vezi Green și Costain 1979). Chiar dacă ar exista această confirmare, ar fi riscant ca, din astfel de date indirecte, să se tragă concluzii asupra fenomenelor intracerebrale. Adevăratele progrese rezultate din studierea sîngelui și a urinei se referă nu la tulburările mentale, ci la retardarea mintală. Au fost identificate mai multe tulburări metabolice rare asociate cu forme severe de retard mental. Exemplul cel mai bine cunoscut este fenilcetonuria. În aceste tulburări, metaboliții din sînge și urină reflectă, într-adevăr, cu acuratețe, procesele biochimice intracerebrale (vezi capitolul 21).

Recent, au devenit disponibile metode noi de studiere a biochimiei creierului viu, metode care au fost folosite pentru unele tulburări psihice. Este vorba, printre altele, de spectroscopia prin rezonanță magnetică nucleară (RMN), tomografia computerizată prin emisie de foton unic (SPECT) și tomografia prin emisie de pozitroni (PET). Aceste tehnici cunosc o dezvoltare rapidă. În momentul redactării acestui text (1988), spectroscopia RMN poate aduce informații despre metabolismul energetic cerebral, dar sensibilitatea acestei tehnici este mică în raport cu PET. SPECT poate fi folosită pentru studierea distribuției intracerebrale a unor substanțe marcate radioactiv, iar PET poate da informații despre metabolismul și fluxul sanguin cerebral, folosind izotopi ai oxigenului cu timp scurt de înjumătățire. Prin folosirea altor markeri radioactivi, PET poate de asemenea furniza date despre situsurile receptoare intracerebrale. De exemplu, metilpiperona marcată cu C_{11} a fost folosită pentru studierea afinității receptorilor dopaminergici la pacienții cu schizofrenie; nu s-a găsit nimic anormal, dar acest lucru poate fi datorat unor dificultăți metodologice (Herold și colab. 1985). Dacă sensibilitatea și aria de cuprindere a acestor tehnici vor fi mărite, ele vor putea deveni modalități neinvazive de investigare a fenomenelor patologice la nivel biochimic, în creierul viu. În prezent, din cauza costului ridicat, folosirea lor este restrînsă la cîteva centre de cercetare speciale; această limitare

privește mai ales PET, care necesită accesul la un ciclotron, pentru producerea izotopilor cu timp mic de înjumătățire. Cititorul interesat de informații mai detaliate poate consulta lucrarea lui Trimble (1986).

Farmacologia

Studierea acelor tratamente care au eficacitate poate adesea face lumină și asupra etiologiei. În psihiatrie, din cauza marilor probleme pe care le ridică studiul direct al creierului, mulți cercetători s-au concentrat asupra modului de acțiune al psihotropelor eficiente, în speranța că astfel vor obține indicații despre fenomenele biochimice anormale care stau la baza diferitelor tulburări. Desigur, o atare abordare trebuie să fie prudentă. Dacă un medicament eficient blochează un anumit sistem de neurotransmitere, nu rezultă neapărat că excesul neurotransmițătorului respectiv reprezintă cauza bolii. Exemplul parkinsonismului este limpede; deși medicamentele anticolinergice modifică simptomatologia, boala se datorează unei deficiențe de neurotransmisie dopaminergică, și nu unui exces colinergic.

Se presupune că metodele generale ale neurofarmacologiei îi sînt cunoscute cititorului; de aceea vor fi luate în considerare numai dificultățile speciale pe care le ridică folosirea acestora în psihiatrie. Sînt două probleme principale. În primul rînd, cea mai mare parte a medicamentelor psihotrope au acțiuni multiple și adesea este greu de spus care din aceste acțiuni este legată de efectul terapeutic. De exemplu, carbonatului de litiu i se cunosc multe efecte farmacologice și nici unul nu a putut fi pus, pînă acum, în legătură cu stabilizarea dispoziției la pacienții maniaco-depresivi.

A doua dificultate constă în aceea că, la multe din medicamentele psihotrope, efectele terapeutice se instalează cu întîrziere, în timp ce efectele farmacologice, identificabile în laborator, apar de la început. De exemplu, s-a sugerat că efectul pozitiv al antidepresivelor este dat de modificarea procesului de recaptare a mediatorilor de către neuronii presinaptici. Totuși, aceste modificări apar devreme, iar efectele terapeutice abia după circa două săptămîni.

S-au făcut recent, pe animale, studii asupra modificărilor ce apar la nivelul receptorilor neurotransmițătorilor cerebrali în timpul administrării pe termen lung a psihotropelor. Aceste modificări prezintă interes, deoarece apar și evoluează în același timp cu efectele terapeutice. De asemenea, unele tratamente antidepresive care au efecte diferite la prima cură produc, după administrări repetate, efecte similare asupra receptorilor. Astfel, a rezultat că efectele tardive atît ale medicamentelor antidepresive, cît și ale terapiei electroconvulsivante constau în producerea aceleiași modificări la nivelul receptorilor noradrenergici postsinaptici, modificare ce poate fi importantă în realizarea efectului antidepresiv. (Pentru detalii, vezi Charney și colab. 1981).

Alte studii farmacologice pe om și pe animale au dus la identificarea de subtipuri de receptori pentru mulți din mediatorii clasici, subtipuri ce par să joace roluri distincte. Este posibil ca, în viitor, să fie elaborate substanțe farmaceutice cu acțiune specifică asupra subtipurilor, reducîndu-se, în felul acesta, efectele colaterale (vezi,de exemplu, Peroutka și colab. 1986)

Endocrinologia

Prin analizele endocrinologice se poate încerca, în mod direct, punerea în legătură a bolii psihice cu concentrațiile hormonilor circulanți. De exemplu, la pacienții depresivi, nivelele plasmatice ale cortizolului liber și total sînt ridicate, datorită ratei crescute de producere a acestora (vezi Sachar 1982). Această secreție endocrină

crescută poate fi secundară faptului că boala este resimțită ca un factor de stres, sau poate reprezenta o verigă în lanțul cauzal al depresiei. În încercarea de a elimina una din aceste două posibilități, au fost folosite teste de reglare endocrină. De exemplu, la unii pacienți cu tulburare depresivă, răspunsul la dexametazonă este anormal. În mod normal, acest glucocorticoid inhibă eliberarea de cortizol, avînd efect mai puternic dacă este administrat în jurul orei 0, cînd este stabilit "programul" eliberării de cortizol din ziua următoare. La subiecții normali, supresia persistă de-a lungul întregii zile următoare; la unii pacienți depresivi însă durează mai puțin. S-ar putea trage concluzia că la unii pacienți depresivi există o perturbare a mecanismelor de control al producerii de cortizol, și nu numai o simplă creștere a nivelului hormonului circulant. Totuși, acest fenomen se întîlnește și în alte tulburări, iar semnificația sa nu este clară. (Pentru detalii, vezi Braddock 1986).

Secreția unor hormoni este controlată de mecanisme în care sînt implicați neurotransmițători. Au fost puse la punct teste de provocare neuroendocrină care constau în stimularea, prin administrarea unei substanțe specifice, a unei anumite căi monoaminice, urmată de determinarea, în plasmă, a răspunsului hormonal. Prin aceste teste dinamice ale sistemelor monoaminice pot fi decelate, la pacienții cu tulburări psihiatrice, mai multe perturbări ale funcției hormonale decît prin simpla determinare a producției bazale. De exemplu, este un lucru cert că la pacienții depresivi, după administrarea de clonidină (agonist adrenergic), curba de secreție a hormonului de creștere este aplatizată. Totuși un astfel de rezultat nu este ușor de interpretat. Poate indica o scădere a funcțiilor noradrenergice cerebrale, la pacienții depresivi, dar poate fi atribuit, la fel de bine, unei deficiențe generalizate în eliberarea hormonului de creștere, sau se poate considera că apariția sa este secundară unei anumite trăsături a tulburării depresive, precum perturbarea somnului (pentru detalii, vezi Checkley 1980).

Fiziologia

Metodele fiziologice pot fi folosite pentru investigarea tulburărilor cerebrale și periferice asociate diferitelor boli. Au fost aplicate numeroaselor procedee: studierea fluxului sanguin cerebral, mai ales în sindroamele organice cronice; înregistrările electroencefalografice (EEG); și o diversitate de metode psihofiziologice, precum măsurarea frecvenței pulsului, tensiunii arteriale, fluxului sanguin, conductanței pielii și a activității musculare. Aceste măsurători psihofiziologice pot fi interpretate în cel puțin două moduri. Prima este o interpretare directă. Datele sînt folosite ca informații despre activitatea, în timpul bolii, a unor organe periferice; se determină, de exemplu, dacă activitatea electromiografică (EMG) a mușchilor scalpului este sau nu crescută la pacienții care se plîng de cefalee de tensiune. A doua interpretare pornește de la ipoteza că, din măsurătorile periferice, se pot trage concluzii asupra stării de excitație a sistemului nervos central. Astfel, creșterea conductanței pielii, a frecvenței pulsului și a tensiunii arteriale sînt luate drept indicatori ai unei stări de "excitație" mai mari.

Tehnicile EEG au fost folosite pe larg în cercetarea psihiatrică. Înregistrările EEG de rutină au contribuit la studiul relațiilor dintre epilepsie și tulburările psihice, dar altminteri nu s-au dovedit prea folositoare. Mai recent au fost studiate potențiale vizuale, auditive și somatosenzoriale. Deoarece semnificația exactă a acestor forme de activitate electrică nu este încă înțeleasă, s-a dat mai multă importanță rezultatelor care arătau, la aceleași persoane, diferențe de activitate de o parte și de alta a liniei mediane, sau între arii cerebrale diferite decît, în general, diferențelor de răspuns dintre pacienți și subiecții normali. Astfel, Cooper și colab. (1985) au găsit că, prin comparație cu persoanele sănătoase, la pacienții

cu schizofrenie apar mai des perturbări ale procesului de lateralizare a potențialelor evocate corticale somatosenzoriale.

Neuropatologia

Prin studiile de neuropatologie se încearcă să se afle dacă diferitele tipuri de tulburări psihice sînt însoțite sau nu de modificări structurale cerebrale (localizate sau difuze). În trecut au fost realizate numeroase cercetări post-mortem pe creierul pacienților care suferiseră de schizofrenie sau de tulburări afective. Nu s-a observat nici o modificare. S-a afirmat de aceea că aceste tulburări psihice reprezintă perturbări funcționale, și nu structurale (de aici numele generic de psihoză funcțională, folosit uneori pentru desemnarea acestor entități). Studiile recente de neurochimie (menționate mai sus) pot fi privite ca o prelungire logică, la un alt nivel de organizare, a aceluiași tip de cercetare.

Studiile de neuropatologie au dus la rezultate incontestabile în ceea ce privește etiologia demenței. O altă descoperire importantă este identificarea post-mortem a leziunilor corpilor mamilari, la pacienții care au suferit de sindrom amnestic. Acest sindrom este caracterizat nu printr-o demențiere generală, ci printr-o tulburare profundă a memoriei (pag. 279).

Psihologia experimentală și clinică

O trăsătură caracteristică a acestei modalități de abordare a etiologiei psihiatrice este ideea continuității dintre normal și anormal. Astfel că, pentru a explica fenomenele psihice anormale, cercetările pornesc de la procesele ce stau la baza comportamentului normal. Un exemplu este cercetarea mecanismelor de învățare ca factori etiologici ai nevrozelor (vezi capitolul 6).

O a doua caracteristică a metodologiei psihologice constă în preocuparea cu interacțiunile dintre persoană și factorii ambientali. Aici abordarea psihologică se deosebește de cea socială prin aceea că acordă mai puțină atenție variabilelor din mediu și se concentrează, mai ales, asupra modului în care persoana prelucrează informațiile venite din exterior sau din propriul corp. Unele din aceste idei vor fi înțelese mai bine odată cu discutarea mecanismelor de adaptare (vezi mai jos).

O a treia caracteristică este importanța atribuită factorilor care întrețin comportamentul anormal. Psihologii consideră tulburările de comportament mai puțin ca rezultate ale unor procese patologice interne, preferînd să afirme că un comportament persistă în măsura în care este menținut prin reîntărire. Ceea ce a dus, de exemplu, la rezultate care sugerează că unele comportamente anormale, la pacienți cronici cu schizofrenie, sînt menținute prin reîntărire socială și că unele nevroze de anxietate sînt întreținute prin evitarea situațiilor ce provoacă anxietate.

Mai mult decît neurochimia sau neurofiziologia, psihologia experimentală face uz de largi scheme teoretice. Exemple binecunoscute sînt condiționarea operantă și cea pavloviană. Astfel de scheme pot fi folosite atît în alcătuirea unui cadru pentru lucrările experimentale propriu-zise, cît și în construirea de explicații plauzibile pentru tulburările nevrotice (de exemplu, Mowrer 1950). Pînă acum, însă, schemele aplicate nu s-au dovedit deosebit de utile. Au fost, în schimb, obținute rezultate mai bune prin aplicarea, la problemele psihiatrice, a unor construcții teoretice psihologice mai puțin complicate. Una dintre acestea se referă la **mecanismele de reacție și adaptare**, termen prin care se înțeleg anumite modalități de a face față schimbărilor din mediu. Noțiunii i s-a atribuit uneori un sens îngust, alteori un sens larg. Astfel, unii psihologi desemnează prin mecanism de adaptare acele răspunsuri la un factor

de stres care reduc orice reacție de stres ce tinde să se manifeste. Alții aplică termenul, în mod egal, tuturor răspunsurilor psihologice, indiferent dacă acestea reduc sau nu reacția de stres.

Mecanismele de adaptare au două componente: fenomenele interioare și comportamentul observabil. După pierderea cuiva apropiat, de exemplu, pot apărea următoarele mecanisme de adaptare: întîi, o reîntoarcere la credințele religioase anterioare (un mecanism interior) și apoi, integrarea într-un club, ca măsură de combatere a singurătății (un comportament observabil). Cercetarea mecanismelor de adaptare atribuie multă importanță modului în care li se dă semnificație evenimentelor. Un același fapt (de exemplu, o schimbare de serviciu) poate să fie resimțit de cineva ca o amenințare, iar de altcineva ca un stimulent. Se presupune că felul în care o persoană răspunde unui eveniment este determinat, în mare măsură, de semnificația pe care i-o atribuie.

Pînă acum, în studiul problemelor psihiatrice, psihologia a obținut rezultate mult mai valoroase prin aplicarea metodelor experimentale, decît a construcțiilor teoretice. Acest tip de abordare experimentală, denumit uneori psihopatologie experimentală, a fost deja descris, pe scurt (pag.2).

Etologia

Etologia se ocupă cu observarea și descrierea comportamentului, mai ales a comportamentului care pare să fie înnăscut. Etologia a adus contribuții indirecte la etiologia tulburărilor psihice, prin tehnicile sale simple de observare, tehnici ce s-au dovedit utile în studierea comportamentului copiilor. O altă contribuție a fost reprezentată de studiul perioadelor critice ale dezvoltării, în care învățarea anumitor comportamente se face mai ușor decît în orice alt moment.

Pentru cercetarea efectelor separării puiului de mamă, s-au făcut studii etiologice pe primate. Dacă mama este îndepărtată, iar mediul rămîne, din celelalte puncte de vedere, neschimbat, sugarul începe prin a emite strigăte repetate de suferință, după care devine activ, mișcîndu-se cu scopul evident de a-și găsi mama. Curînd această activitate scade, sugarul se tîrăște prin jur, are spinarea încovoiată și strigă mai rar. Dacă mama este readusă, cei doi revin imediat la legătura inițială. Postura încovoiată a sugarului dispare repede și, după două săptămîni, este la fel de activ ca înainte de separare. Dacă despărțirea este mai lungă, sugarul are nevoie de mai mult timp pentru a-și reveni după întoarcerea mamei. Metode comparabile de observare au fost folosite în studierea sugarilor umani și a copiilor mici (vezi, de exemplu, Blurton-Jones 1972).

Alte studii s-au concentrat asupra modului de dezvoltare a legăturilor afective dintre mamă și copil în primii ani de viață și asupra efectelor pe termen lung pe care le are asupra comportamentului perturbarea acestor legături, de exemplu izolarea de mamă a copilului pentru un timp. Nu este surprinzător că, deși există atît asemănări, cît și deosebiri între oameni și animale, conceptele și metodele dezvoltate prin studiu pe animale s-au dovedit valabile în studierea sugarilor și copiilor mici. Pentru o prezentare succintă a aspectelor etologiei care prezintă interes pentru psihiatrie, vezi Hinde (1985).

Psihanaliza

Metoda de cercetare folosită în psihanaliză este diferită de metodele prezentate pînă acum prin aceea că a apărut și s-a dezvoltat anume pentru studierea tulburărilor psihice. Ea nu reprezintă un produs al disciplinelor științifice fundamentale, ci s-a

născut din activitatea clinică. Psihanaliza se caracterizează printr-o teorie deosebit de elaborată și cuprinzătoare, referitoare la funcționarea psihicului uman atît normal cît și anormal. Prin comparație cu psihologia experimentală, ea se ocupă mult mai mult cu părțile iraționale ale activității psihice. Teoria psihanalitică este în general atractivă, deoarece furnizează o suită largă și cuprinzătoare de explicații pentru fenomenele clinice. Totuși, aceleași trăsături care îi dau amploare o fac, în același timp, improprie testării științifice.

Bazele teoriei psihanalitice au fost puse de Freud, dar mulți alți autori fie au contribuit la aceasta, fie au construit alternative teoretice. Această secțiune se ocupă numai de teoria freudiană, nu și de contribuțiile celorlalți analiști, care vor fi descrise în alte capitole ale cărții. De asemenea, secțiunea de față se concentrează doar asupra ideilor fundamentale ale psihanalizei; ipotezele referitoare la diferitele sindroame vor fi prezentate o dată cu acestea din urmă.

Se recomandă ca pe lîngă această succintă trecere în revistă să fie parcurse și cîteva din lucrările lui Freud, de exemplu Noile Prelegeri Introductive sau articolele citate în lista de la sfîrșitul acestui capitol. Este, de asemenea, utilă studierea unei aprecieri critice a teoriei psihanalitice (de exemplu, Farrell 1981 sau Dalbiez 1941).

Cele mai multe din datele folosite de cercetarea psihanalitică sînt obținute în cursul tratamentului psihanalitic. Acestea constau din relatările făcute de pacient despre gîndurile, fantasmele și visele sale, precum și despre amintiri legate de experiențe și trăiri ale copilăriei. Pentru a se asigura că materialul interviului este rezultatul asociațiilor libere ale pacientului și nu al conceptelor analistului, acesta adoptă un rol pasiv. În rolul analistului intră însă și interpretarea, în termenii teoriei analitice, a anumitor relatări și comportamente ale pacientului. De aceea, în unele lucrări de psihanaliză este uneori dificil de deosebit cu claritate afirmațiile pacientului de interpretările analistului.

După cum s-a subliniat deja, în acest capitol, nu este lipsită de importanță distincția ce se poate face între înțelegere și explicare. În acest sens, psihanaliza este o modalitate de înțelegere cu grad înalt de elaborare, care încearcă să facă tulburările psihice mai inteligibile. Ea nu duce la ipoteze explicative care să se preteze la verificări experimentale - cu toate că s-au făcut încercări de testare a unora din ipotezele particulare (vezi Fisher și Greenberg 1977).

Farrell (1981) a arătat că psihanaliza este un exemplu de teorie amplă, de tipul celor întîlnite în alte domenii ale cunoașterii. Astfel de teorii pot fi utile științei prin cadrul pe care i-l pun la dispoziție, cadru care permite dezvoltarea altor idei. Un exemplu al acestui tip de teorie folositoare este evoluționismul darwinian. Pentru a fi utilă, teoria trebuie să fie aptă de a încorpora noi observații, pe măsură ce acestea apar. Teoria lui Darwin supraviețuiește și pentru că s-a dovedit compatibilă cu achiziții ulterioare din genetică și paleontologie. Pe de altă parte, teoria psihanalitică nu s-a dovedit capabilă să-și asimileze într-un mod satisfăcător progrese făcute prin aplicarea științelor pozitive la studiul sistemului nervos. Statutul actual al psihanalizei se înrudește, mai degrabă, cu acea pătrundere a naturii umane realizată de marii scriitori, pătrundere care, deși ne ajută în aprofundarea înțelegerii ființei umane, nu constituie un domeniu al cunoașterii științifice. Psihiatrii au nevoie de o largă înțelegere a naturii umane. O pot dobîndi cu ajutorul unora din ideile psihanalitice, dar tot atît de bine, din marile opere literare.

Urmează un sumar al principalelor trăsături ale teoriei lui Freud. Deși prea scurt în raport cu meritele ideilor freudiene, rezumatul este, totuși, destul de extins față de spațiul dedicat altor metode de cercetare.

Multe din idei circulau deja înainte ca Freud să-și fi început studiile psihologice (vezi Sulloway 1979); el a reușit, însă, să le combine în mod ingenios. O trăsătură

centrală era inconștientul, concept elaborat de Freud. Autorul presupunea că aici își aveau originea toate procesele psihice. Unora dintre aceste procese le era permis accesul liber în conștient (de exemplu, senzațiile), altele nu puteau, în nici un fel, ieși la suprafață (inconștientul propriu-zis), iar altele doar uneori (cea mai mare parte a amintirilor, care alcătuiau "preconștientul"). După Freud, psihicul inconștient avea trei caracteristici cu rol important în geneza nevrozelor: divorțul de realitate; dinamismul, adică acțiunea în cadrul inconștientului a unor mari forțe; și conflictul dintre acesta și conștient. Cele trei caracteristici vor fi discutate pe rînd.

Divorțul dintre inconștient și realitate se manifestă în mai multe feluri. Inconștientul conține contradicții și paradoxuri flagrante și are tendința de a telescopa situații și fantasme care, în realitate, au fost separate prin intervale mari de timp. O bună ilustrare a acestor trăsături este dată, după Freud, de interpretarea viselor. Freud susține că visul se prezintă întîi prin conținutul său manifest (cel pe care subiectul și-l reamintește) și că, pornind de aici, analiza poate parcurge drumul înapoi, spre conținutul latent reprezentat de o dorință infantilă. Iar trecerea de la conținutul latent la forma manifestă este realizată de subiect, în somn, prin așa-numita elaborare a visului, cu ajutorul unor mecanisme precum: condensarea (fuzionarea mai multor imagini în una singură), deplasarea (schimbarea raportării sentimentelor de la trăsăturile esențiale la cele neesențiale ale unui obiect) și elaborarea secundară (rearanjarea elementelor asamblate). Freud a dat mare importanță acestei teorii deoarece presupunea că alcătuirea simptomelor nevrotice este similară cu cea a viselor, nevroza fiind, însă, caracterizată printr-o mai mare elaborare secundară.

În al doilea rînd, inconștientul este o structură dinamică, cuprinde pulsiuni menținute în echilibru printr-o serie de bariere și contragreutăți. În primele scrieri ale lui Freud, aceste pulsiuni erau considerate în întregime sexuale. Mai tîrziu, el a pus un accent mai mare pe pulsiunile agresive. După Freud, în evoluția dorințelor sexuale, după un stadiu activ, în primii ani de viață, urmează, începînd cu vîrsta de patru ani, o perioadă de latență care durează pînă la pubertate, cînd are loc revenirea la suprafață a acestor pulsiuni. De asemenea, dezvoltarea psihosexuală se caracterizează, nu numai prin debutul precoce, ci și prin complexitate și durată. Primul stadiu de organizare este cel oral, în care stimularea zonei bucale, prin supt și prin atingerea cu buzele este cea care activează pulsiunea sexuală. Al doilea stadiu, cel anal, presupune activarea pulsiunii sexuale prin eliminarea sau retenția materiilor fecale. Organele genitale devin sursă primară de pulsiune sexuală abia în al treilea stadiu. Uneori trecerea prin aceste stadii este accidentată. Libido-ul (energia instinctelor sexuale) poate deveni atunci fixat (parțial oprit) la unul din stadiile anterioare. Iar persoana ar avea tendința de a se angaja în tipare comportamentale infantile, sau, sub acțiunea stresului, de a regresa la acestea. Astfel, punctul în care se face fixarea determină natura oricărei posibile nevroze ulterioare.

Pe măsură ce libido-ul se dezvoltă, se schimbă nu numai modalitățile de activare, ci și obiectul la care el se raportează. Întîi apare iubirea de sine, urmată atît la băieți cît și la fetițe de atracția față de mamă. Apoi, tot în primii ani de viață, băieții își concentrează dorințele sexuale cu mai multă intensitate asupra mamei, în timp ce dezvoltă sentimente de ostilitate la adresa tatălui (complexul lui Oedip). La fetițe, evoluția legăturilor afective este inversă. Acestei prime perioade i se pune capăt prin refularea primelor pulsiuni sexuale. Drept rezultat apare capacitatea de a simți rușine și dezgust, iar copilul trece în perioada de latență. În fine, la pubertate pulsiunile sexuale revin, fiind îndreptate, de data aceasta, către relațiile cu alți adulți.

Cel de-al treilea aspect al inconștientului este lupta acestuia cu conștientul. Din acest conflict se consideră că izvorăște anxietatea, care poate persista de-a lungul

întregii vieți și care poate genera simptome nevrotice. Una din cele mai durabile contribuții ale lui Freud este ideea că anxietatea poate fi redusă prin o diversitate de mecanisme de apărare, mecanisme ce transpar, uneori, în comportamentul oamenilor sănătoși. O descriere a acestora poate fi găsită la pag.26.

În anumite țări ideile lui Freud au avut o influență considerabilă. Cei mai mulți psihiatri din Marea Britanie sînt de opinia (împărtășită și de autorii acestei cărți) că unele din ideile fundamentale (de exemplu, cele referitoare la mecanismele de apărare) sînt folositoare în înțelegerea pacienților; dar că detaliile teoriei freudiene nu sînt de ajutor nici ca explicație etiologică a sindroamelor clinice, nici ca ghid în practica psihiatrică. O mare parte a teoriei este exprimată printr-o succesiune complicată de metafore care, după cum s-a explicat mai sus, nu pot face subiectul unei verificări.

După cum s-a spus mai sus, într-un spațiu atît de restrîns este imposibil de făcut o apreciere corespunzătoare a teoriilor freudiene; de aceea este important să fie consultate unele din lucrările originale.

Relațiile acestui capitol cu sindroamele psihice

În acest capitol au fost trecute în revistă mai multe modalități de abordare a etiologiei. Cititorului îi poate fi mai ușor să le asimileze încadrîndu-le în problematica diverselor sindroame psihice. Astfel, ca prim pas, ar putea fi folositoare lecturarea secțiunii referitoare la etiologia depresiei (pag.189-201).

RECOMANDĂRI BIBLIOGRAFICE

Farrell, B.A. (1981) *The standing of psychoanalysis*. Oxford University Press, Oxford.

Freud, S. (1981). *From the history of an infantile neurosis (the "wolf man")*. Reprinted in Penguin Freud Library, Vol.9, pp.227- 366. Penguin, Harmondsworth.

Freud, S. (1924a). *Neurosis and psychosis*. Reprinted in Penguin Freud Library. Vol. 10, pp.209-18. Penguin, Harmondsworth.

Freud. S. (1924b). *The loss of reality in neurosis and psychosis*. Reprinted in Penguin Freud Library, Vol.10, pp.219-29. Penguin, Harmondsworth.

Freud, S. (1916-17). *Introductory lectures on psychoanalysis*. Reprinted in Penguin Freud Library, Vol.1, Penguin, Harmondsworth.

Henderson, A.S. (1988). *An introduction to social psychiatry*. Oxford University Press, Oxford.

Jaspers, K. (1963). *General psychopathology* (trans. J.Hoenig and M.W. Hamilton), pp.301-11 (The psychology of meaning); 355-64 (The basic law of psychological understanding); and 383-99 (Pathological psychogenic reactions). Manchester University Press, Manchester.

Shepherd, M. (ed.) (1985). *The scientific foundations of psychiatry*. Cambridge University Press, Cambridge.

Weatherall, D.J. (1986). *The new genetics and clinical practice* . (2nd edn). Oxford University Press, Oxford.

5 Tulburări de personalitate

Termenul personalitate se referă la calitățile comportamentale stabile ale unui individ într-o mare varietate de circumstanțe. Toți medicii ar trebui să fie capabili să evalueze personalitatea, astfel încît să ajungă să prevadă comportamentul pacienților în cursul bolii. Psihiatrul împărtășește și el acest interes general, dar preocupările sale trebuie să meargă mai departe. Pentru că la pacienții psihici personalitatea nu determină numai modul de reacție în timpul îmbolnăvirii, ci modifică, de asemenea, terenul și poate fi interpretată uneori greșit drept boală.

Trăsăturile de personalitate fac ca unii oameni să fie mai predispuși la tulburări emoționale la trecerea prin evenimente stresante. Astfel, în fața unor dificultăți, o persoană neliniștită întotdeauna de probleme minore este mai probabil să dezvolte o boală anxioasă, decît o persoană mai puțin înclinată spre neliniște. Cu acest grad de vulnerabilitate a personalității, comportarea anormală survine doar ca răspuns la evenimente stresante. La persoane cu un grad mai mare de anormalitate, comportarea neobișnuită survine chiar în absența evenimentelor stresante. Uneori aceste anomalii comportamentale pot fi atît de accentuate, încît este greu să se stabilească doar după starea prezentă a pacientului, dacă ele se datorează personalității sau unei tulburări mintale.

Distincția conceptuală între personalitate și tulburarea mintală este valoroasă în practica clinică, dar nu este întotdeauna ușor de făcut. În cadrul conceptului în discuție, problema centrală este durata comportamentului neobișnuit. Dacă persoana s-a comportat mai întîi normal și începe, la un moment dat, să se comporte anormal, se spune despre ea că ar avea o tulburare mintală. Dacă însă comportamentul său a fost întotdeauna la fel de anormal cum este și în prezent, se spune că are o tulburare de personalitate. Distincția este ușoară cînd schimbarea de comportament este rapidă (ca într-o tulburare maniacală acută), dar este dificilă cînd această schimbare este lentă (ca în unele cazuri de schizofrenie).

Unii psihiatri germani (de ex. Jaspers 1963) au adăugat un al treilea criteriu conform căruia afecțiunea apare dintr-o cauză dinăuntrul persoanei, ea nefiind o reacție față de circumstanțe. Aceasta duce în schimb la ideea conform căreia stările provocate în mod evident de evenimente stresante nu ar fi considerate drept afecțiuni, ci reacții ale personalității. Deși există unele merite ale acestei idei, ea nu mai poate fi susținută, deoarece cercetări recente au arătat că evenimentele stresante pot interveni înaintea debutului anumitor stări (ca de pildă schizofrenia) care erau socotite mai curînd afecțiuni decît reacții, după autori mai vechi.

Evaluarea personalității

Deși evaluarea personalității a fost discutată în cap.2, se consideră necesară menționarea din nou a două aspecte. Prima este că judecăți despre personalitate, de tipul celor făcute în viața de zi cu zi, nu trebuie aplicate pacienților. Dacă întîlnim un nou coleg la serviciu, vom judeca probabil personalitatea lui, în mare măsură, după comportamentul său în primele săptămîni de întîlnire cu el. Presupunem că acesta este modul său obișnuit de a se comporta. Uneori ne putem înșela. De exemplu, colegul cel nou poate să fie mai reținut decît este el de obicei. Dar, în general, acest mod de evaluare a comportamentului de fiecare zi este exact.

Personalitatea pacienților nu poate fi judecată în același fel. Este o greșeală frecventă să se dea prea mare importanță tipului de comportament observat în spital sau în ambulator, unde comportamentul reflectă mai probabil o combinație a personalității și tulburării mintale. Personalitatea poate fi apreciată numai după informații sigure despre comportamentul anterior.

Al doilea punct privește testele psihologice. Este tentant de presupus că acestea dau informații mai bune despre personalitate decît poate să obțină clinicianul, prin interviul pe care-l are cu pacientul sau cu cei care pot să-l informeze despre acesta. Nu este așa, întrucît cele mai multe teste de personalitate sînt influențate de prezența tulburării mintale și măsoară caracteristici rareori importante în practica clinică. În evaluarea personalității nu există substitut pentru discuția atentă cu pacientul și cu aparținătorii (informants).

Conceptul de personalitate anormală

Unele personalități sînt în mod evident anormale. De exemplu, acelea ale oamenilor violenți și sadici care, de repetate ori, fac rău celorlalți fără a avea remușcări. Este oricum imposibil să se traseze o linie distinctă între normal și anormal. Într-adevăr, este dificil de a decide și criteriul necesar pentru această distincție. Au fost propuse două criterii: unul statistic și al doilea social. După criteriul statistic, personalitățile anormale reprezintă variații cantitative față de normal și linia de separație este decisă printr-un scor de departajare. În principiu, această schemă este atractivă deoarece se aseamănă cu abordul folosit cu succes în definirea inteligențelor anormale. Aceasta are valoare semnificativă în cercetare, unde testele sînt necesare pentru a măsura personalitatea la grupuri de pacienți. Cu toate acestea, în practica clinică, la nivel individual, valoarea sa este limitată.

Al doilea abord poate fi de asemenea aplicat unei scheme în care personalitățile anormale sînt privite drept variații cantitative ale normalului. Însă, delimitarea arbitrară este determinată de criterii sociale mai degrabă decît de o departajăre statistică. Criteriile sînt reprezentate de suferința pe care individul și-o provoacă sieși sau altora. Astfel, o personalitate anormal sensibilă și tristă suferă ea însăși, în timp ce o persoană rece emoțional și agresivă face pe ceilalți să sufere. Deși astfel de criterii sînt subiective și nu au precizia primului mod de abord, ele corespund bine realităților din practica clinică și au fost adoptate în mare măsură.

Date fiind problemele conceptuale implicate, nu ne miră dificultatea definirii satisfăcătoare a personalității anormale. Definiția din ICD (Clasificarea Internațională a Bolilor) nu este lipsită de dificultăți, dar este larg acceptată: "modelele de comportament neadaptat profund implantate ce se pot recunoaște din perioada adolescenței sau mai devreme, și care se continuă de-a lungul celei mai mari părți a vieții adulte, cu toate că adesea devin mai puțin evidente la vîrsta medie sau înaintată. Personalitatea este anormală fie în ce privește echilibrul componentelor sale, calitatea și expresia lor, fie în ce privește aspectul său total. Din cauza aceasta... pacientul suferă sau face pe ceilalți să sufere, existînd un efect advers asupra individului sau societății".

Este important să reținem că personalitățile anormale pot prezenta însușiri atît favorabile cît și nefavorabile. Oricît de anormală este personalitatea, trebuie întotdeauna căutate trăsăturile pozitive în egală măsură cu cele nefavorabile. Acestea sînt deosebit de importante pentru planul de tratament.

Istoricul concepțiilor privind personalitatea anormală

Conceptul de personalitate anormală în psihiatrie poate fi găsit încă de la începutul

sec. XIX, cînd psihiatrul francez Pinel a descris "**manie sans délire**". Pinel a aplicat termenul acesta pacienților care erau înclinați spre izbucniri nemotivate de furie și violență, dar fără a fi deliranți (în perioada aceea delirurile erau considerate ca esența bolilor mintale și délire este termenul francez pentru *delir* - delusion). Probabil că acest grup de pacienți includea nu numai pe aceia care ar putea fi considerați acum ca avînd personalitate antisocială, ci și pacienții cu boli mintale care nu erau deliranți, de exemplu unii pacienți cu manie (vezi Kavka 1949, pentru o traducere a părții semnificative din a doua ediție a cărții lui Pinel, prima ediție fiind publicată în 1801).

Deși alți autori, ca de pildă americanul Benjamin Rush (1830), erau interesați în probleme clinice similare, un medic englez a făcut următorul pas important înainte. În 1835, J.C.Prichard, un medic primar în spitalul din Bristol, a publicat *Tratatul despre nebunie și alte boli mintale* (Treatise on insanity and other disorders of the mind). După ce se referă la *manie sans délire* a lui Pinel, acesta propune un nou termen: **nebunie morală** ("moral insanity"), definită ca o "perversiune morbidă a sentimentelor naturale, afectelor, înclinațiilor, temperamentului, obiceiurilor, dispozițiilor morale și impulsurilor naturale, fără vreo tulburare sau defect remarcabil al intelectului, cunoașterii sau facultăților de judecată și, în particular, fără delir sau halucinații" (Prichard, 1835, p.6). Deși această descriere includea pacienții violenți descriși de Pinel, Prichard a avut în mod evident în vedere un grup mai larg, odată ce a adăugat: "o înclinație spre hoție este uneori o caracteristică a nebuniei morale și uneori ea este caracteristica principală a sa, dacă nu singura" (pag. 27). Categoria lui Prichard de nebunie morală, asemenea cu *manie sans délire* a lui Pinel, poate să fi inclus tulburări afective, deoarece "o considerabilă proporție dintre cele mai izbitoare cazuri de nebunie morală este formată din acelea în care tendința la tristețe sau suferință este principala caracteristică" și, mai mult: "starea de tristețe și depresie deschide uneori drumul ... situației opuse, de excitație anormală" (pag. 27).

Este clar că Prichard a inclus de asemenea pacienți care azi ar fi considerați ca avînd o tulburare a personalității de tip antisocial. Astfel, el a scris (pag. 23): "excentricitatea conduitei, obiceiurile ciudate sau absurde, înclinația spre a executa acțiunile comune ale vieții într-un mod diferit de cel obișnuit, adesea este o trăsătură a multor cazuri de nebunie morală, dar poate fi greu de spus dacă reprezintă o caracteristică definitorie. Cînd totuși astfel de fenomene sînt observate, în legătură cu o dispoziție dificilă, ostilă, cu o alterare a relațiilor afective sociale, cu aversiune pentru rudele cele mai apropiate sau prieteni, altădată iubiți, pe scurt, cu o schimbare în caracterul moral al individului, cazul devine, pe bună dreptate, destul de clar".

Spre sfîrșitul secolului XIX a început să se înțeleagă că afecțiunea mintală se poate produce și fără delir și că tulburările afective și schizofrenia erau entități separate. Totuși, conceptul de nebunie morală s-a păstrat, deși cu un înțeles mult mai restrîns. Astfel, acesta a fost aplicat de Henry Maudsley celor cu "incapacitate pentru un adevărat sentiment moral - toate impulsurile și dorințele sale, la care cedează fără să se opună, sînt egoiste, comportarea sa pare a fi guvernată de mobiluri imorale care sînt nutrite și urmate fără vreo dorință evidentă de a le rezista". (Maudsley 1885, p.171). Maudsley a comentat nemulțumirile din acea vreme asupra termenului de nebunie morală, la care s-a referit ca la "o formă de alienare mintală care are atît de mult aspectul viciului sau al crimei, încît mulți oameni o privesc ca pe o invenție medicală nefondată" (pag. 170).

Următorul pas spre ideile moderne a fost introducerea, de către Koch (1891) a termenului de **inferioritate psihopatică** (psychopathic inferiority), ce indică un grup de indivizi cu note anormale ale comportamentului, în absența afecțiunii mintale sau deteriorării intelectuale. Ulterior, cuvîntul inferioritate a fost înlocuit cu termenul personalitate pentru a evita judecățile excesive. *Kraepelin* a împărtășit inițial îndoielile

generale privind cea mai bună cale de a clasifica acești indivizi și abia în ediția a 8-a a tratatului său a adoptat, în sfîrșit, termenul de **personalitate psihopatică**, dedicîndu-i acesteia un lung capitol. El a descris șapte tipuri separate: excitabil, instabil, excentric, mincinos, escroc, antisocial, certăreț.

Un pas mai departe a fost făcut de un alt psihiatru german, Schneider. Pe cînd cele șapte tipuri de personalitate psihopatică ale lui Kraepelin au inclus numai pe acelea cauzatoare de inconveniente, supărări sau suferințe celorlalți oameni, Schneider a extins conceptul, incluzînd pe acelea cauzatoare de suferințe pentru ei înșiși și nu neapărat pentru ceilalți. El a inclus, de exemplu, indivizi cu marcate caractere depresive sau de nesiguranță. În viziunea lui Schneider, personalitatea psihopatică ocupă întregul domeniu al personalității anormale, nu numai al personalității antisociale. În această concepție termenul începe să aibă două înțelesuri: un înțeles mai larg, al personalității anormale de toate felurile, și altul mai restrîns, al personalității antisociale.

Confuzia asupra termenului de personalitate psihopatică nu se încheie o dată cu definiția mai extinsă oferită de Schneider. Alte două utilizări ale termenului atrag atenția. Prima, apărută în lucrarea psihiatrului scoțian Sir David Henderson, care în 1939 a publicat o carte importantă, *Stările psihopatice*. În aceasta, el începe prin a defini psihopații ca pe oamenii care, deși nu sînt subnormali din punct de vedere mintal, "de-a lungul vieții sau de la o vîrstă relativ timpurie, au manifestat tulburări de conduită de natură antisocială sau asocială, de obicei de tip recurent sau episodic, care, în multe cazuri, s-a dovedit dificil de influențat prin metode de asistență socială, penală sau medicală, ori pentru care nu avem măsuri adecvate preventive sau curative". Pînă acum, aceasta corespunde obișnuitei definiții restrînse a personalității psihopatice. Oricum, Henderson a extins definiția sa, prin referire la 3 grupe de psihopați: predominant agresivi, predominant pasivi sau inadecvați și psihopații creativi. Această împărțire a avut efectul lărgirii din nou a conceptului. Grupul predominant agresiv include nu numai pe aceia care sînt agresivi în mod repetat, ci și pe cei înclinați spre suicid și spre abuz de alcool și drog. Grupul personalităților pasive și inadecvate include indivizii instabili, hipocondriaci și sensibili, mincinoșii patologici și persoanele cu o natură schizoidă. Grupul psihopaților creativi este așa de vast încît un asemenea criteriu are o valoare limitată; astfel, exemplele date de Henderson au inclus și pe T.E.Lawrence și Ioana d'Arc, ambii creativi în feluri diferite și avînd puține trăsături comune. Retrospectiv, principala contribuție a lui Henderson a fost îndreptarea atenției spre personalitățile inadecvate.

O altă variație în înțelesul termenului de psihopatie a fost introdusă în Actul de Sănătate Mintală pentru Anglia și Țara Galilor, 1959. În acest act, tulburarea psihopatică a fost definită în Secțiunea 4 (4) ca: "o tulburare sau o incapacitate mintală persistentă (indiferent dacă include sau nu o inteligență subnormală) care are drept rezultat o conduită anormal de agresivă sau grav iresponsabilă din partea pacientului și necesită, sau este susceptibilă de un tratament medical". Această definiție se întoarce la ideea centrală a actelor agresive sau iresponsabile care cauzează suferință celorlalți oameni. Oricum, definiția nu este satisfăcătoare deoarece include necesitatea **de** sau răspunsul **la** tratament, criterii ce pot fi convenabile din punct de vedere administrativ, dar nu pot fi justificate logic. Nu este surprinzător că folosirea acestei definiții a fost însoțită de multe dificultăți. (În Appendix este discutată legislația mai recentă în domeniul sănătății mintale).

Cele două înțelesuri ale personalității psihopatice, înțelesul mai larg, al tuturor personalităților anormale, și cel mai restrîns, al personalității antisociale, persistă pînă în prezent. Din cauza unei astfel de ambiguități, acest tratat evită termenul și folosește termenul de tulburare de personalitate și personalitate antisocială pentru a desemna sensul cel larg și, respectiv, pe cel restrîns.

Clasificarea personalităților anormale

Înainte de a vedea cum pot fi clasificate personalitățile anormale, este important să înțelegem că fiecare categorie, în orice schemă de clasificare, reprezintă un model cu care puțini pacienți se potrivesc. Citîndu-l pe Schneider (1950): "orice clinician ar fi foarte încurcat dacă i s-ar cere să clasifice în tipuri potrivite psihopații (adică personalitățile anormale) întîlniți în curs de 1 an. Nu sînt decît cîteva cazuri în care unul din tipurile descrise sau combinații ale lor să poată fi aplicate fără precizări ulterioare. Ființele umane opun rezistență măsurătorii precise și, spre deosebire de fenomenele patologice, indivizii anormali nu pot fi clasificați net în maniera diagnosticului clinic".

Două modalități principale de clasificare au fost folosite. Prima este pur descriptivă, folosind termeni ca: voință slabă și agresivitate. A doua este atît descriptivă cît și etiologică, deoarece etichetează personalitățile anormale prin referire la un sindrom de tulburare mintală cu care acesta se aseamănă parțial. De exemplu, personalitățile caracterizate prin excentricitate și răceală emoțională sînt numite schizoide deoarece aceste trăsături seamănă cu cele găsite la schizofreni și deoarece s-a sugerat că personalitatea anormală și boala mintală ar avea o cauză comună. Ambele modalități au fost incluse în Clasificarea Internațională a Bolilor (ICD), unde termenii descriptivi, precum impulsiv și histrionic sînt utilizați alături de termenul etiologic de schizoid.

Tabel 5.1 Clasificarea tulburărilor de personalitate

I.C.D.10 (proiect)	DSMIIIR*
Paranoid	Paranoid
Schizoid	Schizoid, Schizotipal
Dissocial	Antisocial
Impulsiv	Borderline
Histrionic	Histrionic, Narcisic
Anancast (obsesiv-compulsiv)	Obsesiv-compulsiv
Anxios (evitant)	Evitant (avoidant)
Dependent	Dependent
Altele	Pasiv-agresiv

*) Ordinea listei a fost puțin schimbată pentru a facilita compararea între scheme

În tabelul 5.1., clasificarea tulburărilor de personalitate din proiectul ICD10 este comparată cu aceea din DSMIIIR. Cele două scheme sînt în linii mari similare, diferențele fiind de două feluri: denumiri diferite pentru tipuri similare de tulburări de personalitate și includerea în DSMIIIR a 3 tipuri ce nu apar în ICD10, iar în ICD10 a unui tip ce nu apare în DSMIIIR. Diferențele de terminologie sînt:

1. folosirea în ICD10 (proiect) a termenului dissocial (dyssocial) pentru a descrie tulburarea de personalitate numită antisocială în DSMIIIR (în această carte este folosit termenul antisocial);
2. folosirea în ICD10 (proiect) a termenului anancast (anankastic), ca termen preferat pentru tulburarea de personalitate numită obsesiv-compulsivă în DSMIIIR; și
3. folosirea în ICD10 (proiect) a termenului anxios, preferat pentru tulburarea de personalitate numită evitantă (avoidant) în DSMIIIR.

Patru categorii de personalitate anormală sînt găsite doar într-unul din sisteme. (Toate patru sînt descrise în acest capitol). ICD10 (proiect) conține o astfel de categorie: tulburarea personalității de tip impulsiv (descrisă în acest capitol la pag.108). DSMIIIR conține 3 astfel de categorii: schizotipal (vezi pag.109), borderline (vezi pag.110) și pasiv–agresiv (vezi pag.110).

Cu toate că este necesară clasificarea personalităților anormale în scopuri statistice, este adesea mai bine ca în practica clinică de fiecare zi să se dea o descriere scurtă a principalelor trăsături de personalitate. Exemple de astfel de descrieri sînt: sensibil, absența încrederii în sine și înclinarea către îngrijorări nemotivate; sau anormal de agresiv cu slabe semne de sentimente sau remușcări față de alte persoane. Mai presus de orice, clinicianul trebuie să evite eroarea pe care Jaspers (1963) a numit-o înțelegerea falsă prin terminologie ("pseudo-insight through terminology"). Altfel spus, el nu trebuie să fie indus în eroare gîndind că, etichetînd o personalitate printr-una din categoriile ICD, îl înțelege mai bine pe pacient.

Trăsăturile clinice ale personalităților anormale

Această secțiune conține o descriere a personalităților anormale care apar în Clasificarea Internațională a Bolilor (ICD). Aceasta este urmată de o scurtă trecere în revistă a claselor suplimentare sau alternative folosite în DSMIIIR. Deși descrierea dată aici urmează schema largă a ICD, diferitele feluri de personalitate anormală nu sînt descrise în aceeași ordine. În schimb, tulburările personalității de tip obsesiv și histrionic sînt discutate primele, deoarece ele pot fi legate mai ușor de observarea oamenilor în viața de zi cu zi.

Tulburarea personalității de tip obsesiv-compulsiv (Personalitate obsesiv-compulsivă)

Acesta este termenul folosit în DSMIIIR. În ICD10 (proiect), termenul preferat pentru această tulburare de personalitate este **anancast**, după Kahn (1928). Singurul avantaj al acestui termen este acela că evită implicarea eronată a unei legături inevitabile între acest tip de personalitate și tulburările obsesive.(Persoanele cu acest tip de personalitate sînt pasibile, de asemenea, de a dezvolta boli anxioase și depresive).

Înainte de descrierea tulburării personalității de tip obsesiv-compulsiv este bine să revedem manifestarea trăsăturilor obsesionale la o personalitate normală. O astfel de persoană este de încredere, precisă și punctuală. Ea fixează standarde înalte și respectă normele sociale. Este hotărîtă și persistă în îndatoririle sale în ciuda dificultăților. Stabilitatea dispoziției sale inspiră încredere. Totuși, chiar în cadrul personalității normale, aceste calități au și o altă fațetă; uneori, fermitatea poate face loc încăpățînării, precizia, preocupării pentru un detaliu fără importanță și standardele morale înalte, comportamentului conservator. Mai mult, chiar calitățile care determină stabilitatea dispoziției se pot exprima într-un mod de viață din care lipsește umorul.

În tulburarea personalității de tip obsesiv-compulsiv, aceste trăsături merg spre extreme. Una din cele mai izbitoare este lipsa de adaptare la situații noi. Persoana este rigidă în părerile sale și inflexibilă în modul de abordare a problemelor. Schimbarea o neliniștește și preferă o rutină sigură, fără risc, pe care o cunoaște. Unei astfel de persoane îi lipsește imaginația și nu știe să profite de împrejurările favorabile. Calitățile care, în cadrul personalității normale, o fac demnă de încredere, într-o tulburare a personalității de tip obsesiv-compulsiv, se exprimă printr-un

perfecționism inhibant ce transformă munca obișnuită într-o povară și o înnecă în detalii nesemnificative. Standardele morale înalte sînt exagerate pînă la a deveni o preocupare dureroasă și culpabilizantă de a nu greși, care înăbușă bucuria. Ea se manifestă prin atitudine critică excesivă, moralizatoare, lipsită de umor, chiar prin stînjeneală în fața veseliei celorlalți. Persoana în cauză este adesea meschină pînă la avariție și deloc bucuroasă să dăruiască, sau să primească un dar.

Indecizia este o altă trăsătură proeminentă a unor astfel de oameni. Pentru ei este dificil să cîntărească avantajele și dezavantajele situațiilor noi. Întîrzie deciziile și adesea cer din ce în ce mai multe sfaturi. Ei se tem să nu facă greșeli și, după ce iau o decizie, sînt neliniștiți ca nu cumva alegerea să fie incorectă.

Sensibilitatea la critică este o altă trăsătură cunoscută a unor astfel de personalități. Sînt preocupați în mod exagerat de opiniile celorlalți și așteapă să fie judecați la fel de aspru precum ei înșiși se judecă.

Adesea exteriorizează puțină emoție. Totuși, ei sînt făcuți pentru a arde mocnit cu sentimente neexprimate de mînie și ostilitate, provocate adesea de alte persoane care au interferat cu viața lor rutinieră. Astfel de stări de supărare pot fi acompaniate de gînduri obsesive și reprezentări cu caracter agresiv, chiar la cei care nu dezvoltă întregul sindrom al unei tulburări obsesive.

Tulburarea personalității de tip histrionic (Personalitate histrionică)

Termenul este utilizat și în ICD10 (proiect) și în DSMIIIR. Caracteristicile importante ale acestui tip de personalitate sînt auto-dramatizarea, o mare sete de noutate, senzațional și distracții și o abordare egocentrică a relațiilor cu ceilalți.

La o personalitate normală, trăsăturile histrionice minore pot fi avantajoase pentru relațiile sociale. Persoana cu astfel de trăsături este o gazdă simpatică; se descurcă bine ca actor amator și vorbește cu ușurință în public. Histrionicii au tendința să-și exhibe întotdeauna emoțiile și plîng sau rîd cu ușurință, dar sentimentele trec repede.

Cînd aceste calități sînt exagerate, în tulburarea personalității de tip histrionic, acestea devin mai puțin acceptabile. Persoana dramatizează mai mult decît ar cere un personaj obișnuit; ea pare să joace un rol, incapabilă de a fi ea însăși. Pare adesea că nu-și dă seama de faptul că ceilalți pot să vadă dincolo de ceea ce ea afișază. În locul bucuriei pentru noutate, găsite la o persoană cu trăsături histrionice de personalitate,în tulburarea personalității de tip histrionic există o neobosită căutare de noi experiențe, dar cu entuziasm de scurtă durată, persoana plictisîndu-se rapid și tînjind după ceva nou. Tendința de a fi egocentric poate fi mult exagerată în tulburarea histrionică de personalitate. Persoana respectivă este lipsită de considerație pentru alții, părînd să se gîndească numai la propriile interese și bucurii. Este frivolă, superficială, nechibzuită, cea care pretinde tot timpul și poate recurge la măsuri extreme pentru a-i forța pe alții să-i îndeplinească dorințele. "Șantajul" emoțional, scenele de furie și încercările demonstrative de suicid constituie o parte din arsenalul disponibil. Își etalează ușor emoțiile, obosindu-i pe ceilalți cu accesele sale de furie sau cu expresii de disperare. Ea pare să simtă prea puțin din emoțiile pe care le exprimă. Histrionicii își revin repede și adesea par chiar surprinși cînd ceilalți nu sînt dispuși să uite scenele respective la fel de repede ca ei înșiși.

Cu aceste calități se asociază o capacitate de autoamăgire care poate să ia proporții uluitoare. Persoana continuă să creadă că are dreptate cînd toate faptele au arătat contrariul. Este capabilă să susțină minciuni elaborate, mult timp după ce ceilalți i-au descoperit complet trucurile. Acest model de comportament este observat, în forma sa extremă, la "mincinoși patologici" și la escroci.

Unele din aceste trăsături sînt normale în copilărie, mai ales entuziasmele

tranzitorii, trecerea cu ușurință de la rîs la lacrimi, bucuria de a păcăli și egocentrismul. Acest lucru a determinat pe unii psihiatri să aplice termenul de imatur acestui tip de personalitate. Totuși, termenul este imprecis și este mai bine să se evite.

În tulburarea personalității de tip histrionic, viața sexuală este de asemenea afectată. În special la femei există o provocare sexuală combinată cu frigiditate. Ele se angajază în etalări de afecțiune și cochetează, dar sînt adesea incapabile de sentimente adînci și pot să nu ajungă la orgasm.

Schneider a folosit termenul de **psihopați care cer atenție** (attention seeking psychopaths) pentru un anumit grup de persoane cu tulburări ale personalității de tip histrionic. Astfel de persoane încearcă în mod constant să pară mai mult decît sînt în realitate și au pretenții exagerate în ceea ce îi privește pe ceilalți.

Tulburarea personalității de tip paranoid (Personalitate paranoidă)

Termen utilizat în ambele lucrări: ICD10 (proiect) și DSMIIIR. Trăsăturile centrale ale acestui tip de personalitate anormală sînt: suspiciunea și sensibilitatea (sensitivity). Așa cum s-a menționat deja, trăsături minore obsesionale și histrionice pot să confere calități plăcute unei personalități normale. Trăsăturile paranoide nu au însă un astfel de aspect pozitiv. Chiar cînd aceste trăsături formează doar o mică parte a personalității, ele adaugă o neîncredere care depășește prevederea obișnuită și o sensibilitate la respingeri, acestea fiind un handicap în relațiile sociale. În tulburarea de personalitate de tip paranoid, această suspiciozitate se poate manifesta în mai multe feluri. Persoana respectivă poate fi permanent în gardă (în cadrul suspiciunii sale) ca nu cumva alții să profite de ea, să o înșele sau să se amuze pe socoteala ei. Cel cu acest gen de psihopatie poate să pună la îndoială lealitatea celorlalți și este incapabil să aibă încredere în aceștia. În consecință, apare ca ușor de atins și suspicios. Nu își face prietenii cu ușurință și poate să evite participarea la grup. Ceilalți pot să-l considere ascuns, ocolit și prea îngăduitor cu greșelile sale. El pare să aibă un redus simț al umorului, ca și o capacitate scăzută de a se bucura. O astfel de personalitate reprezintă un teren fertil pentru gelozie (vezi de asemenea cap.10).

Persoanele cu o personalitate de tip paranoid sînt revendicative și încăpățînate. În fața unei noi propuneri, ei sînt exagerat de precauți și se gîndesc dacă nu cumva aceasta nu urmărește să le lezeze interesele. Unii se angajează în litigii care se prelungesc mult după ce orice persoană ne-paranoidă le-ar abandona.

O caracteristică importantă a personalității paranoide este un simț crescut al propriei importanțe. Persoana respectivă are adesea o mare convingere intimă că este neobișnuit de talentată și capabilă de mari succese. Această idee despre sine se menține chiar și în fața realizărilor modeste despre care paranoidul crede că s-ar datora faptului că ceilalți îl împiedică să-și realizeze potențialul său real, că a fost dat la o parte, păcălit, escrocat,înșelat. Uneori, aceste idei de importanță a propriei persoane sînt cristalizate în jurul unei idei prevalente centrale care persistă mai mulți ani.

Sensibilitatea reprezintă un alt aspect important al personalității paranoide. O astfel de persoană se rușinează ușor și simte umilința la fel de repede. Ea se ofensează cu ușurință și vede ostilități și riposte acolo unde acestea nu există în intenție. Drept rezultat, cei din jur îi găsesc pe paranoizi dificili, înțepați și nerezonabili. Și Schneider (1950) și Kretschmer (1927) au folosit termenul **sensibil** pentru descrirea unei astfel de persoane. Kretschmer a descris de asemenea situația cînd o astfel de persoană, fiind confruntată cu o experiență profund umilitoare, dezvoltă idei de suspiciune care pot să se transforme cu ușurință în delir de persecuție. Aceste "idei senzitive de relație" sînt descrise mai departe în cap.10.

Tulburarea personalității de tip afectiv (Personalitate distimică)

Unele persoane prezintă tulburări de reglare a dispoziției în cea mai mare parte a vieții lor. Ele pot fi triste în mod persistent (tulburare depresivă de personalitate), sau pot fi în mod obișnuit într-o stare de exaltare neobișnuită (tulburarea hipertimică de personalitate). Al treilea grup, alternînd între aceste două extreme, este: tulburarea de personalitate cicloidă sau ciclotimică. Aceste tipuri de tulburări de personalitate au fost descrise de mai mulți ani și sînt recunoscute cu ușurință în practica clinică. Totuși, ele nu apar nici în ICD10 (proiect) și nici în DSMIIIR. Aceasta deoarece ambele sisteme le includ **nu** în capitolul tulburărilor de personalitate, ci în cel al tulburărilor de dispoziție, adică drept "stări afective persistente" (ciclotimie sau distimie) în ICD10 (proiect), sau ciclotimie în DSMIIIR. Persoanele cu **tulburare depresivă de personalitate** par să fie întotdeauna în dispoziție scăzută. Ele au în mod persistent o imagine sumbră a vieții, anticipînd, pentru orice întîmplare, cel mai rău rezultat. O astfel de persoană meditează mult asupra nefericirilor sale, se îngrijorează fără măsură și are adesea un puternic simț al datoriei. Manifestă o capacitate scăzută de a se bucura și se arată nemulțumită de viața sa. Unii pacienți sînt iritabili și greu de stăpînit.

Persoana cu **tulburare hipertimică de personalitate** este de obicei veselă și optimistă și manifestă un gust de viață impresionant. Poate să aibă de asemenea o judecată inadecvată iar concluziile sale pot fi pripite și mai puține critice. Buna lor dispoziție obișnuită este adesea întreruptă de perioade de iritabilitate, în special cînd sînt frustrați. Acest tip de personalitate este rar atît de accentuat încît să cauzeze suferința. Unele persoane revendicative din acest grup au fost numite pseudocverulente de către autori germani mai vechi.

Persoanele cu **tulburare cicloidă de personalitate** oscilează între extremele depresivă și hipertimică, descrise mai sus. Această instabilitate a dispoziției este mult mai distrugătoare decît oricare din cele două tulburări. Astfel de oameni trec prin perioade în care sînt foarte veseli, activi și productivi. În acest timp ei își iau angajamente suplimentare în muncă și în viața lor socială. Apoi dispoziția se schimbă și în locul optimismului plin de încredere, apare o sumbră și defetistă abordare a vieții. Energia este scăzută. Activitățile abordate cu atît de multă plăcere în faze de dispoziție exaltată sînt acum percepute ca o povară. În această fază, decizii diferite, la fel de imprudente, pot fi luate, iar situațiile favorabile ce ar putea fi folosite sînt refuzate. În timp, are loc o trecere spre dispoziția normală sau o întoarcere la o stare de ușoară exaltare.

Tulburarea personalității de tip schizoid (Personalitate schizoidă)

Termenul este utilizat în ambele lucrări ICD10 (proiect) și DSMIIIR. În această tulburare, persoana este introspectă și înclinată mai degrabă spre fantezie decît spre acțiune. Din punct de vedere emoțional, este glacială, suficientă sieși și detașată de ceilalți. Termenul schizoid a fost sugerat de Kretschmer (1936), care a susținut o relație etiologică între acest fel de personalitate și schizofrenie (a se consulta capit.9). Cu toate acestea, cele două entități nu sînt asociate în mod invariabil, iar termenul va fi folosit doar pentru descriere, fără a implica vreo relație cauzală cu schizofrenia.

Trăsătura cea mai izbitoare este lipsa căldurii și a relațiilor emoționale. Oamenii cu această tulburare apar detașați, retrași și indispuși și par incapabili de a exprima afecțiune sau tandrețe. Ca rezultat, ei nu își fac prietenii intime, iar adesea rămîn necăsătoriți. Ei arată puțin interes pentru opiniile celorlalți și urmează un drum singuratic întreaga viață. Preocupările și interesele lor sînt solitare și mai mult intelectuale decît practice.

Acești oameni au tendință spre introspecție. Fantezia lumii lor interioare este adesea de largi proporții, dar îi lipsește conținutul emoțional. Ei sînt mai înclinați către probleme intelectuale decît spre idei concrete despre alți oameni.

Dacă tulburarea este extremă, individul este glacial, dur, izolat, stînjenit în societate și fără prieteni. Gradele mai atenuate ale acestor trăsături, atunci cînd fac parte dintr-o personalitate normală, pot să-i confere avantaje în unele situații din viață. De exemplu, unele forme de activitate intelectuală, de studiu, pot fi îndeplinite mai eficient de o persoană care se poate detașa de activitățile sociale mai mult timp și poate să se concentreze în mod detașat și lipsit de emoție asupra problemelor intelectuale.

Tulburarea personalității de tip antisocial (Personalitate antisocială)

În ICD10 (proiect), această tulburare de personalitate este numită dissocială. Cartea de față preferă termenul antisocial care apare în DSMIIIR. Persoanele cu această tulburare prezintă o șocantă varietate de trăsături anormale. S-au făcut încercări numeroase de a se identifica un nucleu esențial al tulburării. Cea mai utilă dintre acestea recunoaște 4 trăsături: insuccesul în realizarea legăturilor bazate pe afecțiune, acțiuni impulsive, lipsa sentimentului de vinovăție, incapacitatea de a învăța din experiențele negative.

Insuccesul în a realiza legături bazate pe afecțiune este însoțit de egocentrism și nepăsare. În forma extremă, există un grad de duritate care-i permite individului respectiv să săvîrșească altora acte crude, dureroase, sau degradante. Această lipsă de sentiment este adesea în izbitor contrast cu un farmec personal care-i permite legături superficiale și pasagere. Activitatea sexuală se desfășoară fără tandrețe. Căsătoria este adesea marcată de lipsa de preocupare pentru partener și uneori de violență fizică. Multe căsătorii sfîrșesc prin separare sau divorț.

Comportamentul impulsiv caracteristic este adesea reflectat de schimbarea frecventă a locurilor de muncă și de frecvente concedieri. Acesta se manifestă de altfel în întregul mod de viață, care pare lipsit de orice plan sau luptă susținută pentru un țel.

Acest comportament impulsiv, cuplat cu absența sentimentului de vinovăție sau a remușcării, este adesea asociat cu repetate încălcări ale legii. Astfel de infracțiuni încep în adolescență cu acte delincvente mărunte, minciuni și vandalism; mulți dintre ei manifestă o izbitoare indiferență în sentimentele pentru ceilalți oameni și unii comit acte de violență sau de nepăsare grosolană. Adesea comportamentul este accentuat sub efectul alcoolului sau al drogurilor.

Personalitățile sociopatice pot deveni părinți inadecvați, care-și neglijază și maltratează copiii. Unii au dificultăți în administrarea finanțelor lor sau în organizarea vieții de familie din alte puncte de vedere.

O descriere vie a tulburărilor personalității de tip antisocial se găsește în cartea lui Cleckley *Masca sănătății* (prima ediție publicată în 1941), care este încă valabilă (Cleckley, 1964).

Tulburarea personalității de tip impulsiv (Personalitate impulsivă)

Indivizii cu acest fel de tulburare de personalitate nu pot să-și controleze adecvat emoțiile și prezintă bruște descărcări de mînie. Aceste izbucniri nu se limitează întotdeauna la cuvinte, ci pot include violența fizică ce poate duce uneori la vătămări serioase. Spre deosebire de persoanele cu personalitate antisocială, care de asemenea se manifestă prin

explozii de mînie, acest grup nu are dificultăți în ceea ce privește relațiile sale. Această tulburare este recunoscută numai în ICD10 (proiect), nu și în DSMIIIR.

Tulburarea personalității de tip evitant (avoidant) (Personalitate evitantă) (anxioasă)

Acești oameni sînt tot timpul anxioși. Ei sînt stînjeniți în societate, temîndu-se de critici sau dezaprobare și neliniștiți că ar putea fi puși în încurcătură. Sînt precauți față de noile exigențe, nu agreează întîlnirile cu necunoscuți și sînt temători în fața oricărui neprevăzut. Ca rezultat, ei au puțini prieteni apropiați și evită obligațiile sociale ca și luarea de noi responsabilități la serviciu. Acești oameni se deosebesc de personalitățile schizoide prin faptul că nu sînt reci emoțional; în realitate, ei doresc relații sociale, dar nu pot să le obțină. În ICD10 (proiect) este preferat termenul de tulburare anxioasă de personalitate, cu acceptarea alternativei evitant ("avoidant").

Tulburarea personalității de tip dependent (Personalitate dependentă)

Acest tip de tulburare de personalitate este recunoscut în ambele lucrări: ICD10 (proiect) și DSMIIIR. Persoanele cu astfel de tulburare sînt cu o voință slabă și mult prea binevoitori, exagerat de conformiști cu dorințele altora. Le lipsește vigoarea și au o capacitate redusă de a se bucura. Ei evită responsabilitățile și sînt lipsiți de încredere în sine. Unii indivizi dependenți sînt mai hotărîți, dar își realizează scopurile convingîndu-i pe alții să-i ajute în timp ce-și pledează neajutorarea.

Dacă se căsătoresc, astfel de persoane pot fi protejate de multe din urmările tulburării lor de personalitate, avînd ca susținător un soț mai energic și mai hotărît, care va prelua latura decizională și va rîndui activitățile. Lăsați de capul lor, unii indivizi din această categorie decad spre partea de jos a scării sociale, iar alții sînt găsiți printre șomerii pe termen lung și fără locuință.

Alte categorii de personalități anormale

Secțiunea aceasta se referă la cîteva descrieri ale tulburărilor de personalitate care au fost incluse în schema americană (DSMIIIR) și nu au fost incluse în Clasificarea Internațională a Bolilor (ICD).

Tulburarea personalității de tip schizotipal (Personalitate schizotipală)

Termenul schizotipal folosit în DSMIII se referă la o tulburare a personalității caracterizată prin: anxietate socială, incapacitate de a avea prietenii apropiate, comportament excentric, ciudățenii de limbaj (ca, de ex. un limbaj în termeni vagi și excesiv de abstract), afectivitate neadecvată, suspiciozitate, idei (dar nu delir) de relație, alte idei ciudate (de ex. idei despre telepatie și prezicerea viitorului care nu sînt normale pentru cultura respectivă); și experiențe perceptuale neobișnuite (astfel perceperea prezenței unei persoane decedate de către cineva care nu a avut nici un deces printre cei apropiați). S-a sugerat de către autorii DSMIIIR că acest tip de personalitate este înrudit cu schizofrenia. Sînt însă necesare mai multe dovezi înainte ca acest tip de personalitate să fie acceptat ca o categorie separată pentru scopuri diagnostice.

Tulburarea personalității de tip narcisic (Personalitate narcisistă)

Persoanele cu această tulburare sînt caracterizate printr-un sentiment exagerat al