

Prof.Dr. Mircea LĂZĂRESCU

Medicina psihiatrică la cumpăna dintre milenii

Mircea Lăzărescu

*Chin,
Extaz și
Nebunie înaltă
în secolul XX*

*Cronica a trei zile, prilejuită de
comemorarea centenarului
nașterii lui Gioran,
povestită de un psihopatolog*

BRUMAR



Universitatea
de Medicină
și Farmacie
"Victor Babeș"
Timișoara
- 2013 -

CULORILE NOSTALGIEI
amintiri ale unui psihiatru

Editura Imprimeriei de Vest, Oradea
1998



**COLECȚIA
ACADEMICA**

Editura VICTOR BABEȘ

Piața Eftimie Murgu 2, cam. 316, 300041 Timișoara

Tel./ Fax 0256 495 210

e-mail: evb@umft.ro

www.evb.umft.ro

Director general: Prof. univ. dr. Dan V. Poenaru

Director: Prof. univ. dr. Andrei Motoc

Indicativ CNCSIS: 324

© 2013 Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate.

Reproducerea parțială sau integrală a textului, pe orice suport, fără acordul scris al autorului este interzisă și se va sancționa conform legilor în vigoare.

ISBN 978-606-8456-10-2

Profesia de psihiatru și nuanțele sale



Psihiatria este o disciplină mai aparte a medicinei, ceea ce toată lumea recunoaște. Inclusiv medicii; căci sunt și ei oameni. Iar dacă apare în apropiere un „nebun”, o reacție stranie de detașare și rezervă se declanșează în aproape fiecare. Asta deși aberația mentală a fost acceptată din vechime și ca patologie medicală. Dovada pregnantă e cazul melancoliei, care în perioada hipocratico-galenică era descrisă atât ca temperament, cât și ca maladie; și explicată prin dezechilibrul dintre umori, cu predominarea bilei negre (*melonas colé*).

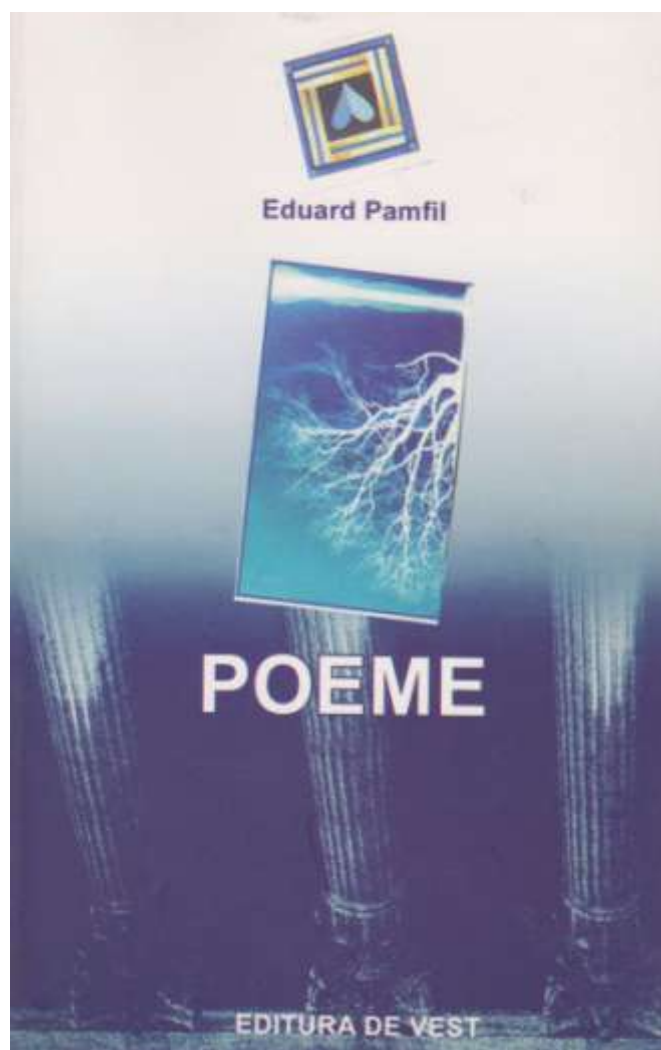
Totuși, în perioada iluminismului, impunerea rațiunii a făcut ca acești oameni cu mintea dezordonată, „nebuni”, cei lipsiți de rațiune, să fie detașați de societate și claustrați, împreună cu alți turbulenți sociali, într-un fel de lagăre, numite în Franța Hôpitale General. Instituții care au luat ființă în multe cazuri pe locul vechilor leprozerii dezafectate. S-a impus astfel o stigmatizare, care a continuat în secolul al XIX-lea, când psihiatria și-a ocupat oficial locul printre clinicile medicale. Bolnavi psihici au rămas izolați în azilele de neuropsihiatrie, plasate în afara orașelor. Azile

care au persistat și în secolul XX. Iar unele sunt funcționale și în prezent, desigur modernizate.

Această istorie nu trebuie totuși să ignore faptul că nici chirurgia nu a făcut parte în mod oficial din Medicină până în secolul al XIX-lea, deși *de facto* era evident o parte integrantă a ei. Astfel încât, începând cu secolul XIX, universitățile de medicină au început să emită diploma de *Doctor în medicină și chirurgie*. Formularea a persistat până la mijlocul secolului XX. Personal am văzut-o pe diploma profesorului meu, Eduard Pamfil, care terminase Facultatea de Medicină și Farmacie la Cluj în perioada interbelică. Profesorul Pamfil mi-a spus atunci: „De fapt, formularea de pe diplomă ar fi trebuit să fie triontică: *Diplomă în medicină, chirurgie și psihiatrie*”. Lumea însă nu s-a complicat. Chirurgia a dispărut din titulatura diplomelor. Iar psihiatria a rămas un membru aparent anonim al acestei amorfe și imense medicine, care nu și-a dat seama că are prin intermediul ei, în mijlocul său, un cal troian. Deceniile în care personal am practicat-o au scos la iveală însă aceste valențe, care sunt active și azi.

Pentru că l-am invocat pe maestrul meu, Prof. Pamfil, îl iau acum ca exemplu pentru a continua ideea începută. Psihiatria e puțin deosebită de alte ramuri ale medicinei și pentru că trebuie să privească și să înțeleagă omul din multiple perspective: biologică, psihologică, culturală, spirituală, oricum să fie atentă și la altceva decât la corpul său. Prof. Pamfil a fost o personalitate exemplară în acest sens. Am aflat despre șansa de a scrie o carte electronică pentru site-ul Editurii Victor Babeș a Universității de Medicină și Farmacie din Timișoara tocmai când am participat la comemorarea a 100 de ani de la nașterea acestui eminent profesor al universității noastre. Era o comemorare a omului de cultură Pamfil, ținută la sediul revistei Orizont; căci invocarea sa în universul psihiatric o făcusem deja. De ce oare un medic e comemorat la sediul unei reviste literare? Foarte simplu: pentru că Eduard Pamfil a fost și poet, publicând volume de versuri pline de subtilitate.


Dar nu numai poet. Voi menționa în treacăt câteva persoane care au luat cuvântul la întâlnirea comemorativă amintită: Prof. Tinu Flondor, pictor, a evocat implicarea și participarea Prof. E. Pamfil în dezvoltarea celebrului cerc de arte plastice Sigma; compozitorul Ilie Stepan a vorbit despre celebrul chitarist care a fost E. Pamfil, mulți ani președinte de onoare al juriului concursului național de chitară de la Brașov; Horia Gligor, important specialist în domeniul calculatoarelor, a invocat cercul de bionică pe care Prof. Pamfil l-a inițiat și patronat la Clinica Psihiatrică în anii '60 ai secolului trecut; cerc la care participau în cadrul



unor discuții libere biologi și filozofi, matematicieni și chimiști, critici literari și specialiști în inteligența artificială. Apoi, actorul Alexandru Ternovits și-a amintit de implicarea sa în teatru și literatură; iar dintre medicii care au vorbit, dr. Florian Gâldău a amintit de cercul de psihiatrie judiciară pe care E. Pamfil l-a dezvoltat în universul juriștilor. Profesorii Virgil Feier (Dermatologie) și Dan Poenaru (Ortopedie) au amintit inovațiile sale în plan didactic, iar Prof. Mircea Dehelean și-a adus aminte că în perioada studenției sale la Cluj, Pamfil era cel mai celebru printre profesori, după Iuliu Hațieganu, ținând cursuri libere despre subiecte interzise în anii '50, cum ar fi psihanaliza și personalismul.

O astfel de încrucișare a domeniilor spirituale m-a dus cu gândul la faptul că specialitatea mea, prin oameni ca Eduard Pamfil, realizează în cadrul medicinei o deschidere aparte asupra culturii. Desigur, legătura medicilor cu cultura, cu

spiritualitatea, este larg răspândită. Totuși, în cazul Prof. Pamfil ea evidențiază și ceva legat de însăși desfășurarea profesiei noastre.



comemorare
EDUARD PAMFIL

100 ani
de la nasterea psihiatrului
si omului de cultura

FOTO: EDUARD PAMFIL 1984 VOILA - F. IUDOSE

Vineri,
18 ianuarie 2013,
orele 12:00

Timisoara,
Redactia Revistei Orizont, P-ta Sfr.Gheorghe 3

Întorcându-mă acasă de la acea reuniune, mi-am amintit de dialogurile sale cu juriștii și de faptul că, discutând odată pe marginea unei expertize psihiatrico-legale privitoare la un testament, zicea: „*Faptul de a-și întocmi testamentul este pentru fiecare om un moment existențial eminent, e bilanțul vieții sale*”. M-am gândit la cartea electronică pe care urmează să o scriu pentru site-ul sus menționat.

Nu va fi un testament, deoarece mai am multe proiecte de realizat. Dar o mărturie totuși va fi, de vreme ce am parcurs mai mult de jumătate de veac în mijlocul psihiatriei. Or, a testa tocmai asta înseamnă: a depune mărturie. Și, pe drum, mi-a apărut în față spiritul Profesorului Pamfil:

- Domnule Profesor, am de scris o carte electronică despre psihiatrie, așa cum am știut-o și trăit-o eu, pentru editura universității noastre.
- Bine, dragul meu, e tocmai timpul. Acum vreo 40 de ani am citit la o reuniune de-a noastră, dacă-ți amintești, un manifest pentru psihiatria secolului XXI, proclamând speranța într-o lume fără nebunie. Și vezi unde s-a ajuns. De aceea prefer formularea poetică. Și mă autocitez cu un text scris mai târziu, când mă pregăteam să mor: „*Am ajuns la vârsta zoologică a melcilor și la tăcuta lor resemnare. Înainte de a deveni o cochilie îmi place să ascult – sau să cred că aud – în registrul de sus al orgii, într-o catedrală a omenirii, tema simplă și definitivă a sfârșitului nebuliei pe pământ. Amin*”. Textul acesta l-a citat și Ionel Vianu în fragmentul ce l-a scris pentru cartea în care mă evocați și pe care ai redactat-o împreună cu Doru Ogodescu, intitulând-o șagalnic: „Eduard Pamfil sau jocul de-a geniul”. Scrie, dragă Mircea, despre această fațetă esențială a omului, care e medicina psihiatrică.

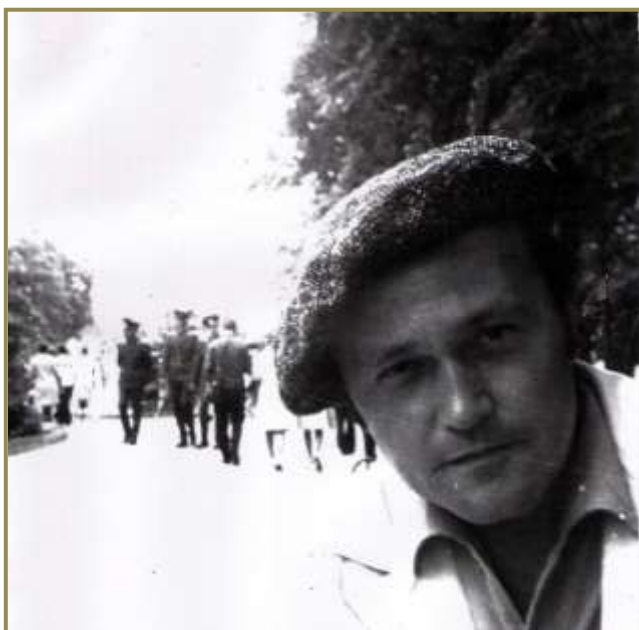
Spiritul lui Pamfil s-a evaporat.

Am ajuns acasă și am început să scriu, în spiritul său. Mărturia acestei cărți electronice va încerca deci să înfățișeze metamorfozele profesiei de psihiatru, la care am asistat de-a lungul a peste 50 ani de practică, la cumpăna dintre două milenii. Voi încerca să punctez și unele aspecte ce-i sunt specifice în contextul disciplinelor medicale. Și, cu această ocazie, să amintesc lucruri pe care le-a realizat sau stimulat Disciplina de Psihiatrie a Universității de Medicină Timișoara, de-a lungul anilor.

*

* *

1. Psihiatria în mișcare



Când am devenit eu student la Universitatea de Medicină din Timișoara, la mijlocul anilor '50 ai secolului trecut, și când am început să practic psihiatria la începutul anilor '60, lucrurile păreau relativ simple și clar ordonate. Chiar dacă bolnavii mentali – „nebunii” – erau neliniștiți sau agitați, faptul nu se prea vedea la lumina vieții sociale, căci erau închiși în spațiile de claustrare ale azilelor.

Acestea aveau gratii la ferestre, ușile se încuiau bine cu cheia, în jur erau ziduri, iar așezarea lor era în afara orașelor. Așa era și la Sibiu, la Iași și la București.

Căci în România, în prima jumătate a secolului trecut, existau câteva spitale de psihiatrie construite după modelul european al vremii. Și plasate, ca toate acestea, în afara orașului. Cel mai vechi era cel din Sibiu. Apoi era Socola de la Iași, Spitalul Central din București, un spital la Sighet, altul la Târnăveni în Ardeal (Dicio-Sînmartin) și cam atât. Vechile bolnițe sau ospicii funcționaseră pe lângă mănăstiri, ca la Golia – Iași, Mărcuța – București sau Balabuci, de unde a apărut și expresia de „balamuc”.

În Banat, lucrurile stăteau altfel. Exista și aici un spital de pe vremea Austro-Ungariei, la Jimbolia (unde a lucrat un timp familia Bagdasar ce s-a impus apoi în București, el ca neurochirurg, ea ca inițiatore a ideii de neuropsihiatrie infantilă). Dar acest spital-cazarmă era chiar pe linia de graniță, jumătate la români, jumătate la sârbi. Și, practic, era nefuncțional, adăpostind doar un grup de cazuri cronice. În schimb exista secția de psihiatrie a Spitalului Unificat Lugoj, care s-a înființat oficial în 1911. Această secție cu 300 paturi, unde și-au însușit în mare măsură psihiatria studenții Facultății de Medicină din Timișoara – deplasându-se cu trenul pentru o zi

întreagă de stagiu –, era în felul său un unicat. Ea era prima astfel de secție de psihiatrie integrată într-un spital general din sud-estul Europei. Și printre primele care au promovat această idee în Europa, la data conceperii și înființării sale. Pe atunci se construiau peste tot spitale în afara orașelor. Iar ideea de a se organiza secții de psihiatrie în spitalele generale s-a impus în plan internațional doar după anii '60.



Secția de psihiatrie a Spitalului Unificat din Lugoj

Ceva similar mai exista totuși la Cluj, prin Pavilionul de Psihiatrie, plasat printre celelalte clinici universitare. Cât despre Clinica de Psihiatrie din Timișoara, aceasta funcționa în anii '50 într-o clădire ce fusese casă de locuit, împărțindu-și spațiul cu neurologia: în saloane, într-un pat era lungit un schizofren, alături de el un hemiplegic, apoi un nevrotic anxios, lângă care un pacient cu tumoră cerebrală.

Această situație a Clinicii de Psihiatrie și Neurologie din Timișoara era expresia nu doar a unei improvizații de moment. Ci a unei concepții, care a hotărât să dezvolte sistemul sanitar în prima fază bazându-se pe exproprieri și alte spații disponibile, fără a proiecta construcții și spații adecvate.

Majoritatea clinicilor din Timișoara au avut această soartă, cu tot efortul de a se clădi inițial un spațiu universitar – Clinicile Noi –, și apoi un Spital Județean. Mentalitatea era cu totul diferită de ceea ce gândiseră lugojenii la începutul veacului trecut, când românii din zonă au adunat ani la rând bani și au edificat un modern (pe atunci) spital pavilionar, în care au inclus și psihiatria, așa cum am amintit.

Faptul s-a exprimat și în dezvoltarea rețelei spitalicești de psihiatrie din țară. Aceasta s-a produs în esență într-o perioadă de 10 ani, între 1955-1965. Pe lângă spitalele amintite mai sus, s-au înființat în această perioadă mai peste tot și alte spitale de psihiatrie. Locațiile folosite au fost în primul rând cazarmele și castelele disponibile. Din vestul bănățean până în estul moldovean, din sudul oltean până în nordul sau centrul Ardealului, cazarmile disponibilizate s-au transformat în spitale de psihiatrie (dar nu se putea prin aceasta schimba brusc percepția populației privitor la o astfel de locație). În Banat, pe urma trupelor sovietice plasate strategic împotriva lui Tito, au apărut spitalele din Jebel și Gătaia. Dar și castelele și conacele au devenit astfel de spitale, fără însă ca bolnavii să beneficieze de stima unor boieri sau grofi. Sau „cămine-spitale pentru bolnavi (uneori copii) neuropsihici cronici”. Doar pe Valea Mureșului, în drumul de la Arad la Deva, psihiatria s-a așezat în conacele de la Zam, Căpâlnaș, Bulci și Mocrea. Ba și castelul de la Săvârșin al Regelui Mihai I a devenit „Sanatoriu republican pentru nevroze”, instituție în care am și lucrat între 1963-1965.

Dar să revenim la psihiatria clinică. Ceea ce se desfășura în pavilionul de la Lugoj cunosc din vremea studenției. Căci, așa cum mulți medici sunt pasionați în perioada studiilor medicale de chirurgie, eu eram de psihiatrie. De aceea, vizitam secția cu pricina, condusă pe atunci de doctor Aurel Mihala, neuropsihiatru cu largă deschidere culturală, ce făcea uriașe eforturi financiare să-și procure cărți din Franța. Deși integrată în Spitalul General, secția de psihiatrie era plasată la capătul celorlalte pavilioane, despărțită printr-un gard. Existau desigur gratii, o curte interioară, și ușile se închideau la fiecare nivel. Suntem încă în anii '50. Aici am văzut cazuri de PGP – tratate cu malarioterapie.

PGP – paralizia generală progresivă – se datorează infecției sifilitice, reprezentând faza terțială a acestei boli, când agentul patogen, spirocheta palidum, se localizează în creier, producând o meningoencefalită ce se manifestă prin tulburări neurologice progresive și perturbări psihice. Cea mai cunoscută stare psihopatologică a acestei boli se exprimă printr-un delir megaloman, de bogăție și identitate ilustră. Acestea sunt cazurile care se credeau Napoleon, încă din secolul al XIX-lea. Și nu fără motiv. Căci trupele napoleoniene răspândiseră sifilisul în toată Europa. Cazul PGP a devenit important în istoria psihiatriei, deoarece prin el s-a demonstrat că delirul are o bază certă în afectarea creierului. Și că, tratând cauza, adică infecția sifilitică, delirul se oprește și regresează. S-a observat că febra ridicată omoară spirocheta. Astfel a apărut tratamentul cu malarioterapie, care consta în inocularea pacientului cu agentul malaric. El începe să facă febră „terță”, adică tot la trei zile o stare febrilă accentuată. După ce pe această cale spirocheta era omorâtă și delirul remis, era tratată malaria.

Era impresionant să îi vezi pe acești pacienți cuprinși de febră la 40⁰, tremurând cu întreg corpul. Tratamentul includea o hrană substanțială, pentru a compensa efectele malariei pe perioada terapiei. Și la fel de impresionant era să vezi cum delirul dispare. Pe atunci, în anii '50, începuse deja tratamentul infecției sifilitice cu antibiotice; dar el a ajuns în România mai târziu. Malarioterapia a dispărut apoi din recuzita tratamentelor psihiatrice. În România, ultimul centru ce a practicat-o a fost cel din Socola Iași. Dar a fost oprită și acolo, căci era ultimul loc în care agentul malariei mai era prezent în Europa.

Foarte puțini psihiatri de azi își mai amintesc de malarioterapie. Ca și de alte tratamente pe care am ajuns să le practic multă vreme în viață. Un exemplu ar fi cel prin come insulinice, care produc hipoglicemie, și cel cu electroșocuri. Aceste tratamente au fost înlocuite de medicamente. Pe de altă parte, și infecția sifilitică s-a rărit mult în lume, dată fiind protecția sexuală ce lumea și-o impune. Agentul malariei nu mai e prezent în Europa.

Dar spațiile psihiatrice au rămas aceleași. Practic, după Primul Război Mondial, nu s-a conceput și realizat în România niciun spital nou de psihiatrie. Am

rămas cu cele din secolul XIX și începutul secolului XX; și cu acele instituții ce au lăsat ființă în foste cazărmi, conace și cămine. Mai mult, nu există nici în prezent vreun proiect pentru a se construi ceva adecvat. Și nici nu se întrevede ca în următorii zece, douăzeci de ani să se elaboreze și să se construiască ceva în acest sens.

Chiar atunci când la suprafață treci de pe un val pe altul, sunt lumi în profunzime care rămân. După ce trăiești o viață de om într-o specialitate, te gândești tot mai mult și la lucrurile ce se cer elaborate și realizate în timp. Și nu doar la adaptările din mers, pentru a fi în rând cu lumea. Nu văd în jur, nici în prezent, vreun interes pentru perspective mai largi, cel puțin în specialitatea noastră. Faptul mă doare. Dar nu mai am ce face.

În 1994 am vizitat la Birmingham Institutul de Psihiatrie judiciară condus de Prof. Bluglas, care scrisese și cel mai celebru tratat de psihiatrie forenzică din acea vreme. Timp de două ore, cât mi-a prezentat acest celebru institut, mi-a povestit și geneza sa:

- În urmă cu 30 de ani, constatând că Marea Britanie nu are o instituție corespunzătoare pentru cazuistica suferinșilor psihici care au impact cu justiția, am început să mă documentez și să fac lobby pentru această problemă. Timp de 10 ani, am familiarizat opinia publică cu această problemă, de la gazetari la parlamentari, inițiind o campanie de strângere de fonduri. Apoi, următorii 10 ani i-am dedicat proiectării și construcției clădirii, documentării și sensibilizării instituțiilor de învățământ, pentru a începe pregătirea universitară a viitorilor specialiști. În ultimii zece ani am început treptat să funcționăm cu legături tot mai largi în țară și străinătate. Suntem în strânsă legătură cu universitățile pentru a forma psihologi, asistente sociale, nurse, recuperatori și, desigur, psihiatri cu profil special în acest domeniu. Aceasta e perioada în care am scris și tratatul. Acum avem o largă colaborare, experiența se sedimentează și participăm activ la dezbaterile instituționale.

Am vizitat nenumărate servicii specializate și am constatat o rețea de legături ale institutului, impresionantă, cu tot managementul.

Toate acestea, însă, realizate cu eforturi cumulate în 30 de ani.

De-a lungul vieții mele profesionale, psihiatria s-a schimbat. Nu e vorba doar de aspectul științific al cunoștințelor, ci de soarta bolnavilor. În primul rând, ei nu se mai cheamă „bolnavi psihici” – nici vorbă de „nebuni”, ci „persoane care au unele tulburări mentale”. Sau, și mai special, „consumatori ai serviciilor de sănătate mentală”. Faptul marchează efortul societății de a înlătura stigma ce de veacuri apăsa asupra acestor persoane, subliniată și prin alienarea lor între zidurile izolate ale

ospiciilor. De multă vreme deja, psihiatria e „comunitară”. Tendința generală este ca tratamentul necesar să se desfășoare cât mai scurt timp cu puțință în condiții de instituționalizare. Și cât mai aproape de mediul obișnuit de viață al suferinzilor. Iar dacă tulburarea se prelungește și rețeaua de suport social scade sau e redusă, societatea urmează să facă eforturi pentru a menține aceste cazuri cât mai mult în comunitate, cu un stil de viață cât mai aproape de cel al tuturor cetățenilor. Cu alte cuvinte, „Doamna Psihiatrie” a întinerit, purtând haine civilizate sau chiar atractive, și folosește toate cosmeticelele posibile.

Am fost martorul acestei mișcări, al acestei schimbări de viziune și atitudine practică în psihiatrie, care a modificat fundamental lucrurile față de felul în care se prezentau ele în anii '50-60 ai secolului XX. Și care a făcut ca în ultimele decenii, tulburările psihice să fie tratate ca orice boală. Și poate cu mai mare succes decât în multe alte ramuri ale medicinei. Ceea ce e important și merită subliniat e faptul că această schimbare s-a produs nu doar prin apariția de noi medicamente și tehnologii, care și-au avut și ele rostul lor. Ci, în mare măsură, prin schimbarea de atitudine a societății. Așa cum în disciplinele chirurgicale avansurile tehnologice ajută mult la ameliorarea diagnosticului și terapiei, la fel în psihiatrie democratizarea societății, respectul demnității umane și acceptarea diversității au jucat un rol de avans cvasitehnologic.

Totul a început în anii '60-70 cu așa-zisa „mișcare antipsihiatrică”. Atât în Europa, cât și în SUA, a crescut interesul față de viața interioară a bolnavului psihic, față de fragilitatea sa sufletească, care dacă nu e luată în considerare, ci tratată cu rejecție și paternalism, accentuează simptome inițial minore, putând duce la cronicizare. Era vremea mișcării hippy în care tinerii se opuneau, în Occident, în SUA, stilului de viață burghez tradițional și războiului din Vietnam. Ei plecau de acasă vagabondând în grupuri, consumau droguri, cultivau muzica trăind în promiscuitate sexuală. În această perioadă, doctrina constructivismului social a avansat ideea că boala psihică e un mit. Cartea ce a făcut cea mai multă vâlvă a fost cea scrisă de psihiatrul Sass. Ea se și intitula „Mitul bolii psihice”. Se susținea că nebunia este rezultatul oprimirii celor sensibili și care nu acceptă establishmentul, de către forțele oprimate ale statului, ce dorește liniște socială. Familia tradițională s-ar asocia acestei

atitudinii. Și astfel, protestatarii sunt etichetați ca nebuni. Și, în alianță cu psihiatrii, sunt reduși la tăcere în spatele zidurilor azilare. Cămașa de forță și electroșocul fac liniște în societate, la fel cum azilele îi închideau după ziduri și gratii, ca pe criminali.

Evident, lucrurile erau astfel exagerate ideologic. Dar, realmente, condițiile din azilele de psihiatrie erau alienante. Un important factor antiterapeutic și de cronicizare îl constituia monotonia vieții depersonalizante, în care pacientul, deja marcat de tulburări psihice, era deposedat de elementele ce-l individualizează și nu făcea nimic. Or, experiențele psihologice ce s-au făcut în perioada în care omul se pregătea să zboare în cosmos au demonstrat că o deprivare senzorială și informațională induce prin ea însăși tulburări psihice, chiar și la cei mai echilibrați oameni. Un alt aspect ce a trezit reacția opiniei publice era faptul că, în unele state totalitare, psihiatria avea faima de a reduce la tăcere toți protestatarii prea vehemenți, etichetându-i și tratându-i ca nebuni. Astfel a apărut ideea unei alte psihiatrii, centrată pe îngrijiri comunitare. Președintele SUA J.F. Kennedy a semnat un act istoric în acest sens. La începutul anilor '70, în toată lumea se discuta despre îngrijiri ambulatorii, centre comunitare sau sănătate mentală, staționare de zi, programe recuperatorii și altele. Interesant sau nu, România a fost atunci în pas cu vremea. În 1974 a apărut un ordin al Ministerului Sănătății care recomanda înființarea în țară a Laboratoarelor de Sănătate Mentală, susținând ideea depistării precoce a tulburărilor psihice, supravegherea grupelor de risc, colaborarea cu alte specialități, îngrijirile de durată în comunitate sub forma dispensarizării, organizarea unor activități de ergoterapie, spitale de zi ș.a.m.d. Și, de asemenea, s-a publicat o carte despre sănătatea mintală în lumea contemporană.

Dar un ordin sau o recomandare e un act normativ, nu un fapt efectiv. Pentru destinul meu profesional a fost o șansă că la noi, în Timișoara, serviciile de psihiatrie



girate de Clinica Psihiatrică au răspuns favorabil, s-au angajat în noua direcție profilată în plan internațional, dând naștere unor lucruri de avangardă. Lucruri la care am fost martor și am participat.

Lângă Clinica de Psihiatrie ce s-a mutat, odată cu darea în funcțiune a Spitalului Județean, în fosta Clinică de Urologie, pe str. I. Văcărescu nr. 21, s-a înființat un Centru de Sănătate Mentală cu staționar de zi și ergoterapie ambulatorie.



Clinica Psihiatrică din Timișoara, alături de Centrul de Sănătate Mentală (2013)

Aceasta înseamnă că mulți bolnavi nu se mai internau în clinică sau la spitalele Jebel și Gătaia, chiar dacă aveau depresii mai pronunțate sau psihoze incipiente. Ci veneau pentru a petrece jumătate de zi la Staționar, unde tratamentul era supravegheat, iar restul timpului îl petreceau în familie. Chiar și pacienții internați puteau sta mai puțină vreme instituționalizați, iar ultima perioadă a drumului spre remisiune o petreceau în Staționarul de zi și familie. Ulterior, cei ce sufereau de schizofrenie sau de alte psihoze ce necesită un lung tratament supervizat erau îngrijiți de echipa Centrului de Sănătate Mentală. Aceasta era formată din psihiatru, psiholog, asistent social. Pacienții veneau lunar la control și se puteau angrena în diverse programe de resocializare. Dacă existau probleme sociale, la locul de muncă, în

familie, cu vecinii, probleme juridice sau de altă natură, intervenea să îl sprijine asistentul social. Psihologul își avea și el obiectivele sale. Ba a fost angajat și un consilier juridic și un sociolog, pentru a studia problemele comunitare ce apăreau. La Centrul de Sănătate Mentală, în colaborare cu Staționarul de zi și Clinica, se desfășurau diverse activități de club, pentru tinerii schizofreni, pentru alcoolici, pentru bătrâni.

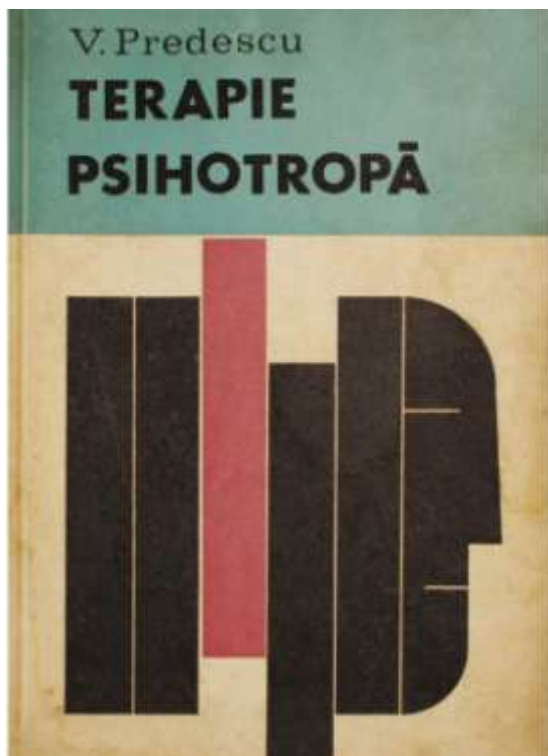
A luat ființă un serviciu de ergoterapie ambulatorie, cu ateliere de tâmplărie, artizanat, legătorie, ba chiar și microasamblări de piese pentru diverse fabrici. Foștii pacienți ce nu mai puteau fi angajați veneau aici să lucreze câteva ore pe zi și erau remunerați. Existau două săli de sport cu activități variate. Aveam și un teren sportiv pe care jucau volei pacienții internați, cei din ambulatoriu, asistenți și medici, împreună. Și nu numai volei. A apărut ideea unei competiții sportive între clinică și spitalele Jebel și Gătaia, cu echipe mixte formate din pacienți și personal, care se desfășurau de două ori pe an, cu câștigarea unei cupe. Se juca tenis de masă, volei, microfotbal, șah, badminton și altele. O dată pe săptămână era o seară de dans, pentru cei internați; exista un cenaclu literar și o revistă a pacienților. Cercul de pictură desfășura și el o activitate intensă. Veneau actori de la Teatrul de Stat, muzicieni. Ceea ce însemna că atât Clinica de Psihiatrie, cât și Centrul de Sănătate Mentală aveau o prezență vie în lumea oamenilor de cultură și a societății civile din Timișoara. Astfel de activități se desfășurau și la spitalele din Jebel și Gătaia. Cu pacienții de la ergoterapie ambulatorie făceam împreună excursii de mai multe zile, cu banii câștigați de ei. Eram un sistem terapeutic în relații interactive cu marea societate. Zidurile acelea sumbre ale azilului, nu doar cele fizice, ci și cele morale, de atitudine rejectantă, s-au erodat. Ideea de a suferi de o tulburare psihică a ajuns să nu mai fie chiar o catastrofă. Deși boala tot boală rămâne, indiferent de ce aspect al omului afectează.

Suntem la cumpăna dintre anii '70 și '80.

*

* *

În această perioadă, psihiatria în general și cea din România în rând cu ea a beneficiat și de o medicație psihoactivă, care de la an la an s-a diversificat. Aceasta a

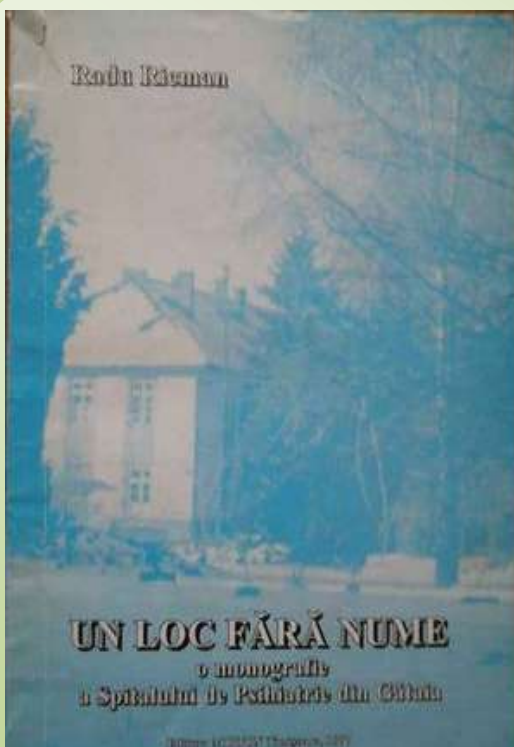


început să se afirme din anii '60, sub formă de antidepresive, antipsihotice, anxiolitice și stabilizatori ai afectivității. România s-a aliniat de la început și acestei direcții terapeutice, iar în 1968 a apărut la noi prima monografie privitoare la medicația psihotropă.

Medicamentele psihotrope aveau un efect care de mult timp era așteptat de la astfel de substanțe. Depresia se reducea, ce e drept nu dintr-o dată, dar mult mai repede. Și de-a lungul anilor acest fapt a contribuit desigur și el, alături de eforturile de intervenție în criză și de alți factori, la reducerea ratei sinuciderilor. Chiar și în Ungaria, care alături de Japonia era campioană mondială în domeniu. Dar se reduceau și halucinațiile și delirul, chiar și la pacienții care le manifestau de ani de zile. Faptul, constatat întâi întâmplător și studiat apoi empiric, a dus la o cercetare tot mai sistematică a funcționării creierului, dezvoltându-se cunoașterea tot mai nuanțată a neurotransmisiei prin diverse rețele de neurotransmițători. Astfel s-a stabilit că trăirea de tip halucinator delirant se corelează cu o hiperfuncție a transmisiei dopaminergice în zona mezolimbică; iar o hipofuncție a unor transmițători dopaminergici în zona corticală prefrontală e în mare măsură responsabilă de simptomele deficitare din schizofrenie. Pentru cercetări în domeniul transmisiei cerebrale dopaminergice s-a luat în acea perioadă și premiul Nobel. Pe de altă parte, sărurile de litiu, mai ales carbonatul de litiu, se arătau active în temperarea agitației maniacale și utile în prevenirea recăderilor în boala maniaco-depresivă. La început se observase că în zonele în care apa e bogată în litiu, această tulburare e mai puțin manifestă. Apoi însă cercetările au precizat și mecanismul de acțiune, care se desfășura la nivelul membranei neuronale, cu intervenție asupra „pompei de calciu”.

Utilizarea tot mai largă a medicației psihotrope, împreună cu noua atitudine de susținere comunitară, a schimbat, sub ochii mei, destinul psihiatriei și al suferinșilor psihici. Dar problemele psihiatriei, la fel ca orice problemă majoră, nici nu se schimbă dintr-o dată, nici nu sunt simple.

Activitățile socio-comunitare și recomandările actului normativ al Ministerului Sănătății din 1974 pe care le-am desfășurat noi atunci în Banat au mai fost implementate cu insistență în unele locuri din țară, ca la Pitești sau Piatra-Neamț. Dar în alte locuri acțiunile s-au desfășurat parțial sau deloc. Și nimeni nu s-a sesizat. Poate că zona centrată de Timișoara era un loc favorizat de soartă, poate că s-a întâmplat ca aici să fie prezent Profesorul Pamfil cu lărga sa deschidere antropologică, secondat de dr. St. Stössel ca bun și dăruit organizator, poate că a fost și o generație de tineri pasionați, cum era colegul meu dr. Florian Găldău (care la Jebel a organizat în mijlocul spitalului un teren de fotbal pe care se jucau meciurile oficiale ale echipei din comună) sau alt coleg, Radu Ricman (care în calitate sa de director la Gătaia susținea un renumit cenaclu literar și a sprijinit prezența creatoare în unitate a multor oameni de cultură, precum și întâlniri psihoterapice din întreaga țară); sau, în sfârșit, tot colegul meu (din Cluj) Mircea Dehelean (care a organizat o excepțională rețea de informație psihiatrică la zi).



Dr. Radu Ricman

Cert e că în multe locuri ale țării, psihiatria comunitară nu s-a dezvoltat în același ritm. Și, de altfel, și în plan internațional existau mari diferențe.

Pe de altă parte, medicația psihotropă nu a anulat dintr-o dată vechile tratamente. Ani și ani la rând, noi – și practic psihiatrii din mai toată lumea – am continuat să tratăm schizofrenii și prin electroșocuri și come de insulină. Acestea erau tratamente nespecifice, care se instituieră ca parțial eficiente înainte de al Doilea Război Mondial. Tratamentul prin come hipoglicemice constă în injectarea de insulină și menținerea o perioadă de timp a pacientului în comă. După care era „trezit” cu injecția introvenoasă de glucoză și alimentat intens hiperglicemic. Diabetologii s-au îngrozit, mai târziu, de acest tratament barbar. Dar asta a fost mai târziu, după ce și noi am încetat să îl mai efectuăm. Căci timp de multe decenii psihiatria mondială a practicat această „cură Sakel”, fără niciun comentariu al diabetologiei internaționale.

Și mai erau efectele secundare. Antidepresivele, de tipul tetraciclicelor cum era imipramina, prezentau o mică diferență între doza terapeutică și cea cardiotoxică. Astfel încât unii se puteau sinucide cu însăși medicamentul ce trebuia să le fie salvator. Astfel a procedat chiar și un psihiatru dintr-o anumită localitate, la scurt timp după ce a ieșit la pensie. Litiul, util în patologia maniaco-depresivă, putea conduce la importante disfuncții tiroidiene și la diabet insipid. Antipsihoticele incisive, de tipul haloperidolului, care se mai folosește și azi, produce efecte extrapiramidale jenante. Iar după administrarea îndelungată, în unele cazuri apare o diskinezie tardivă, cu mișcări involuntare permanente, care este ireversibilă.

Și totuși, lucrurile nu mai erau ca în perioada azilară a anilor '50 și începutul anilor '60. Gheața se spărsese. Iar schimbarea nu era numai medicală, ci antropologică. Distanța socială la care fusese ținut atunci “nebulul” se reducea. Am trăit din plin epoca acestei apropieri impresionante dintre două fețe ale omenescului. Îmi amintesc și acum perioada de început a anilor '80 când am organizat primele reuniuni de „dans” în clinică. Pacienții s-au îmbrăcat decent, erau și asistente medicale și medici, fără halate, am pus muzică, am invitat o schizofrenă la dans; la fel, asistentele au invitat pe alți psihotici, cu sfială la început și apoi mai degajat, după-amiaza a decurs altfel decât în

relația oficială și terapeutică ce se petrecea în salon. Și la fel pe terenul de volei, unde jucam în echipă cu pacienții pe care-i tratam, unde în echipa adversă erau portarul, asistenta, contabilul și alți pacienți. Îmi amintesc de asemenea ședințele de psihopedagogie din acea perioadă. Ne reuneam după-amiaza în sala în care se ținea raportul de gardă. Eram doi medici, o asistentă, psihotici, schizofreni mai ales, dintre care unii internați de puțin timp, absolut convinși de vocile pe care le auzeau și de persecuțiile la care erau supuși. Dar mai erau și schizofreni care se aflau în faza de ameliorare, gata de externare, și care făceau diferența între ceea ce au resimțit când au venit în spital și starea lor de acum. Ei erau cei care încercau să-i convingă pe primii că au trăiri speciale, care țin de boală. Și mai era a treia grupă, schizofrenii care fuseseră mai demult internați, iar acum veneau la club, la ergoterapie sau își reluaseră lucrul. Aceștia din urmă le dădeau sfaturi și celor din al doilea grup, să-și urmeze cu grijă tratamentul după ce pleacă din spital, să nu pățească și ei astfel încât întrerupând tratamentul boala să revină și să fie necesară o nouă internare. Și astfel, ședință după ședință, pacienții începeau să-și cunoască tot mai bine simptomele bolii, să fie conștienți că „au o schizofrenie” așa cum ar avea un diabet sau o hipertensiune. Iar cunoscând simptomele și medicația, să vadă în terapeut un partener. Adică să se transforme în co-terapeut, colaborând cu echipa de sănătate mentală în încercarea de reinsertie în viața comunitară. Și, de ce nu, să progreseze în viață. Să termine facultatea, să se căsătorească, să crească copiii. Schizofrenia, psihozele, patologia psihotică ieșea treptat din condiția de blestem, devenea o patologie ca toate celelalte, care necesită aceeași colaborare din partea pacientului ca în cazurile, deja menționate, de hipertensiune și diabet.

*

* *

Între 1965-1975 s-au înființat în România, aproape peste tot, secții de psihiatrie ale spitalelor unificate, așa cum se înființase la Lugoj la începutul secolului XX. Trăind împreună cu alte specialități, psihiatria se cere cunoscută și acceptată și de

acestea, nu doar de marea societate. Faptul nu e de la sine înțeles, medicii din unele specialități fiind mai intoleranți cu acești bolnavi chiar decât marea societate. De aceea, s-a creat în lume așa-zisa „psihiatrie de legătură”, în cadrul căreia psihiatrul e prezent în viața de zi cu zi a tuturor specialităților, fiind consultat la nevoie. Dar în Timișoara o astfel de psihiatrie de legătură s-a instituit oficial de abia după 2000 – la ora actuală fiind după București singurul centru în care o astfel de activitate se desfășoară organizat și funcțional. Eforturile în această direcție au fost făcute în zona noastră însă din acea perioadă de început a anilor '80.

La un moment dat am organizat la Spitalul de Psihiatrie Gătaia un simpozion pe tema relației dintre psihiatrie și alte specialități, cu participarea profesorilor șefi ai clinicilor universitare din Timișoara. Au fost mulți, de la neurologi la dermatologi, nutriționiști și chiar urologi. Îmi amintesc că Prof. Bulbuca de la urologie, care era și șeful de atunci al Uniunii Societăților de Științe Medicale – USSM, a venit să mă întrebe ce e cu o tânără doamnă, elegantă, cu care discutase destul de elevat în parc:

– E o pacientă cu psihoză maniaco-depresivă care a venit singură și a solicitat internarea.

– Așa arată psihoticii voștri? a replicat profesorul, dar eu am discutat foarte coerent cu ea despre literatură și film!

– Da, a venit acum deoarece nu și-a mai putut autoregla tratamentul. Ca profesoară de liceu își dă seama când e prea energică și mintea-i merge prea repede și își crește doza de haloperidol; când trebuie să facă eforturi pentru a se scula, se concentrează mai dificil, scade haloperidolul și crește antidepressivul; iar lithemia și-o controlează conștiincios. Acum a cerut un scurt concediu fără plată, pentru a veni să se consulte asupra schemei terapeutice.

Trecuseră câțiva ani de când am asistat la tratamentul cu malarioterapie la Spitalul din Lugoj. În Spitalul din Gătaia locuiau, la data la care mă refer, vremelnic, pictori și muzicieni, filozofi și scriitori, regizori de teatru și membrii formației Phoenix, care de aici au și plecat în străinătate. Veneau, se repauzau, creau, ușurându-se de apăsarea vieții sociale de afară. Și ne rămâneau prieteni.

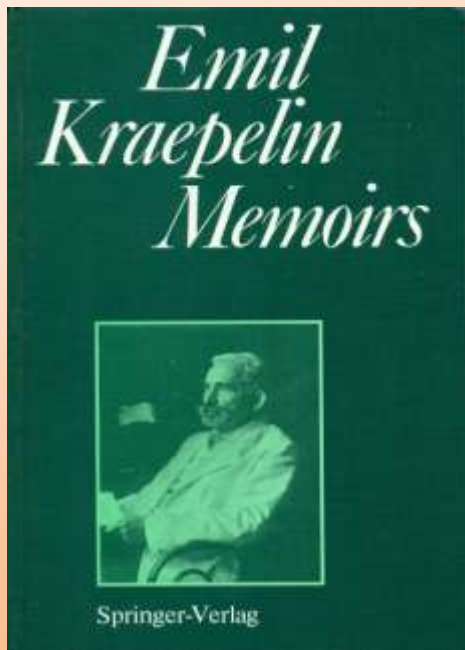
2. Un personaj central în povestea psihiatriei

Tulburarea maniaco-depresivă



Patronul psihiatriei clinice este Prof. Emil Kraepelin din München, care la cumpăna dintre secolele XIX și XX a elaborat sistemul nosologico-nosografic al acestei discipline medicale, care se păstrează în principiu același până în zilele noastre. În centrul acestuia stăteau două „psihoze endogene”: schizofrenia și boala maniaco-depresivă.

Schizofrenia este o tulburare descrisă mai recent, de fapt chiar de Kraepelin, sub denumirea inițială de demență precoce. Dar după ce psihiatrul elvețian Eugen Bleuler a denumit-o schizofrenie, toți specialiștii, în frunte cu Kraepelin, au acceptat noua etichetă. Tulburarea maniaco-depresivă era însă binecunoscută încă din Antichitate. Cel puțin depresia, sub denumirea de melancholie, avea și o tradițională explicație umoralistă. Cele patru umori de bază din vremea grecilor – sângele, flegma, bila galbenă și bila neagră – corespundeau celor 4 elemente: focul, apa, aerul și pământul, stând și la baza firii oamenilor ce puteau fi sangvinici, flegmatici, colerici sau melancolici. Dar melancolia se referă nu doar la un temperament, ci și la o boală, cauzată de acumularea excesivă a acestei bile (cholé) negre (melanos). Suferindul, așa cum îl descriu medicii din vremea aceea: nu mai mânca, nu doarme, vorbea încet sau deloc, era trist și plin de frică, prefera solitudinea, prezenta acuze somatice predominant digestive și se gândea la moarte. Ba putea avea și un delir – „zicea că e deja mort sau că nu mai are cap”.



Am primit această ediție princeps a memoriilor lui Kraepelin de la Prof. Hans Jürgen-Möller, al 8-lea urmaș al lui Kraepelin la conducerea Clinicii de Psihiatrie din München, în urmă cu doi ani la Timișoara, când discutam despre un proiect paralel de studiere a psihozelor endogene.

Mania, fără a avea o fundamentare etiopatogenică așa de riguroasă ca excesul de bilă neagră, era și ea cunoscută ca o tulburare agitată, uneori veselă. În piesa lui Sofocle intitulată *Ajax*, celebrul erou de la Troia, supărat că armele lui Ahile i-au fost date șmecherului Ulise și nu lui, înnebunește. Și, furios la culme, omoară o turmă de oi pe care le confundă cu dușmanii ce l-au nedreptățit. Acest sens de agitație furioasă s-a păstrat în expresia românească de „mânie”. Dar maniacialul putea fi și expresiv sau bine dispus. Aretaeus din Capadocia scria (sec. I. d.Chr.): „Dacă mania e asociată cu veselia, pacientul poate râde, se joacă, dansează ziua și noaptea și merge la piață strigând, ca și când ar fi obținut o mare victorie. Are idei infinite și crede că este expert în astronomie, filozofie sau poezie”. Și tot el scria: „Mi se pare că melancolia e partea de început a maniei”. Deci, din Antichitate s-a observat că aceste două stări maladive, care seamănă cu tristețea și veselia exagerate și aberante, pot să apară succesiv la același om. Faptul a fost mai bine stabilit în secolul al XIX-lea, când pacienții erau observați timp îndelungat, ani de zile, prin internare în azilele de neuropsihiatrie. Dar până atunci, există în istorie un alt episod interesant în Renaștere, când formele temperamentale ale acestor stări au căpătat o interpretare culturală.

Astfel, melancolia a fost asociată cu înțelepciunea. Există o celebră gravură a lui Dürer pe această temă, în care înțeleptul, sub forma unui înger trist, stă printre simbolurile cunoașterii, parcă gândindu-se ca Ecleziaștul: „O deșertăciune a

deșertăciunilor, toate sunt deșertăciuni.” Originea acestei asociații constă în marele rol jucat de astrologie și magie în Renaștere. Marsilio Ficino, care era șeful Academiei Platoniciene din Florența pe care o gira Lorenzo de Medicis Magnificul, a elaborat legătura dintre „melancholia” și planeta Saturn, pe lângă care coboară din cer sufletul celor născuți în zodia vârsătorului. Această influență astrală ar dota omul cu o memorie prodigioasă, aptitudini analitice, raționament abstract și propensiune spre contemplație metafizică, asociate cu tristețea melancolică. Concepția a fost acceptată de marile personalități ale vremii între care Tomasso Campanello și Agrippa, după care s-a inspirat Dürer în gravura sa.

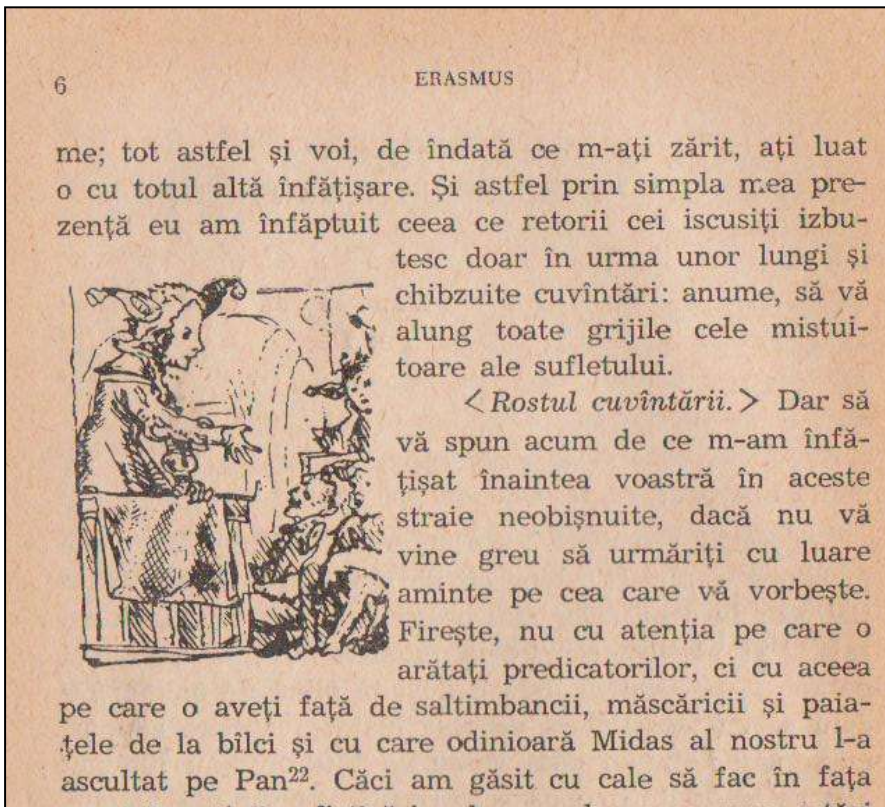
Starea hipomaniacală la rândul ei a avut în Renaștere un important statut socio-cultural, pe care-l afirmă Erasmus din Rotterdam în *Elogiul Nebuniei* (Sive Declamatio în Lauden Stultitiae).

Această carte celebră este un discurs pe care Nebunia (o formă a acesteia etichetată Moria în greacă și Stultitiae în latină) și-l face singură, luând în derâdere obiceiurile vremii, stilul de viață, prețuirea cunoașterii și înțelepciunii și chiar comportamentul clerului. Concluzia acestei cărți de acidă critică a moravurilor este că „normală și înțeleaptă sunt doar eu, nebunia!”



A. Dürer, Melencolia I

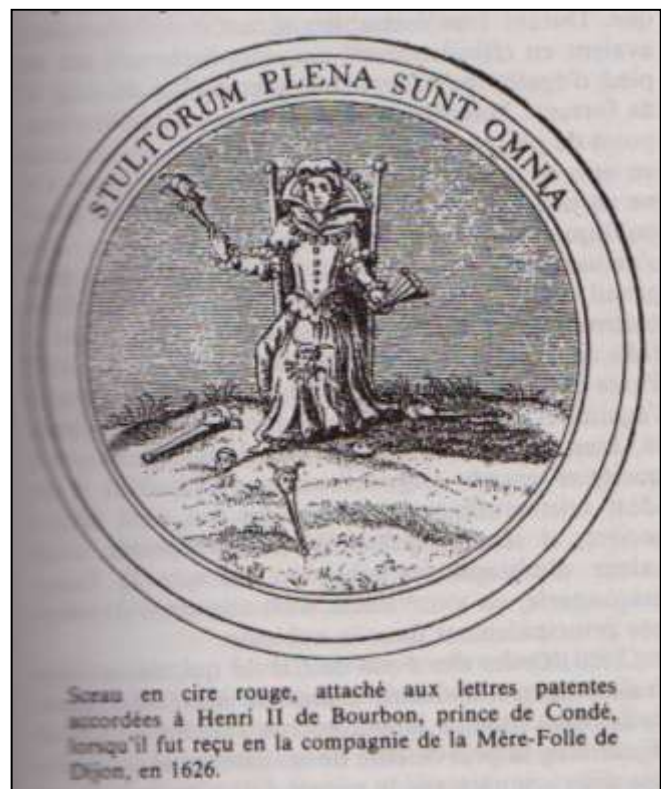
Iată deci o a doua față, hipomaniacală a înțelepciunii. Și care nu se rezumă la lucrarea lui Erasmus, de vreme ce în acea epocă exista o profesiune oficială, de rang înalt și cu rol foarte important, care era cea de „nebul al regelui”.



Acesta este în permanență prezent la curte, îmbrăcat strident, mișcându-se vioi și făcând tumbe; el purta tichie și sceptru, vorbea mult, spunea glume și era singurul care avea voie să spună regelui adevărul în față, fără a fi în pericol de consecințe grave. Deci, juca un important rol de decizie

socială. Din piesele lui Shakespeare știm că nebunul regelui era extrem de cult, știa istorie și poezie, inventa calambururi, cânta și scria versuri. Practic, era cel mai informat și talentat personaj de la curtea regelui.

De altfel, astfel de „nebuni” hipomaniacali sau bufoni erau uneori angajați de orașe sau de bresle să întrețină o atmosferă destinsă cu ocazia sărbătorilor. Oricum, nebunului i se permitea să spună și să facă ceea ce nu li se permitea altora. Această ultimă caracteristică s-a păstrat în diverse jocuri, de la șah la jocul de cărți, unde Jolly Jokerul – care nu e altul decât nebunul de curte – are libertatea de a schimba regulile și valorile obișnuite, permițând câștiguri neașteptate.



Având în istoria Europei aceste exemple pozitive de înțelepciune teoretică și socială a celor marcați (nu prea puternic) de melancolie și manie, ajungem acum la



boala maniaco-depresivă, pe care au identificat-o și alți psihiatri ai secolului XIX, dar care s-a impus, așa cum s-a menționat deja, prin sistematizarea lui Kraepelin. Desigur, în aria psihiatriei între cazurile de manie și depresie în care manifestările sunt intens dezadaptative, uneori delirante; și nu cele ușoare ale hipertimului hipomaniacal, care știe să petreacă și să binedispună pe alții.

Depresia clinică poate fi gravă și prin faptul că blochează o serie de funcții instinctuale. E alterat somnul, inhibată sexualitatea.

Dar mai ales se instalează o inapetență cu marcată scădere în greutate

și prăbușirea sistemului imunitar, ceea ce favorizează infecțiile și precipită suferințe latente, agravându-le. Gândirea, vorbirea și comportamentul sunt inhibate și lente, putându-se ajunge la nemișcare și stupor. Pacientul păstrează continuu aceeași poziție fixă și se opune mobilizării, și chiar alimentării. Inițiativa, sociabilitatea și plăcerea scad și ele, manifestându-se inactivitate, retragere socială și lipsa oricăror dorințe. Tristețea inexplicabilă se corelează cu idei suicidare și cu suicid efectiv. Rata îmbolnăvirii și a morții în general este peste medie. Ideea este și ea negativă, centrată pe autodeprecieri, vinovăție, negarea vieții, a funcționării corporale etc. Astfel, se ajunge la o manifestare evident malativă, pe care o pot identifica nu doar medicii, ci orice om. Există însă un continuum al gravității simptomatologiei, de la formele intense stuporoase sau delirante, până la forme subclinice, mascate de simptome somatice, astenie sau consum de alcool. Prin anii '80 ai secolului trecut s-a

făcut o mare popularitate a „depresiei mascate”, mai ales pentru medicii generaliști. Deoarece multe simptome ce apar în depresie – inapetență, slăbire în greutate, oboseală, dureri, hipocondrii, constipație și lentoarea întregii funcțiuni corporale – pot sugera diverse boli. Și dacă nu se pun unele întrebări simple (Nu te trezești mai devreme? Răul e mai mare dimineața? Ai speranțe în viitor? Ai încredere în tine?), diagnosticul de depresie poate fi omis.

Celălalt pol al bolii, starea maniacală, se caracterizează printr-o dezinhibiție și o viteză crescută de derulare a proceselor psihice, stare euforică, cu o încredere exagerată în sine. Pacientul vorbește mult, uneori fără întrerupere, are tot felul de inițiative și proiecte, poate cheltui bani exagerat, ia decizii pripite și riscante, pleacă și călătorește mult, se mișcă în permanență, nu doarme, dar nu e obosit. Nu acceptă că ar fi bolnav, se simte bine și încrezător, nu e de acord să facă nicio consultație, considerându-se hipersănătos. Poate consuma alcool în exces, conduce mașina riscant, uneori e instabil și exploziv. Dezinhibiția poate continua și în plan sexual, cu manifestări indecente. Se poate ajunge la agitație, cântec și dans fără întrerupere, deranjând viața publică. Delirul, dacă apare, este megaloman, de capacități deosebite: subiectul se simte un mare creator, va avea bani mulți, are cunoștințe excepționale. În cazurile de manie, deseori internarea e necesară pentru a proteja pacientul de excesele sale comportamentale care-i perturbă imaginea publică și pot fi riscante; și, pentru că, deranjează liniștea celorlalți, poate induce situații familiale și sociale neplăcute.

Tulburarea maniaco-depresivă este bine cunoscută nu doar de psihiatrie, ci de toată lumea. Manifestările ei sunt importante și în perspectiva generală a colaborării medic-pacient, care se perturbă. Depresivul nu vine la consultații și nu urmează tratamentul prescris, consideră că „nimic nu are rost” sau chiar că „el e așa de vinovat încât merită să sufere”. Iar maniacalul vesel „nu dă doi bani pe medici și medicamente”.

În ultimele decenii, știința psihiatrică a făcut progrese importante în cunoașterea etiopatogeniei și administrarea acestei patologii. Și nu doar în ceea ce privește tratamentul, care, desigur, a progresat și el semnificativ. Ci și în cunoașterea clinică mai nuanțată a acestei patologii.

Comparație între simptomatologia episoadelor maniacal și depresiv

Nivele și comportamente ale sindroamelor dispoziționale

Funcționare bio-psihologică

Manie

dezinhibiție exproversă și tahipsihie globală instinctivă, decizională, comportamentală, ideativă, verbală, relațională;

- insomnie fără oboseală;
- energie crescută;
- decizie și motricitate crescute;
- hiperactivitate, acțiuni hazardate;
- libidou crescut, dezinhibiție sexuală;
- hipersociabilitate gregară;
- logoree, lipsa de reticențe;
- fugă de idei, asociații superficiale;
- atenție mobilă, percepție crescută;
- hipermnemie nefuncțională

Depresie

inhibiție introversă și bradipsihie globală

- insomnie de trezire;
- rău matinal;
- oboseală, anergie;
- inapetență, scădere în greutate;
- reducerea libidoului;
- indecizie, lentoare motorie;
- inactivitate, stupor;
- izolare socială;
- reducerea vorbirii, mutism;
- ideatie lentă, stereotipă;
- atenție, percepție și memorie scăzute.

Sentimente subiective corelate prezenței și afirmării de sine

Manie

- stimă de sine crescută;

- sentiment de capacități crescute (poate rezolva orice);
- încredere în sine: planuri optimiste;
- viitorul e deschis (totul se va rezolva bine);
- participare hedonică la prezent: plăcere, bucurie, entuziasm, euforie, bună dispoziție, ce se transmite și celorlalți.

Depresie

stimă de sine scăzută;

- sentiment de capacități reduse (nu poate rezolva nimic, totul e problematic);
- neîncredere în sine, autodeprecieri;
- vinovăție generală;
- viitorul e închis, lipsit de speranță;
- nu poate adera la prezent (nimic nu îl atrage);
- anhedonie;
- cenestopatii, algii, hipocondrie;
- tristețe, disperare;
- repliere pe sine;
- idei de moarte, de sinucidere.

Tematizarea ideilor și preocupărilor - convingere, temere, verbalizare, imaginare (logos)

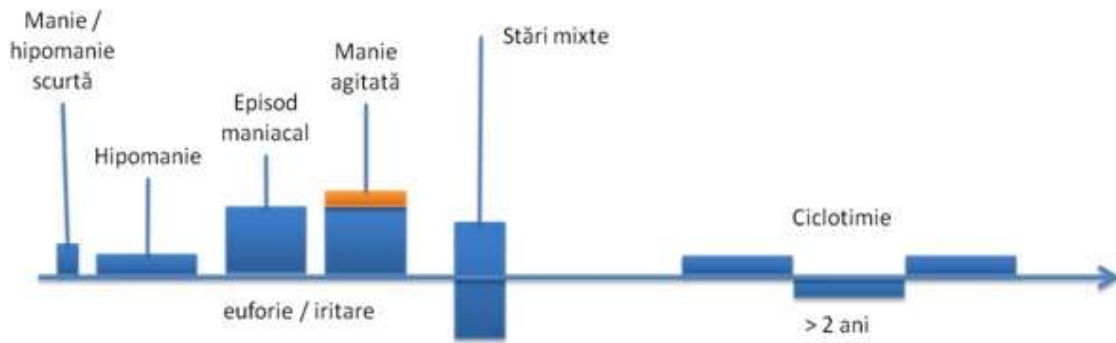
Manie

- se consideră o persoană de excepție;
- resimte o identitate deosebită (se identifică cu personaje sau roluri deosebite);
- poate rezolva problemele umanității;
- consideră că are calități deosebite (frumusețe, talente, bogăție, proprietăți);
- grandiozitate megalomană;
- invidia celorlalți.

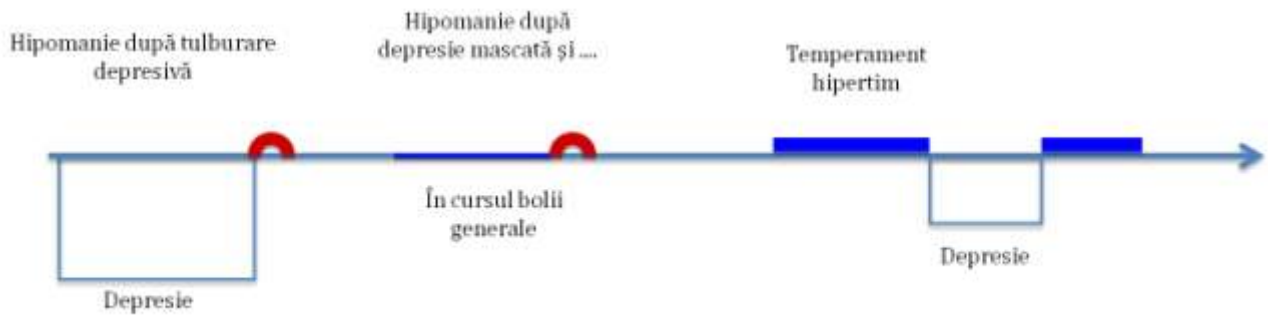
Depresie

- se consideră un om de nimic care nu merită să trăiască;
- se simte vinovat de suferințele altora; ale umanității (alții se chinuie din cauza mea);
- totul va fi o ruină, o catastrofă generală;
- e bolnav de boli excepționale;
- organele nu mai funcționează, e mort;
- e condamnat la suferință eternă;
- ideatie micromană;
- alții îl condamnă justificat.

Aspecte evolutive ale tulburării bipolare



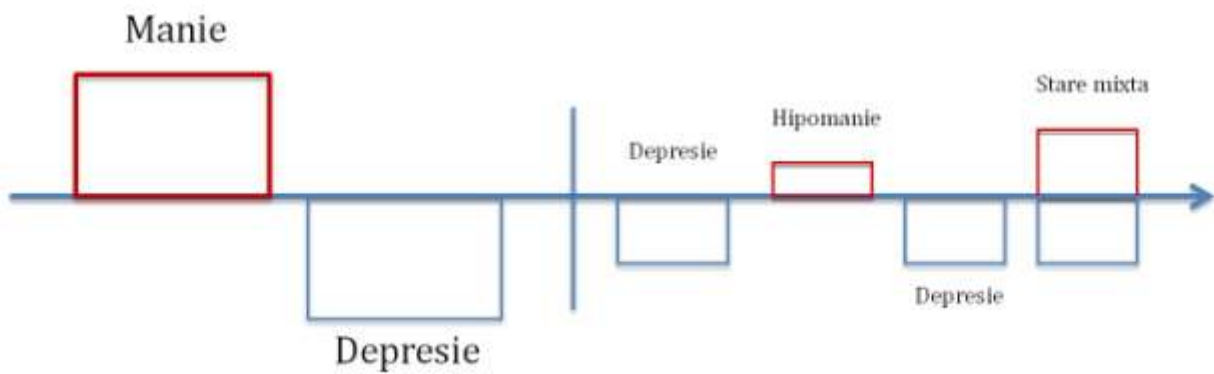
Spectrul bipolar



Tulburare bipolară

Bipolar I

Bipolar II



În primul rând, s-a diferențiat o tulburare depresivă recurentă, o suferință distinctă de cea care se manifestă prin alterarea fazelor depresive și maniacale. Aceasta a fost denumită acum ca bipolară, în raport cu tulburarea monopolar depresivă. Faptul are importanță terapeutică, deoarece o serie de antidepresive sunt indicate ca tratament de întreținere pe termen lung în cazul monopolar, dar nu la bipolari, la care pot grăbi reparația stărilor maniacale. Tulburarea monopolar depresivă a fost conturată prin doctrina și sistematica psihiatrilor germani Leonhard de la Berlin și prin cercetările clinice longitudinale ale Prof. Angst din Zürich și Prof. C. Perris de la Umea University – Suedia (Carlo Perris ne-a vizitat de trei ori la Timișoara, de două ori a venit cu familia și copiii, a îndrăgit locul și se gândea, înainte de a muri, să își cumpere o casă în România; am și acum o splendidă vază de cristal suedez pe care mi-a făcut-o cadou la ultima sa venire, când a fost făcut și Doctor Honoris Causa al universității noastre).



*Prof. C. Perris (primul din stânga) la Gătaia, cu ocazia
Congresului Internațional de Psihopatologie, 1994*

Tulburarea monopolar depresivă își avea originea și în studiile clinico-fenomenologice ale Prof. H. Tellembach din Heidelberg. Acesta avansase o serie de idei novatoare, reluând ideile hipocratico-galenice și descria o persoană particulară – Tipus Melancholicus – care e mai predispusă spre depresie, în condiții reactive aparte. E vorba de oameni ce sunt excesiv de atașați de ordine și muncă; oameni serioși, conștiincioși, tradiționaliști și perfecționiști, cărora nu le place să piardă vremea cu fleacuri sau distrându-se. În condițiile în care apar schimbări de viață mai mult sau mai puțin prevăzute, ei nu se pot readapta, intră în derută, nu fac față noului, incertitudinii, nu știu cum să se adapteze și se decompensează depresiv. Tellembach susținea că în normalitate omul e o ființă biopsihică ce trăiește dinamic, mișcat de o „endokinezie” care reflectă „biopsihoritmurile antropocosmice”. Fapt de care nu sunt capabili rigizii și hiperordonații care au caracteristicile lui Tipus Melancholicus.

În 1992, când am organizat la Timișoara Conferința Europeană de Psihiatrie, l-am invitat și pe Tellembach, care mi-a scris că e bolnav și bătrân, trimitându-și în schimb elevul (care nu mai era nici el tânăr), pe Alfred Kraus. Kraus a dezvoltat ideile lui Tellembach descriind „hipernomia”, faptul că persoanele ce apar ca „hipernormale”, care vor să aibă numai performanțe urmate de apreciere, sunt suspecte de vulnerabilitate și se decompensează ușor la schimbări de viață. Medicii nepsihiatri pot constata cu acest exemplu faptul aparent excentric că psihopatologii sunt atenți nu doar la cei hipoperformanți social, ci și la perfecționiștii particulari, care aparent se plasează în primele rânduri. Desigur, e vorba doar de unele cazuri particulare; dar necesitatea de a aborda integral persoana, biologic, psihic și socio-spiritual e o condiție a gândirii clinice (psihiatrice). (Alfred Kraus a rămas un prieten al Timișorii, unde a venit de nenumărate ori, inclusiv anul trecut, la Congresul Danubian de Psihiatrie ce s-a ținut la Timișoara.)



Prof. Alfred Kraus și Prof. Mircea Lăzărescu

Un studiu mai atent a arătat pe de altă parte că unii monopolari, care nu fac decât episoade depresive clinice, în urma tratamentelor antidepresive pot face, după un timp, scurte croșete hipomaniacale, care se accentuează dacă tratamentul continuă. Sau fac astfel de stări hipomaniacale cu ocazia altor tratamente, de exemplu după administrarea de preparate cortizonice sau tiroidiene. Sau în alte condiții de patologie generală. S-a concluzionat că de fapt aceștia nu sunt monopolari veritabili, ci au un potențial bipolar. La fel, se întâlnesc cazuri care se internează doar pentru episoade depresive, dar între intervalul dintre acestea au oscilații între perioade hipomaniacale și stări subdepressive, condiție care a fost etichetată ca ciclotimie. În cursul acestui studiu atent al noii patologii monopolar depresive, s-au mai descris stări depresive atipice, în care se combină simptome depresive și maniacale. De exemplu, pacientul e inhibat, dar cu ideea optimistă, sau dezinhibat, cu preocupări de suicid. Alții fac doar stări depresive, dar firea lor de fond e una veselă, expansivă, dinamică, având deci un temperament hipomaniacal. Privind astfel într-o perspectivă lărgită, s-a ajuns să se ia în considerare și rudele de gradul întâi, făcându-se inventarul eventualelor

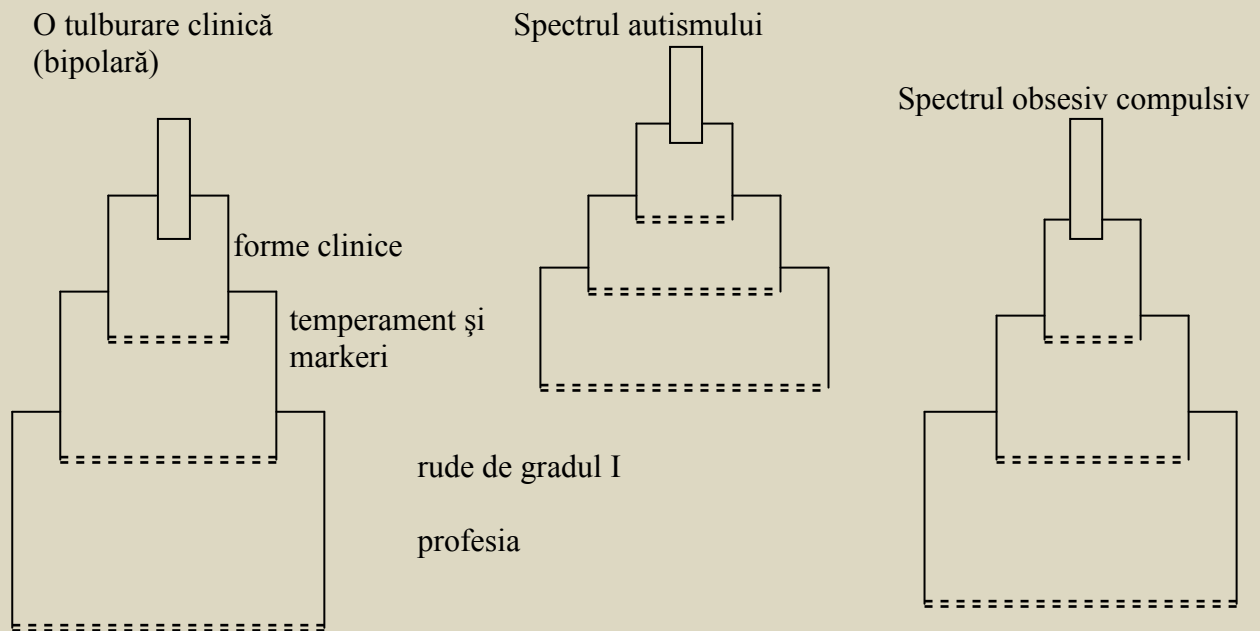
episoade maniacale și depresive, dar și al modificărilor subclinice, al stărilor mixte și al temperamentului.

Imaginea clinică a tulburării maniaco-depresive a devenit astfel mai nuanțată, în măsura în care psihopatologii nu s-au rezumat să se preocupe de un unic episod acut, ci și de fundalul pe care acesta apare. Autori, așa cum e americanul C. Akiskal, au propus să se vorbească despre „spectrul lărgit al tulburării bipolare”. Și astfel psihiatrii au ajuns să se preocupe nu doar de tulburarea cu care avem de-a face în perioada internării. Ei fac un inventar amănunțit și al episoadelor anterioare, clinice și subclinice, cu toate formele „mascate” prin patologie somatică, toxicomanie și alte comportamente particulare. Și sunt atenți la temperamentul persoanei. Iar toate aceste aspecte sunt studiate în întreaga familie, la rude. Diagnosticul plasează episodul pe fondul de vulnerabilitate și în spectrul maladiv familial al pacientului. Iar astfel de „spectre” s-au studiat în ultimul timp și în legătură cu alte tulburări, cum ar fi autismul Kanner, patologia obsesiv-compulsivă, schizofrenia. Când se întâlnește un caz atipic, se pune problema dacă nu e vorba de o „intersecție între două spectre psihopatologice”. De exemplu, cel bipolar și cel obsesiv, sau revoluția noastră socială din Timișoara, ceva totuși se schimbă. Deși, dacă ne gândim bine, despre temperamentul melancolic au vorbit deja vechii greci.

Noua perspectivă clinică a spectrelor maladive permite o studiere mai nuanțată a factorilor genetici în tulburările psihice. Și aceasta deoarece predispoziția pentru boală se transmite nu doar prin cei ce ajung să se interneze, ci și prin rudele lor ce au tulburări subclinice și se manifestă social deseori performant. În evaluarea genetică trebuie luate în calcul și aceste cazuri. Faptul explică de ce în unele suferințe, cum ar fi schizofrenia, în care pacienții au o rată scăzută a mariajului și copii puțini, genele patogene se transmit totuși. În urmă cu mulți ani, o fostă studentă ce plecase în Germania și avea un frate psihotic depresiv, care s-a și sinucis, mi-a scris, întrebându-mă: ce să facă, deoarece ea și soțul ei doresc să aibă un copil, dar se tem să nu fie marcat de boală. Am luat legătura cu un coleg din București care se preocupa de genetică și care, după ce a cerut informații detaliate despre familie, a scris un protocol în care aproxima riscul statistic ca un copil să fie afectat de o tulburare psihotică

afectivă. Dar menționa și șansa statistică de a fi dotat în mod deosebit. Cercetări sistematice ale lui Andreasen, Jamison și alții au demonstrat că în familiile bipolare se întâlnesc, statistic, mai mulți creatori importanți în domeniul artistic și literar decât în media populației. Iar în familiile creatorilor apare mai frecvent tulburarea bipolară, chiar lăsând la o parte cazul în care artistul nu prezintă chiar el simptome, mai mult sau mai puțin manifeste, de bipolaritate. Privind astfel, patologia psihiatrică se corelează în mod special cu antropologia. De exemplu, tot din această perspectivă, a spectrului maladiv, s-a constatat o interesantă corelație între patologia autistă și profesiile rudelor de gradul întâi. Acestea au o predispoziție crescută, de 4-5 ori peste media populației, pentru profesii tehnice și care implică matematica. De fapt, chiar printre autiști cu diverse grade ale deficitului de comunicare socială nonverbală se întâlnesc frecvent persoane cu o capacitate excepțională de calcul matematic. Actuala lume, dominată de calculatoare, pare să fie deci favorabilă compensării persoanelor din spectrul autist.

SPECTRE

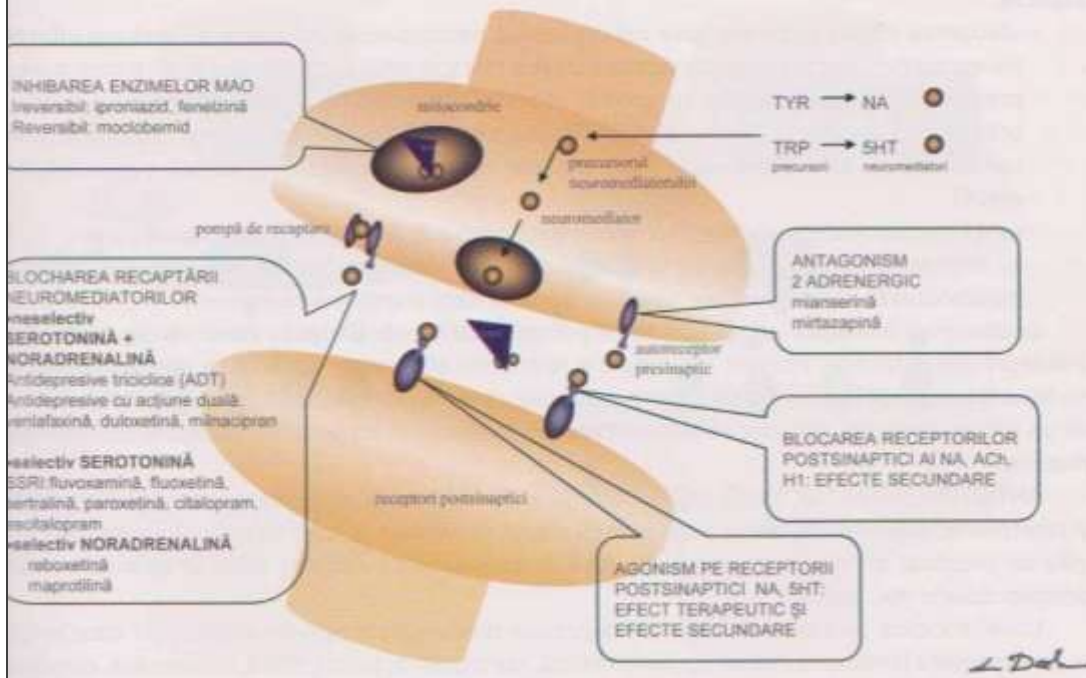


Trăim într-o lume de „spectre maladive” psihice, care circulă fantomatic printre oamenii sănătoși și se ascund în spatele celor geniali

Aceste deschideri ale psihiatriei clinice spre universul socio-cultural nu anulează caracteristicile medicale ale specialității. Există sisteme de diagnostic internaționale riguroase, așa cum e DSM-IV-TR din SUA și ICD-10 al Organizației Mondiale a Sănătății. Clinica Psihiatrică din Timișoara a fost solicitată să participe activ la acest ultim instrument internațional. Iar interesul pentru criteriile de diagnostic și un proces de diagnostic cât mai riguros s-a menținut constant în clinica noastră, stând la baza a numeroase studii clinice internaționale efectuate aici. Și în cele din urmă, creierul este o verigă esențială de articulație între universul biologic – al Biosului – și cel al existenței specific umane – al Antroposului. Iar studiile biologice, atât cele genetice, cât și cele ce se desfășoară în aria „științelor creierului”, aduc importante contribuții la înțelegerea și tratamentul patologiei psihiatrice. Astfel, s-a ajuns să se știe că în stările depresive se instalează o hipofuncție la nivelul neurotransmițătorilor cerebrali „aminergici”: dopamina, noradrenalina, serotonina. Ceea ce a permis cercetarea riguroasă a unor medicamente care, acționând la acest nivel, să sprijine tratamentul depresiei. Recent, Conf.dr. Liana Dehelean a sistematizat într-un amplu tratat, Bazele Biologice ale Psihiatriei (publicat în 2010), vastele cunoștințe acumulate în ceea ce privește funcționarea creierului ca suport al manifestărilor psihice normale și patologice. Și care include, evident, și mecanismele de neurotransmisie perturbate în depresie și modul de acțiune cunoscut al antidepressivelor (reproducem, cu avuizul autoarei, o imagine privitoare la acest subiect, redactată imagistic personal, la fel ca întreaga iconografie a cărții).

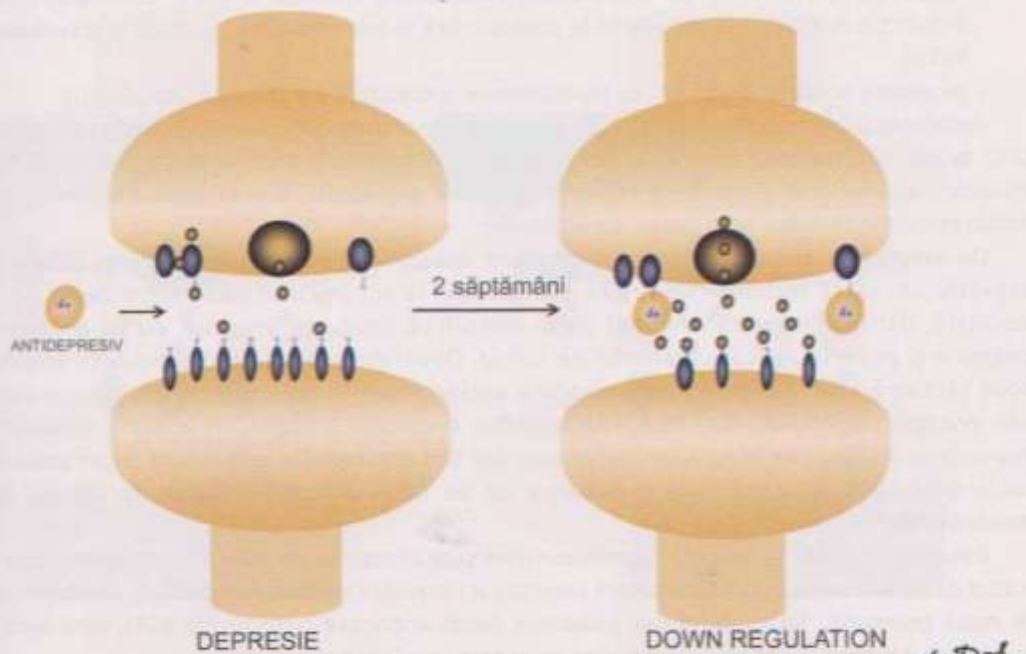
ANTIDEPRESIVELE: MECANISME DE ACȚIUNE

ANTIDEPRESIVELE: MECANISME DE ACȚIUNE



LATENȚA EFECTULUI ANTIDEPRESIV

LATENȚA EFECTULUI ANTIDEPRESIV



Deschiderea psihiatriei clinice spre universul socio-cultural nu anulează caracteristicile medicale ale specialității. Și nici posibilitatea unor studii riguroase, cantitative. De când s-a introdus sistemul american de diagnostic pe axa DSM-III (1980), fiecare tulburare psihică e riguros circumscrisă, prin criterii de includere și excludere. Între criteriile de includere, principalul loc îl ocupă simptomatologia, rezumată într-un număr finit de itemi dintre care un minimum trebuie să fie prezenți pentru un diagnostic pozitiv. S-au dezvoltat apoi în ultimele decenii scale de evaluare cantitative a psihopatologiei. De exemplu, în cazul depresiei, Scala Hamilton identifică într-una din variantele sale 17 itemi, fiecare cotate ca intensitate între 0 și 5. Cotatorul evaluează fiecare simptom și face apoi suma și media acestora. Se obține o cifră, să spunem 12; dacă la repetarea evaluării – peste o săptămână – cifra scade, înseamnă că starea depresivă se ameliorează, că tratamentul are efect. Dacă se agravează, trebuie să fim atenți la pericolul suicidului; și eventual, să intervenim asupra terapiei. Desigur, există o cotă de subiectivism în evaluare, deși se ține în mare măsură cont de manifestările expresive și comportamentale din timpul interviului și de observația altora. Apoi, s-au standardizat în mare măsură și întrebările ce sunt de pus pentru evaluarea stării subiective. Sunt și chestionare de autoevaluare, pe care pacientul le completează singur. De obicei, concordanța între hetero- și autoevaluare este semnificativă (fapt ce l-a constatat pentru depresivi d-na Prof.Dr. Pompilia Dehelean, din clinica noastră, în teza sa de doctorat). Dar, indiferent de această sensibilitate sau variație a instrumentelor de evaluare, faptul că el este repetat după un timp de același evaluator asigură siguranța tendinței evolutive. Criteriile de diagnostic, scalele de evaluare și interviul structurat au făcut să crească mult concordanța dintre evaluatorii din diverse locuri și momente. Și astfel a crescut semnificativ obiectivitatea și reproductibilitatea cercetărilor științifice în psihiatrie.

Și astfel, paleta antidepressivelor a crescut exponențial. După cum era de așteptat, experiența practică aduce apoi surprize. Astfel, o categorie de antidepressive – inhibitorii selectivi ai serotoninei, SSRI – s-au dovedit eficiente, pe lângă depresie, în tratarea agorafobiei, a atacului de panică, a fobiei sociale, a tulburărilor alimentare, a

celor obsesiv-compulsive etc. Medicul psihiatru din zilele noastre se adresează pacienților cu un alt orizont decât cei pe care i-am întâlnit pe când asistam la tratamentul PGP cu malarioterapie.

Studiile genetice în psihiatrie deschid importante orizonturi de înțelegere a etiopatogeniei tulburărilor, de prevenție și tratament. Privitor la înțelegerea acestei patologii, care evident nu are o cauză univocă, ci rezultă dintr-un cumul longitudinal plurifactorial de cauze, ultimii ani au deschis o nouă perspectivă, extrem de interesantă și promițătoare pentru psihopatologie, la care genetica a contribuit din plin. E vorba de doctrina evoluționistă.



Concepția lui Darwin despre originile omului prin filiera maimuțelor antropoide s-a relansat cu vigoare în a doua jumătate a secolului XX, pe baza noilor cunoștințe de arheologie și paleontologie, dar mai ales prin progresul geneticii. Concepția evoluției bazată pe competiție și selecție a condus la o înțelegere a antropogenezei în care funcțiile psihice au fost interpretate ca „organe funcționale adaptative” care sunt chiar mai avantajoase decât organele corporale. Desigur, la mamifere crește ponderea comportamentelor ce se manifestă în context intrafamiliar, care o supervizează, intră și ea în angrenajul selecției adaptative. Pentru om, evoluționismul pune în discuție și aspectele particulare de mediu ale antropogenezei, cum ar fi desfășurarea acesteia în condițiile savanei africane, în care grupurile de hominizi trebuiau să acționeze prin cooperare apropiată și eficientă. Fapt ce a favorizat dezvoltarea „creierului social”. Oricum, modelele și „modurile” comportamentale ale investigației, fricii, evitării s-au dublat la om de comportamente cooperative, susținute de limbaj și de detecția rapidă a intențiilor celuilalt.

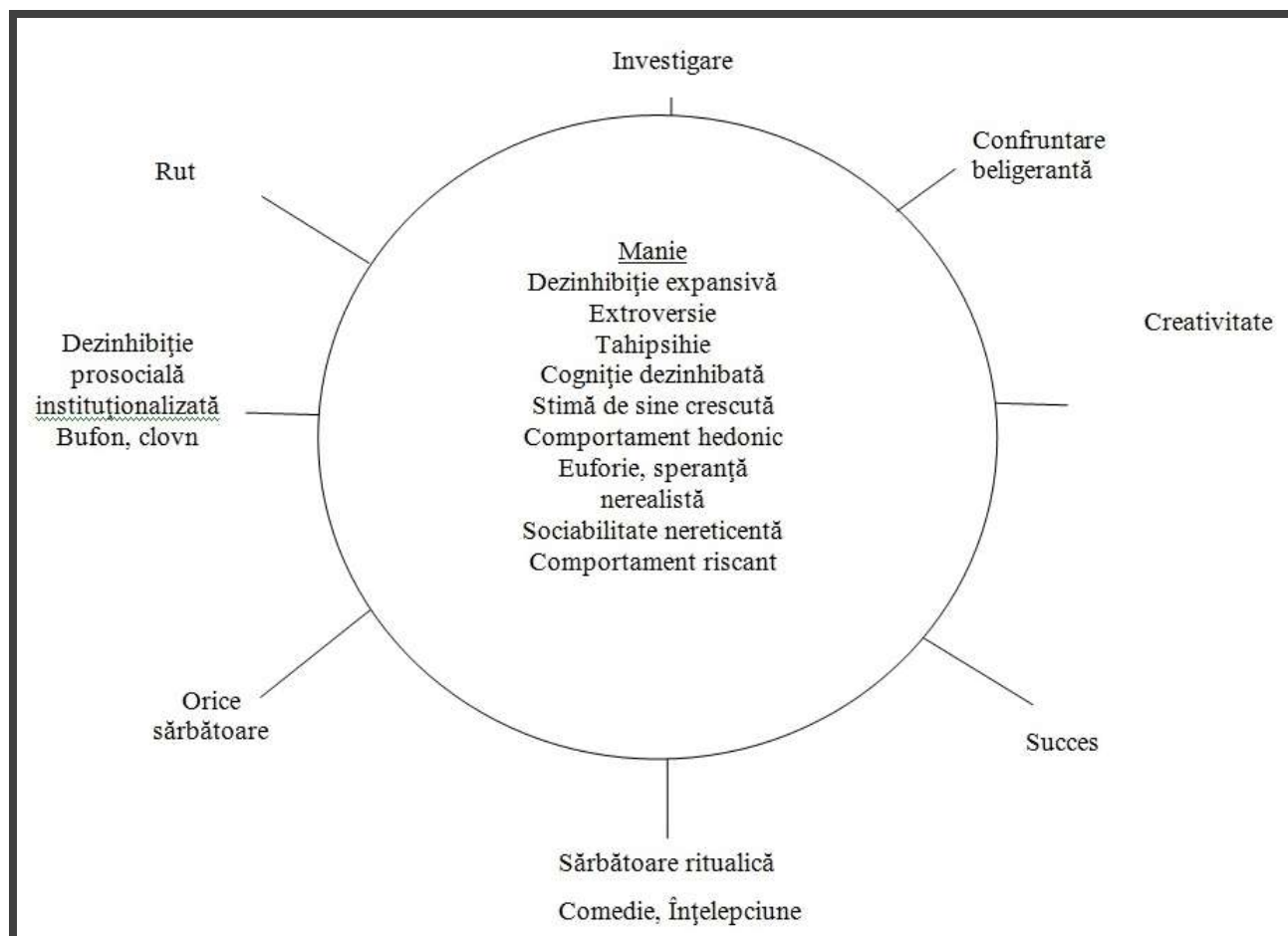
Cu un echipament psihic complex și specific, omul vorbitor și creator de unelte a intrat, după peste 1.000.000 de ani de antropogeneză, în ultimii 10.000 de ani ai culturii. Vreme în care a devenit sedentar și cultivator, în care a transpus limbajul vorbit în scris, a ajuns să venereze zei și să construiască orașe, temple, piramide. Apoi, în vremea fenicienilor și grecilor, s-a descoperit scrisul alfabetic, iar în Europa secolului al XV-lea s-a răspândit tiparul. Umanitatea a ajuns la o viață socio-culturală extrem de complexă. În cadrul căreia însă psihismul specific uman se reîntâlnește constant cu moștenirea sa biologică. Psihopatologia în general și cea a depresiei și maniei în special a început să fie interpretată și din această perspectivă.

Privind din perspectiva doctrinei evoluționiste, depresia are multe caracteristici care o apropie de stările de hibernare pe care le parcurg animalele în perioada reducerii resurselor. El stă retras, inhibat, consumând puține calorii, până ce resursele revin. Apoi, în altă perioadă, într-o stare de rut, se dezinhibă sexual, crește agresivitatea combativă a masculilor și se petrece acuplarea; perioadă care aduce puțin cu starea maniacală. Un alt comportament din biologie ce a fost comparat cu stările depresive este sumisiunea animalului în fața agresorului. Faptul de a se comporta printr-o totală supunere, uneori prin „mimarea morții”, inhibă comportamentul agresiv: predatorii nu mănâncă de obicei animale bolnave sau moarte.

La om, starea depresivă normală se petrece constant după pierderea unei ființe apropiate, fapt care e ritualizat social prin doliu. Dar orice pierdere și orice eșec induce o stare de retragere, pentru refacere și reculegere, în vederea unei noi acțiuni. Eșecul și înfrângerea sunt și la om condiții în care el se retrage inhibat pentru o perioadă.

Dar în plan uman, astfel de retrageri inhibate au loc și cu ocazia sentimentului de vinovăție sau pentru ispășirea unui grav păcat. Apoi, tristețea și plânsul sunt caracteristici ale tragediei, în care apare în față, prin literatură, apăsarea destinului. La celălalt pol, dincolo de dezinhibițiile sexuale și montarea agresivă a combativității, omul are multe împrejurări în care se manifestă expansiv, energic, cu creșterea performanțelor, fapt ce-l conduce la succes. Iar succesul e sărbătorit. Situația sărbătorii, indiferent ce o condiționează, induce în orice om un comportament de tip maniacal: el e bine dispus, expansiv, sociabil, fără reticență, dezinhibat, cântă și dansează, bea și mănâncă, se mișcă mult și nu mai ține seama de normele care-l ghidează în perioada în care stă sau muncește.

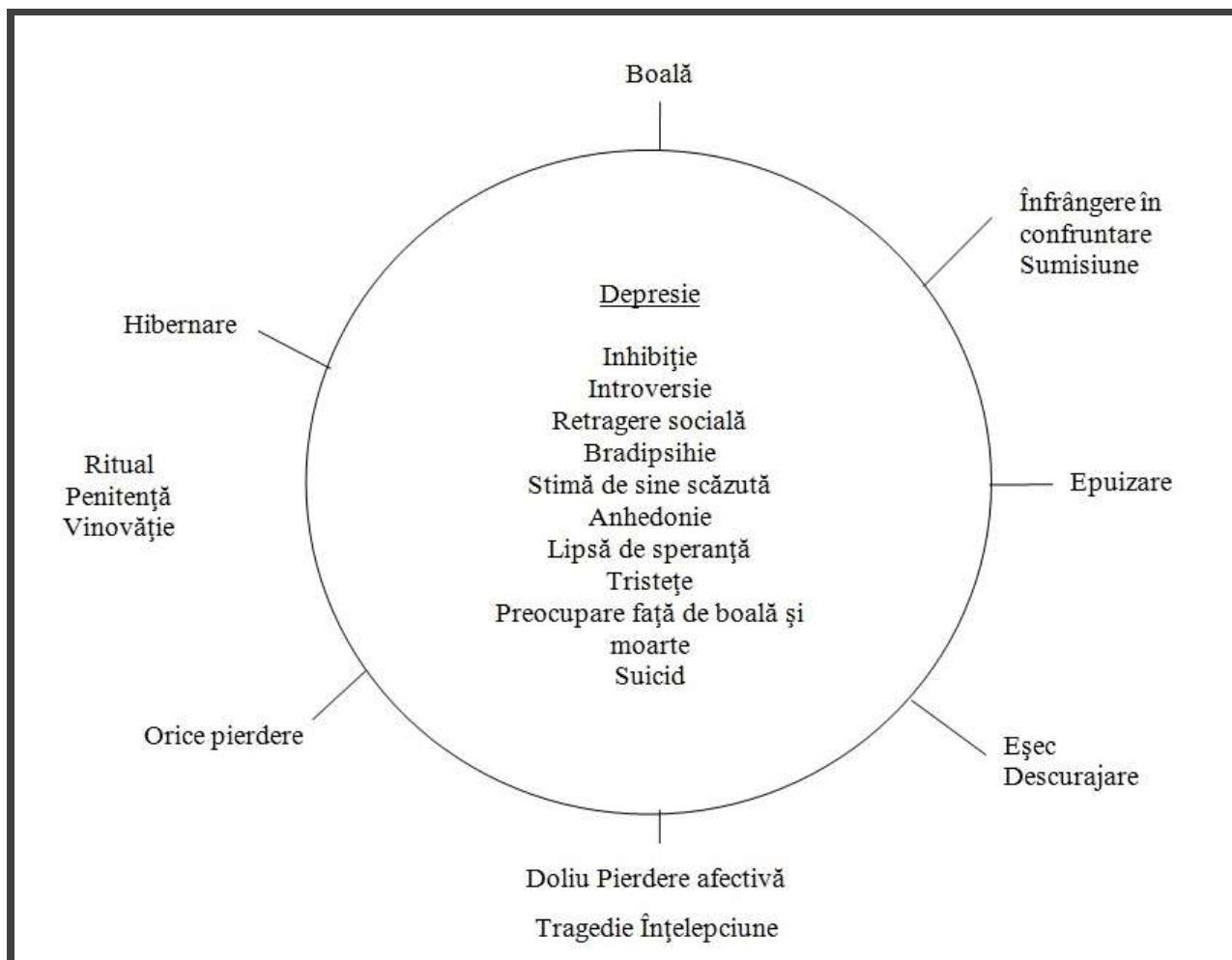
A. Circumplex al modalităților adaptative psiho-biologice și antropologico-spirituale care se agregă în jurul modului maniacal



Trăirile și comportamentele pe care le evocă modulul maniei se petrec în normalitate în diverse situații biopsihologice și existențial spirituale. Ele se montează și intră în acțiune în condiții determinate și au o semnificație adaptativă. Odată cu depășirea situației, subiectul se reîntoarce spontan la relaționarea firească cu ambianța.

În diverse împrejurări sau cvasispontan (din motive pe care le studiază psihopatologia), această structură modulară formală a maniei se instalează pregnant și insuficient condiționată comprehensiv, conducând la o stare psihică anormală, rigidă și decontextualizată. Fapt echivalat cu manifestarea unui sindrom maniacal semnificativ clinic.

B. Circumplex al modalităților adaptative biopsihologice și antropologico-spirituale care se agregă în modulul sindromului depresiv



Sfera trăirilor și comportamentelor din depresie derivă din multiple stări adaptative normale, care necesită retragerea sau inhibiția, pretind refacere biopsihică și/sau reorganizări strategice psiho-spirituale.

Modulul sindromului depresiv se poate actualiza patologic, fără o condiționare comprehensivă situațională (din motive studiate de psihopatologie). Ca și cum ar fi vorba de utilizarea în gol a unei unelte, care nu-și mai manifestă astfel utilitatea.

Această perspectivă pe care a introdus-o în ultimul timp psihologia evoluționistă ne arată și ea că psihopatologia nu e ceva străin de viața umană obișnuită. Fiecare din noi purtăm în sufletul nostru posibilitatea depresiei și maniei pe care o actualizăm de nenumărate ori de-a lungul vieții pe care o trăim. Cazurile în care această manifestare se întâmplă să se exprime excesiv, „să sară de pe orbită”, sunt un procent statistic redus în raport cu cele în care ea se manifestă adaptativ,

performant. Acestea sunt cazuri pe care le întâlnim în psihiatria clinică, când trăirea inhibat depresivă sau cea expansivă, prosocială, se detașează de contextul lor funcțional, devin rigide, simpliste, necontrolate de subiect, disfuncționale. Condițiile acestei „dez-axări” sunt în prezent tot mai intens studiate. Dar stările psihopatologice se cer înțelese nu ca ceva străin omului, ci ca disfuncții ce se cer reparate.

Tradiționala „nebunie” nu este expresia unei posesiuni demoniacale. Iar cei afectați de tulburări mentale nu doar că sunt frații noștri, ci sunt chiar o oglindă a fiecăruia din noi. Stigma psihică trebuie să dispară din societate. Împreună cu conștiința faptului că avem o datorie față de societate. Dacă se întâmplă cumva să fii deosebit de talentat și creator, să nu uiți de frații tăi, care plătesc această șansă cu temporara lor neșansă, de a aluneca temporar în stări psihopatologice.

Revoluția Franceză a avut un slogan în care, pe lângă libertate și egalitate, se pretindea și fraternitate.

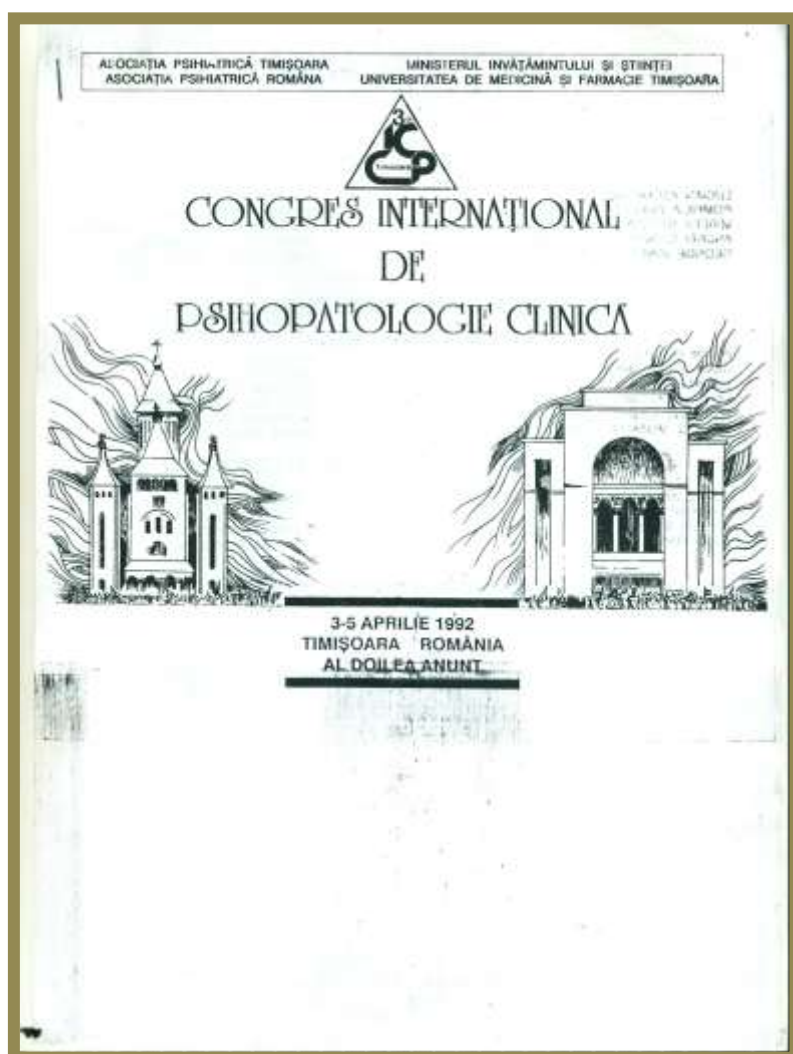
3. Psihiatrie, democrație și psihoterapie



Eseul de față, privitor la specificul medicinei psihiatriei, înțeles din perspectiva unui specialist ce a trăit la cumpăna dintre mileniile doi și trei, a subliniat de la început articularea funciară dintre tulburări psihice și coordonatele bazale ale structurii antropologice, inclusiv viața socio-culturală. Această idee se evidențiază atât în etiopatogenie, cât și în terapie, exemplară fiind socio-psihoterapia. Dar însăși stilul de viață cutumier, precum și evenimentele socio-politice majore pot fi aduse în discuție la acest nivel.

Dar – am comentat deja – ea e articulată de viața socială. De altfel, psihopatologia e într-o întrețesere și cu spiritualitatea umană, cu munca, sărbătorile și eroii de narațiune. Dar atunci, agitația vieții de zi cu zi ne făcea să pendulăm între clinică și agora. În cursul manifestărilor din Decembrie 1989 ce au avut loc în Piața Operei din Timișoara, am întâlnit mulți dintre pacienții mei, mai ales dintre cei cu

potențial maniacal, care erau veseli și strigau în gura mare, mă îmbrățișau. Unul dintre ei a vrut chiar să escaladeze zidul, pentru a ajunge în balconul Operei. În zilele acelea fierbinți am văzut și eu psihoze reactive, despre care citisem doar în cărți, știind că sunt la mare rang în psihiatria scandinavă, prof. Strömngren conducând o școală ce studia acest fenomen. Ceea ce am constatat atunci era destul de interesant și te făcea să meditezi la sensul conceptului de reacție. Erau persoane care s-au internat în acele zile cu stări de mare anxietate și panică, fiind convinse că agenții securității, plasați în vecini sau în jurul casei, vor să îi omoare; ei se simțeau monitorizați și prin televizor, așa că nu se mai puteau apăra nicicum. Dar aceste cazuri nu fuseseră pe stradă, la demonstrații, acolo unde s-a tras în mulțime și au murit oameni de diverse vârste. Și, în general, erau persoane liniștite, timide chiar. În schimb, copiii și rudele lor se expuneau zilnic. Iar prin televizoare se transmiteau știri răscolitoare, care te făceau să nu dormi zi și noapte.

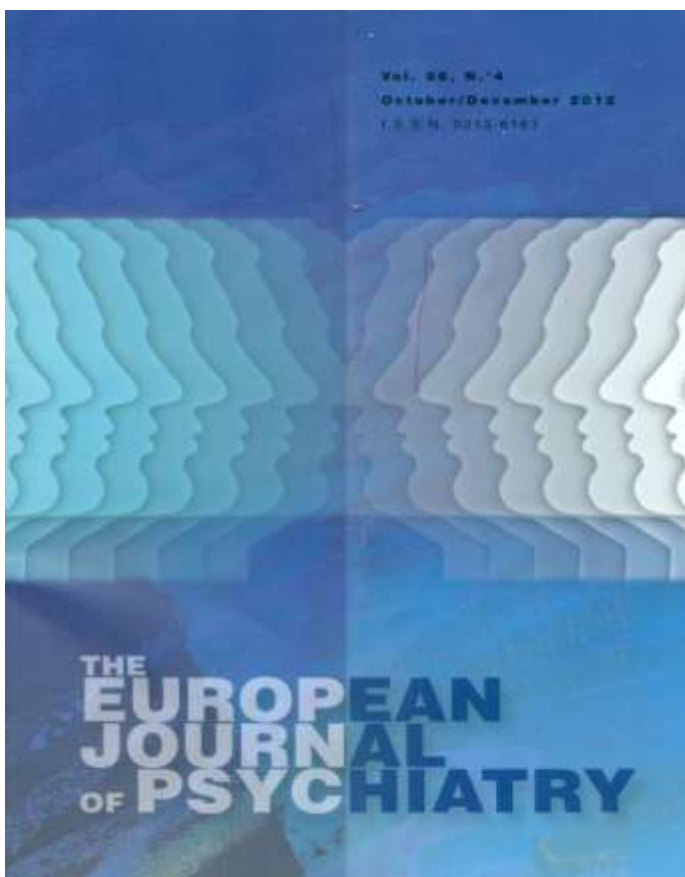


Deci, probabil, erau persoane vulnerabile. S-au internat și câțiva dintre cei ce au participat la manifestații și riscuri. Dar aceștia aveau stări de agitație euforică, expansivă, dublate de deliruri legate de securitate. O parte din aceste psihoze reactive nu au mai avut ulterior contact cu psihiatria. Dar alții au avut și episoade ulterioare. Peste 8 ani, la Congresul Danubian de Psihiatrie de la Zagreb, am făcut o sinteză evolutivă a acestor psihoze reactive, pe care am publicat-o apoi în

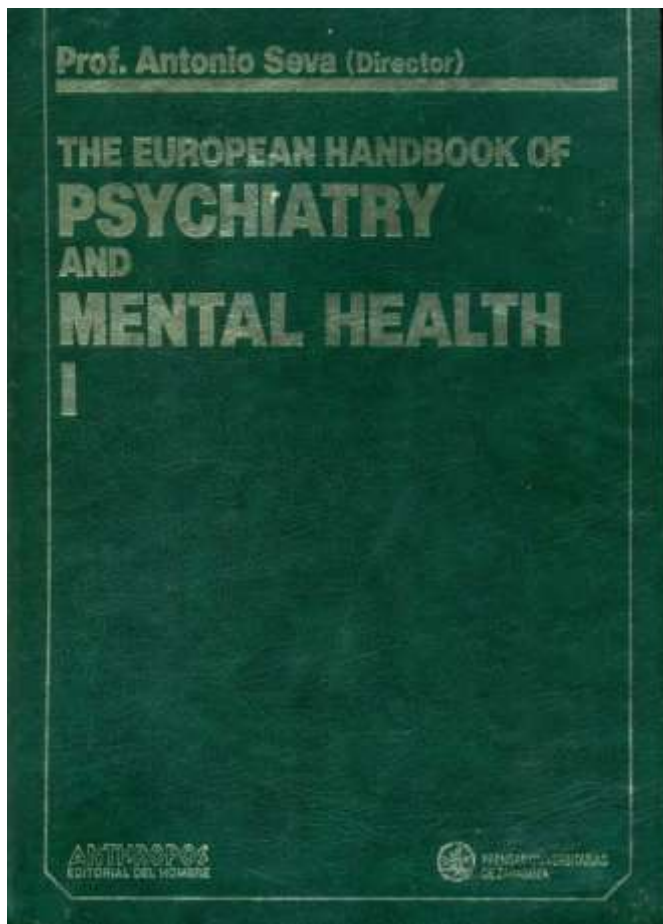
revista *The European Journal of Psychiatry*. Această privire retrospectivă m-a făcut să meditez puțin asupra înțelesului pe care-l poate avea o reacție psihică intensă, dacă ea e corelată cu evenimentele sociale stresante. Căci, după cele câteva zile în care Timișoara a fost „singura revoltată” cu Ceaușescu la putere, iar oamenii au trăit stări stresante excepționale, atmosfera nu s-a liniștit odată cu căderea lui. Iar zile deosebit de stresante am trăit cu toții și în primăvara anului 1990, și în vara sau toamna acestuia, și încă mult timp după aceea. Deci stresul social poate fi cumva delimitat în cazul unui cutremur. Dar nu în cazul unei revolte populare și al unei schimbări politice. Iar ca o concluzie mai generală, impresia mea a fost că dacă în România până la Revoluție dominantă era starea depresivă, prin permanentizarea tensiunii stresante, apoi au trecut în prim-plan stările anxioase disforice și agresivitatea.

Mă gândesc să amintesc ceva și legat de această invocată revistă *The European Journal of Psychiatry*. Inițiatorul și redactorul ei, profesor A. Seva din Saragosa, după ce în SUA a apărut în 1980 celebrul manual de psihiatrie DSM III reflectat în numai puțin celebrul *Tratat de Psihiatrie* editat de Kaplan și Sadock (*Comprehensive Textbook of Psychiatry*), s-a gândit că și Europa e capabilă să scoată un tratat pe măsură.

Și a făcut efortul să-i reunească pe cei capabili să participe la o astfel de treabă. Deoarece se gândea – devansând concepția UE – la întregul continent, m-a găsit și pe mine pentru a reprezenta, alături de încă 2-3 psihiatri, zona de est a Europei. Mi-a scris, am convenit asupra capitoului ce îmi revenea (influențele psihosociale în schizofrenie), m-am documentat cum am putut, l-am redactat și urma să îl trimit. Eram prin 1985 și orice text științific plecat



din România în Vest trebuia filtrat oficial, pentru a nu deconspira informații științifice secrete. Rectorul nostru de atunci a înțeles situația și pe fiecare pagină a semnat drept garanție, punând și ștampila instituției. Și astfel l-am trimis. Ei, textul acesta a ajuns în Spania abia după 6 luni. Profesorul Seva mi-a scris apoi, după publicarea tratatului, că nu a mai întâlnit un asemenea fenomen în colaborarea sa internațională.



În continuare voi încerca să comentez câteva aspecte ale unui tratament mai specific psihiatriei, psihoterapiei. Psihoterapia se realizează de obicei în cadrul unei relații psihologice speciale dintre doi oameni, terapeutul și pacientul. Dar, deși această relație se desfășoară în cadru intim, coordonatele generale ale vieții sociale au o influență considerabilă asupra practicării ei. Astfel, psihoterapia nu a fost favorizată de niciun regim politic totalitar, deci nici în România până în 1990. Ceea ce nu înseamnă că ea nu a existat la noi.

De aceea, m-am gândit să folosesc șansa acestei cărți electronice pentru a prezenta unele aspecte ale acestei metode terapeutice așa cum s-a desfășurat ea în România în cei peste 50 de ani pe care i-am parcurs în psihiatrie. Fac acest lucru și pentru că nu știu pe altcineva în țară care, la ora aceasta, ar putea-o face la fel.

Între 1960 și 1990 am fost în contact cu diverse încercări de practicare a psihiatriei care s-au făcut în România, despre care voi relata în continuare. Totul a început în anii '60, pe când lucram la Sanatoriul de nevroze de la Săvârșin.

Dar și atunci, și în anii ulteriori, psihoterapia, care oficial nu era interzisă în România, se practica mai mult spontan, prin autoformare, înconjurată de un anumit mister. După 1990 au explodat școlile de formare în diverse modalități de

psihoterapie, în principiu conduse de specialiști atestați din străinătate. În 1999 s-a înființat, la o reuniune națională ce s-a ținut la Spitalul Gătaia, Asociația Română de Psihoterapie, devenită mai apoi Federație. Acum există mai multe federații și nenumărate asociații patronate de psihiatri și psihologi, iar cabinetele de consiliere (psihoterapeutică) și de terapie (psihică) de diverse orientări se întâlnesc pretutindeni. În mijlocul acestei forfote, pentru cineva din afara sistemului – sau, cum să mă explic, pentru cineva care nu e suficient în temă cu problema (și puțini sunt) – trebuie făcută puțină ordine. Așa că la acest nivel s-a trezit filonul didactic din mine, pentru un comentariu cât de cât explicativ.

Terapia, ca și expresie cu etimologie grecească, însemna pe vremuri „slujire”. Cei ce slujeau cu credință pe Zeus sau pe rege erau terapeuții săi. La fel se considera în vechime că medicul terapeut își slujește cu credință pacientul ca pe un zeu și invocând zeii. Relația medic-pacient a fost înconjurată milenii la rând, până în ultimele decenii tehnice actuale, de o aură psihoterapeutică. Medicul era pentru pacientul său un fel de zeu, iar orice tratament prescris – sânge de broască sau cretă – trebuia să aibă și un efect pozitiv, efectul placebo. Dincolo de această psihoterapie implicită, s-a afirmat apoi sugestia elaborată tehnic, sub formă de „magnetizare”, bazată pe doctrina „magnetismului” biopsihologic din secolul al XVIII-lea; și apoi hipnoza, de diverse feluri, care a fost intens practică în secolul al XIX-lea. Secolul XX a debutat cu tehnica psihanalitică a lui Freud și a continuat cu tehnici comportamentale de dezvățare (a celor învățate greșit) și de învățare (a celor dorite). Către sfârșitul secolului XX s-a impus tot mai mult cognitivismul, ce face apel la clarificări cognitive raționale privitor la mecanismul stărilor psihopatologice și promovează antrenamentul autocontrolat al comportamentelor nepatologice. Toate aceste orientări s-au decantat din relaționări și atitudini educative firești și din forța mobilizatoare spontană a spiritualității. Și cam atât.

Generalitățile de mai sus s-au diferențiat treptat în câmpuri doctrinare însoțite de tehnici de abordare uneori foarte sofisticate. Un lucru a rămas însă destul de clar: trebuie să se facă o diferență între un nivel al consilierii și intervențiilor de suprafață, așa cum ar fi socioterapia și reabilitarea psihosocială. Și un nivel al psihoterapiei

propriu-zise, de abordare profundă a psihismului, de modificare structurală a persoanei. Și la fel, oricât de mult au avansat tehnicile și procedurile de formare a celor ce devin competenți să practice terapiile psihice, a rămas clar că există persoane mai dotate și mai puțin dotate pentru astfel de activități. De unde și ideea că nu doar medicii și psihologii se pot specializa în psihoterapie. Ar mai fi de adăugat că ansamblul activităților umane ce gravitează în jurul psihoterapiilor nu se aplică doar bolilor sau tulburărilor psihice în sens nuclear. Ele sunt utile pentru depășirea diverselor probleme ale vieții, pentru lărgirea diapazonului de competențe psihice benefice ale persoanei. Deci, promovarea unor tehnici psihospirituale este utilă oamenilor, fără ca ei să fie bolnavi psihici. Iar unele abordări terapeutice comportamentale pot fi aplicate în diverse ramuri ale medicinei. Îmi amintesc cum, cu peste două decenii în urmă, o colegă de facultate ce era profesoară de boli de nutriție și ocupa o funcție importantă în sistemul sanitar mi-a spus:

- Dar dragă Mircea, voi cu psihoterapiile voastre vă băgați peste tot. Prin revistele noastre nimeni nu mai comentează curele de slăbire ale obezilor fără tehnici cognitiv comportamentale.

Voi vorbi acum despre terapiile psihice într-o ordine ce exprimă felul în care le-am cunoscut eu, fără a le practica însă decât marginal și minor. Prilejul de a revedea trecutul din această perspectivă mi l-au oferit câțiva (foști și actuali) doctoranzi de ai mei, invitându-mă vara trecută la Școala de vară de terapie cognitiv comportamentală de la Biertan ca să le vorbesc despre psihoterapia din România de dinaintea anului 1990.



La Biertan, de la stânga la dreapta: Dr. Radu Teodorescu, Prof. Mircea Lăzărescu, Psih. Mugur Ciumăgeanu, Psih. Lucian Ile

Mi-am început expunerea de la Biertan cu ceea ce știam eu în jurul anilor '60, pe vremea când asistam la tratarea PGP-ului cu malarioterapie. Și anume, în țară exista un interes pentru tehnici sugestive, mai ales pentru hipnoză. La București, doctorul Lichter deseori făcea chiar hipnoză în grup, sugestionându-i pe pacienții așezați pe fotolii în jurul său, până adormeau (glumele spuneau că doctorul dormea chiar mai repede și mai mult decât pacienții). La Iași a practicat hipnoza Prof. Petre Brânzei. Mai târziu, prin anii '70 a apărut și la televizor și se zice că mulți spectatori au adormit privindu-l și ascultându-l. De fapt, Prof. Brânzei era dotat fizic și comportamental pentru a face hipnoză, înalt și pătrunzător cu privirea, ca un haiduc; ceea ce se poate vedea din orice fotografie a sa.



Șefii de clinici din România, de la stânga spre dreapta: Prof. Mircea Lăzărescu, Prof. Petre Brânzei, Prof. Vasile Predescu, Prof. Eduard Pamfil, Prof. Gheorghe Grecu (în 1985)

Mai târziu, au practicat hipnoza în zona Timișorii dr. Florian Gâldău și dr. Radu Ricman. Eu am să mă opresc la școala din Cluj, unde pe vremea studenției mele, la sfârșitul anilor '50, practica hipnoza dr. Iuliu Albini și Johny Bâlcea. Dr. Bâlcea era și mare expert în „autohipnoză”, cum mai era denumit „training-ul autogen” al lui Schultz, având chiar o diplomă de formator în domeniu pentru sud-estul Europei și URSS. Dr. Albini practica cu succes hipnoza – de ex. pentru fobia socială, mai precis tracul cântăreților de operă, dar era expert și în terapia prin imagerie trează (rève éveillée, a lui Dèsoille). Era un om deosebit de cult ce făcea rost în acele vremuri grele de cărți rare de psihiatrie și le împărtășea cu alții. Era un expert în arta fotografică, activ și în teatrul de amatori. El și cu dr. Bâlcea au rămas legați de Săvârșinul lui Dan Arthur. Și, ulterior, de mișcarea psihiatrică de la Gătaia.



*La Gătaia în 1980, alături de două persoane ce au practicat hipnoza:
în stânga – Dr. Florian Găldău, în dreapta – Dr. Iuliu Albini*



Castelul de la Săvârșin îl cunoșteam din copilăria petrecută aici în timpul războiului

Odată cu școala clujeană, ajung la Dan Arthur, care plecat de aici – unde încercase psihanaliza – și a condus mult timp Sanatoriul de nevroze din Săvârșin, ce funcționa în castelul regelui Mihai I, pe atunci absent din țară. Aici, în anii '63-65, am

încercat să practicăm (e vorba de echipa de tineri medici ce-i mai cuprindea pe Octavian Hanganu și soții Lohan, Traian și Vica) câteva forme de psihoterapie. Evoc doar psihoterapia prin discuții de grup după tehnica Battegay, logoterapia lui Frankl și psihodrama Moreno. Era vorba deci de autoformare, de lectură, experimente și autoanalize în grup. Voi relata câteva lucruri despre ulterioara istorie a două dintre aceste tehnici.



Dr. Dan Arthur, într-un cărucior, pe terasa Castelului din Săvârșin în 1963

Logoterapia Frankl nu e o psihoterapie propriu-zisă, ci mai mult o consiliere și îndrumare, care invocă dimensiunea spiritual-culturală a omului, de a se confrunta cu suferința și deruta sufletească, luându-și soarta în propriile mâini și deschizându-se astfel spre lume și alții. Totuși, ea comportă o doctrină destul de elaborată și tehnici de apropiere sufletească de suferind. Pe care urmează să-l conducă prin întrebări astfel încât el să se înțeleagă mai bine, să-și cunoască problemele, puterile, opțiunile. După episodul Săvârșin, am continuat să folosesc uneori această abordare spirituală a celor chinuți sufletește. Iar în anii '80, unul din rezidenții din clinică, cunosător și de germană, dr. Cristian Furnică, s-a interesat de metodă (dar și de alte forme de psihoterapie) și ulterior a practicat-o. Imediat după 1990, a sosit în Timișoara de la Viena o reprezentantă a însăși școlii lui Frankl – transformată acum parțial de dr.

Alfred Längle în „analiza existențială” –, pentru a ajuta România să-și formeze noi specialiști. Ne-am întâlnit astfel direct cu sursa. Grupul acesta, coordonat de d-na dr. Wilhelmina Popa, s-a format prin repetate sesiuni în Viena, Germania și în centre din alte țări, împreună cu multe alte grupe internaționale. Din România câțiva au progresat până la rangul de formatori. În țară au luat naștere și alte centre de logoterapie și analiză existențială, provenite din zone diferite ale Europei. Doctrina și



Prof. Alfred Längle și Dr. Cristian Furnică în sala festivă a Universității de Medicină și Farmacie din Timișoara

metoda nu se adresează doar psihiatrilor, ci și medicilor generaliști sau de diverse specialități, pedagogilor, preoților ș.a.m.d.

În finalul poveștii mele, dr. Alfred Längle a venit la Timișoara, unde l-am făcut Doctor Honoris Causa al Universității noastre de Medicină, în aceeași zi în care și-a susținut doctoratul dr. Cristian Furnică, cu o temă de analiză existențială.

Acum, câteva cuvinte despre psihodramă. Felul în care am practicat-o noi la Săvârșin era una din variantele clasice. Dar sunt multe variante. Dr. Florian Gâldău, care a practicat-o prin anii '70 la Jebel, a numărat peste 30 de tehnici. În zona noastră a mai lucrat în această direcție dr. Traian Lohan, care a și susținut o teză de doctorat la București privitor la psihodramă, aplicată schizofrenilor.

Cum se desfășura o ședință de psihodramă la Castelul regal de la Săvârșin la începutul anilor '60 ai secolului trecut?

În sala mare a clubului era o scenă, pe care stăteau Dan Arthur și doi coterapeuți. Urca pe scenă și grupul de pacienți care se implicau în psihodramă, alții rămânând în sală, alături de medici. Aceștia urmau să elaboreze o temă dramatică, să o împartă în scenete ce ajung la un moment culminant, și un deznodământ. Apoi își distribuiau rolurile, cel puțin pentru primele secvențe. Asistența era informată și jocul scenic începea. El se desfășura până la un punct firesc, așa cum fusese planificat; dar apăreau și reacții neprevăzute. Terapeutul și coterapeutul aveau posibilitatea să intervină în desfășurarea evenimentelor, dacă sceneta lăncezea, căpăta o încărcătură emoțională prea mare sau lua o întorsătură neprevăzută. Un coterapeut intra și el întotdeauna în joc, în anumite momente, interpretând roluri prevăzute sau improvizate. Angajarea emoțională a participanților de pe scenă, dar și din sală, era uneori extraordinară. Se produceau catharzisuri, se trecea pe nesimțite de la „joc” de rol la „trăire” de rol. Soluțiile nu erau prevăzute în scenariul inițial, ele urmând să rezulte din ceea ce se petrecea efectiv. Dar nu se ajungea la nicio concluzie, interveneau terapeutul, coterapeutul sau alte persoane dintre participanți. Oricum, trebuia să se ajungă la un final. În timpul jocului scenic, terapeutul putea interveni – fapt acceptat prin consens de la început – pentru a schimba rolurile. De exemplu, o persoană care-și alesese rolul soțului înșelat era invitată să joace, la reluarea secvenței, rolul seducătorului, și invers. După ce sceneta jucată se încheia într-un fel, urma a doua fază, de discuții în grup ale tuturor celor ce participaseră efectiv. Se analiza: cine a propus tema, cui i-a venit ideea, cine a imaginat secvențele și cum s-au distribuit rolurile, de ce actorii și-au asumat sau au acceptat respectivul rol, de ce s-au produs în anumite momente la unii participanți angajări afective majore sau de ce au apărut blocări sau stagnări, cum s-a ajuns la soluția finală etc. După vreo două ore de discuții, lumea se despărțea încărcată de probleme. Până la următoarea psihodramă, ce avea loc peste câteva zile, se mai desfășurau alte discuții psihoterapeutice în grup, precum și discuții individuale. Pacienții se frământau singuri, în raport cu cele trăite, iar uneori discutau între ei. Apoi avea loc o nouă ședință psihodramatică cu cei care acceptau să vină... și apoi alta...

În sfârșit, participanții plecau acasă... departe de toposul magic al Castelului din Săvârșin.

Pe acest fond al unei importante tradiții de improvizație, din 1990 începe și o altă istorie, tehnică, și de rang internațional. Din perspectiva mea, aceasta a debutat chiar în 1990, când, participând la o reuniune psihiatrică la Torino, mi s-a adresat unul dintre participanți întrebându-mă dacă în România practicăm o psihodramă tradițională moreniană. Ceea ce – mi-a zis Giovanni Boria, căci despre el este vorba – ar fi cazul, de vreme ce Moreno, părintele psihodramei, s-a născut în România.

- Nu, nu chiar, am răspuns eu.

- Atunci, ce ar fi să vin eu la voi, pentru a înființa astfel de școală?, mi-a spus Giovanni, care era președintele Asociației Internaționale de Psihoterapie de grup și reputat psihodramatist morenian, șef de școală în Milano.

- Bine, am răspuns eu, tocmai o să avem la toamnă o întâlnire de psihoterapie cu psihiatrii și psihologi din întreaga țară la Spitalul din Gătaia.

- Am să vin, a zis Giovanni Boria. Și a venit.



Giovanni Boria a fost și este iubit de toți psihodramatiștii din România care l-au cunoscut. Când a avut un nepot, ne-a trimis tuturor această fotografie

A făcut la Gătaia o demonstrație, a convins psihiatrui din mai toată țara; s-a fixat un program. Și așa, timp de câțiva ani, generosul Boria a tot venit în România și a format generații întregi de psihodramatiști după metoda clasică a lui Moreno. După Gătaia, a deschis un centru la Sibiu, apoi și la București. Între timp, s-au înființat și alte școli de psihodramă, de alte orientări. În prezent, există în România două Federații de Psihodramă, una cu centrul organizatoric la Sibiu, coordonată de psihologul Vulcu, și alta cu sediul la Cluj, coordonată de dr. Horațiu Albini (fiul psihiatrului pe care l-am menționat ca făcând hipnoză, filozofie și teatru). Aceste federații țin anual o întrunire cu largă participare internațională. O menționez pe cea din 2010 de la Sibiu, când orașul era și capitala culturală europeană. La această întâlnire au participat și copiii lui Moreno și ultima sa soție, precum și psihodramatiști din șase țări. Pe terasă, stând cu marele nostru prieten din Washington Eliot Sorel, a apărut la un moment dat pe cer un curcubeu. Oricum, psihodrama a fost la înălțime.



Împreună cu Prof. Giovanni Boria, soția lui Moreno și Eliot Sorel, la Sibiu

De fapt, psihodrama, la fel ca și logoterapia, nu se adresează doar celor cu boli psihice. Faptul de a exersa roluri de viață e o tehnică benefică pentru mulți, crescând abilitatea de relaționare socială. Ba poate fi utilă și în unele profesii. Am văzut la un moment dat o școală de psihodramă ce făcea reclamă pentru avocați. Apoi, însăși faptul de a te forma ca psihodramatist poate să ajute, chiar dacă nu o practici ca terapeut al altora. De aceea, interesul pentru această tehnică poate fi mare. Un exemplu e Școala de vară de psihodramă ce se desfășoară la Păltiniș, de la care am montat pe site câteva date luna trecută, trimise de psihologul Vulcu. Constat că se înmulțesc la noi școlile de vară de psihoterapie. Am participat și la una de logoterapie organizată de dr. Cristian Furnică la Predeal. Și am mai auzit și de altele.

Voi scrie acum câteva rânduri despre o altă formă de terapie psihică, care nu mi-a fost familiară până după 1990: terapia sistemică familială. La noi în Timișoara promotorul ei a fost colegul meu mai tânăr, profesorul Tiberiu Mircea de la Clinica de Pedopsihiatrie. E și firesc ca cei ce se preocupă de problematica psihică a copilului să fie deschiși spre felul în care interacționează membrii familiei. Cu atât mai mult un psihiatru ca Tibi Mircea, care avea o largă experiență și în psihiatria de adulți. În cadrul vieții de zi cu zi din familie există nenumărate influențe reciproce între copii și părinți, iar legăturile strânse dintre membrii acestui microgrup sunt marcate de alianțe și strategii. Mai mult, modelele educative ale părinților, exercitându-se ani la rând, sunt asimilate și introjectate de tânărul în formare, care le reproduce apoi în propria-i familie asupra copiilor săi. E uimitor să constați că mama își crește copilul inconștient, în stilul în care a fost ea crescută de propria-i mamă. Privind astfel longitudinal și transgenerațional, ajung să înțeleagă că problemele și tulburările psihice nu se corelează doar cu semnificația unor evenimente recente. Iar uneori, simptomele ce apar în comportamentul unui copil sunt de fapt un „simptom al disfuncțiilor relaționale ale familiei”. Astfel încât deseori el nu dispăre dacă tratezi copilul izolat și nu colaborezi cu familia în ansamblu. În teza sa de doctorat, dr. Tiberiu Mircea a aplicat o scală de tendințe psihice anormale (SCL-90) în familii cu

doi copii, și acestora și părinților, iar uneori și bunicilor. Iar rezultatele arătau evident că aceleași tendințe se regăsesc, subliminal, la mare parte din membrii familiei, și nu doar la copilul „declarat oficial” bolnav; adică cel care era adus spre consultație și tratament.

Teoria sistemic familială e fascinantă. Iar imediat după 1990, cei din clinica noastră de adulți și copii au început o formare sub coordonarea unui celebru profesor din Belgrad, Gagici. Dar evenimentele dramatice din Iugoslavia au blocat acest program. A apărut apoi – tot prin medierea dr. Mircea și prin alte legături francofone – o echipă de formatori din Montpellier, oameni competenți și sistematici, pentru care s-a realizat câțiva ani și o sponsorizare. Astfel încât s-au obținut de către participanți nu doar competențe de practică, ci câțiva au devenit la rândul lor formatori și au educat câteva generații. Progresiv, au apărut și în Timișoara și în alte centre echipe de specialiști din diverse țări – Marea Britanie, Germania, Grecia, Italia –, care au organizat scoli. Și în acest caz, la fel ca în cazul logoterapiei sau psihodramei, formarea nu se adresa doar psihiatrilor, ci unui evantai larg de persoane ce se preocupă de familie; de exemplu, medici pediatri, asistenți sociali, psihologi. Terapia familială se practică și ca mijloc de restructurare psihologică pentru cei care au suferit abuzuri în copilărie sau pentru familiile care-și abuzează copiii. Ea are loc și în unele penitenciare sau ca măsuri de corecție educativă în comportamente deviante. Dar chiar și pentru psihiatru, o astfel de formare este extrem de importantă. Și nu doar în pedopsihiatrie. Când un psihiatru de adulți tratează o persoană anxioasă, fobică, depresivă, obsesivă sau chiar psihotică, el nu trebuie să uite că aceasta are de obicei un partener și copii, ce vor trăi alături de ea zi de zi. Și, de asemenea, că biografia ei a început într-o familie în care părinții au avut o anumită atitudine educativă față de ea. Privind astfel lucrurile, abordarea terapiei unui episod dat devine mai comprehensivă și mai nuanțată.

Legată de terapia familială este desigur și cea de cuplu. În sens strict, aceasta se poate referi la un cuplu marital sau la parteneri ce trăiesc împreună și a căror viață relațională se desfășoară distorsionat. Deseori, cei doi parteneri nu înțeleg nici ei de ce ajung mereu la conflicte și situații tensionate, de ce sunt nefericiți împreună, deși

nu pot unul fără altul. Abordarea psihologică psihoterapeutică poate clarifica multe din cauzele ce condiționează astfel de stări, pe care cei în cauză ajung astfel să le conștientizeze; iar apoi, se fac exerciții controlate de a-și schimba modul de a fi și de a reacționa. Faptul e valabil și pentru unele stări relaționale ce se desfășoară anormal între părinți și copii. Așa ar fi cazul mamei hiperprotectoare, al copilului pasiv agresiv care-și terorizează părinții sau al familiei în care unul din copii ajunge țapul ispășitor pentru orice problemă a părinților. Iar pentru a ne apropia de psihiatria propriu-zisă, se poate aminti faptul anormal în care unele familii reacționează la apariția unei stări psihotice, mai precis a schizofreniei la un tânăr.

Acest fapt a fost remarcat și studiat în anii '70-80 de către psihiatri englezi, impunându-se prin cercetările lui J. Leff și Vaugh privitoare la expresia emoțională (EE) crescută, a mamei de exemplu. Aceasta se manifestă prin hipercontrol însoțit de critică, dezaprobare și rejecție; ca și cum schizofrenul ar fi responsabil și vinovat de comportamentul său aberant, dezorganizat – apatic. Iar această EE crescută, cu cât se manifestă mai pronunțat, cu atât favorizează o recădere mai rapidă. De aceea, fenomenul se cere depistat; și dacă se produce, e oportună o intervenție familială. Terapeutul înregistrează și obiectivează manifestările în cauză ale părintelui, îl face pe acesta să și le remarce și să le controleze, stabilind o relaționare adecvată cu copilul marcat de schizofrenie. Acest tip de intervenție familială era mult discutat în perioada în care am scris capitolul despre influențe psiho-sociale în schizofrenie pentru Tratatul European redactat de Prof. Seva, așa încât l-am comentat în text. Pe Julian Leff l-am văzut prezentându-și studiile la diverse congrese internaționale. Dar am ajuns să discut cu el mai pe îndelete privitor la EE relativ recent, în 2010, în România, cu ocazia unei reuniuni de psihiatrie socială ce a avut loc la Câmpulung Moldovenesc.

În 2010 s-a ținut la Câmpulung Moldovenesc o importantă reuniune a Asociației Mondiale de Psihiatrie Socială, organizată de Prof. Eliot Sorel din Washington (de naștere din Fălticeni, unde a și fost făcut atunci cetățean de onoare). Organizatorul local a fost dr. Alexandru Paziuc, psihiatru cu excepționale rezultate în psihiatria socială. Au participat mari somități din multe locuri: din India, Japonia, Africa de Sud, SUA și, desigur, din Europa, precum prof. Ansering din Viena și Leff din Marea Britanie. Julian Leff, care între timp fusese și President of Royal College of Psychiatry, continua să se preocupe de psihiatria socială, deși doctrina EE în schizofrenie, după ce a fost replicată în studii din multe țări de pe diverse continente, nu mai era de așa mare actualitate ca în anii '80. Și aceasta tocmai pentru că se schimbase stilul vieții sociale, familia fiind mai deschisă spre comunicare, mai puțin repliată pe sine. J. Leff e un om agreabil și toți cei din România au fost convinși că s-a simțit la fel de bine ca toți ceilalți, inclusiv la banchetul final, la care s-au prăjit la proțap un vițel și mai mulți miei.



Prof. M. Lăzărescu împreună cu Prof. J. Leff

Povestea psihoterapiei și a terapiilor psihice e deci complexă și greu de circumscris univoc. Ea presupune însă democrație și respectul libertății personale. Aceasta e și opoziția prin care s-a impus psihanaliza la începutul secolului XX împotriva hipnozei. Cu tot apelul său la inconștient, psihanaliza respectă în principiu persoana, opțiunea sa pentru tratament, travaliul de autocunoaștere, mediat de relațiile cu terapeutul și interpretările ce se desfășoară în câmpul relației terapeutice. Psihanaliza s-a impus treptat în secolul XX nu doar ca o doctrină psihoterapeutică dominantă, ci, mai ales în SUA, ca mod și stil de viață. Fiecare om de condiție medie își avea avocatul și psihanalistul său. Acum, dacă ar fi să vorbim de practicarea psihanalizei în România, probabil ar fi câteva cuvinte de spus, pe marginea pionierilor ce s-au încumetat să o încerce. Pe lângă ceea ce se spunea despre dr. Dan Arthur, eu, la Timișoara, am cunoscut eforturile deosebite pe care le-a făcut inteligentul și cultul psiholog Andrei Dumitrescu.



La Gătaia, la începutul anilor '80, doi tineri psihologi interesați de psihanaliză: Andrei Dumitrescu (Timișoara) și Aurelia Ionescu (București) – care a făcut o carieră deosebită la Londra, unde practică și în prezent cu brio

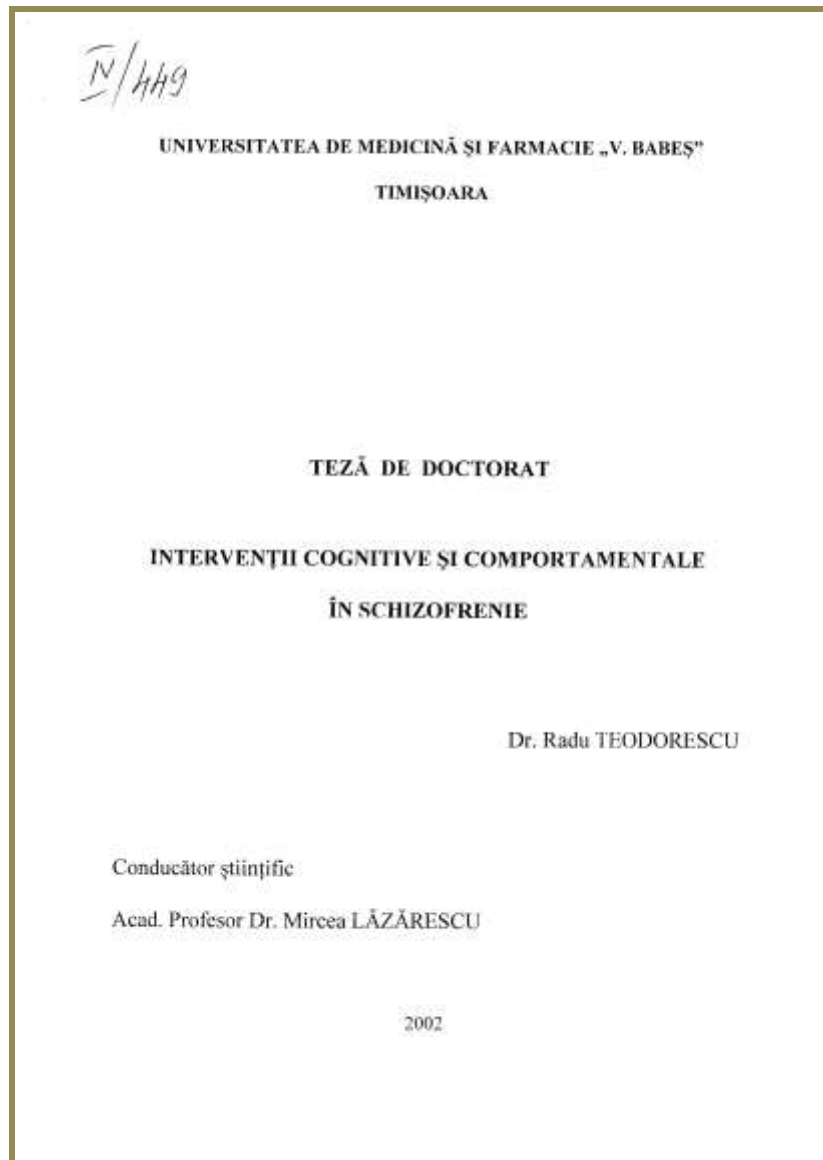
Apoi, în 1990, au existat desigur și în acest domeniu formări cu specialiști competenți din străinătate, mai ales din Olanda. Doamna dr. Ileana Botezat Antonescu din București a susținut, deja în anii '90, la Timișoara, o teză de doctorat în psihanaliza aplicată depresiei. Dar la noi psihanaliza nu a impregnat mediile culturale și sociale, nu s-a infiltrat în viața de zi cu zi.

Apoi, unul din principiile curei analitice este plata. Iar costul ei este ridicat. Problema nici nu s-a putut pune înainte de 1990. Iar după 1990, oamenii au fost agitați și preocupați cu alte chestiuni arzătoare. Iar acum, după 2000, pe plan internațional psihanaliza – deși se menține readaptându-se din mers – nu mai este în avangardă. Stilul contemporan de viață e diferit de cel din Viena din perioada „la Belle Epoque” în care și-a elaborat Freud psihanaliza. Astfel încât pare-se că România a ratat o întâlnire semnificativă cu această importantă Doamnă a secolului trecut.

Ne-a rămas deschis orizontul întâlnirii cu cognitivismul, care s-a lansat la sfârșitul secolului trecut, în cadrul neoraționalismului contemporan susținut de computere. Și astfel, desigur, doctrinele și școlile cognitiv comportamentale au apărut și s-au înmulțit și la noi. Dar și ele presupun răbdare și disciplină. Desigur, ea există la mulți oameni de pretutindeni, deci și de la noi. Tinerii, psihologii mai ales, urmează aceste formări în număr mare și își deschid cabinete. Mai nou, tratamentul se face și de la distanță, asistat pe calculator. Dacă tehnologia a progresat în toată medicina, de ce să nu fie ea prezentă și în terapiile psihice, apropiate de disciplina medicală a psihiatriei?

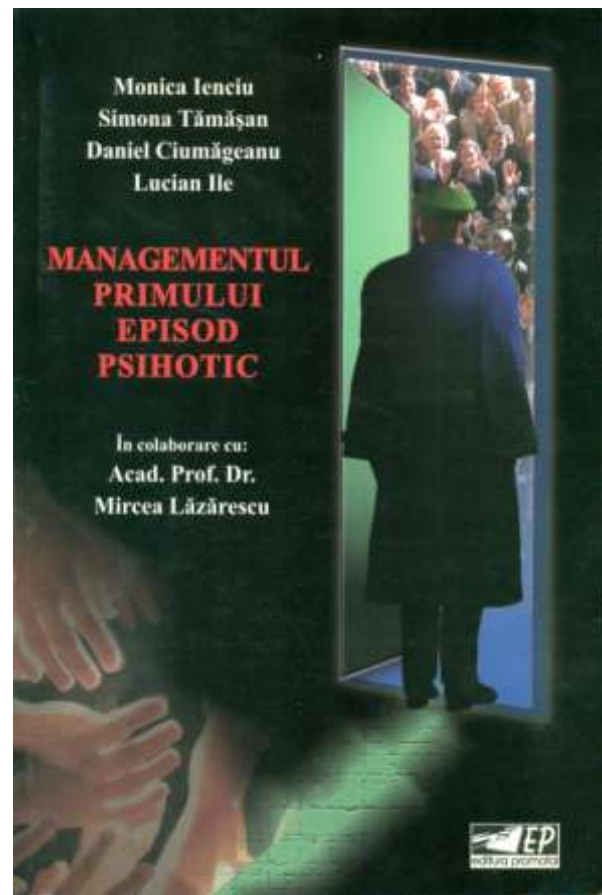
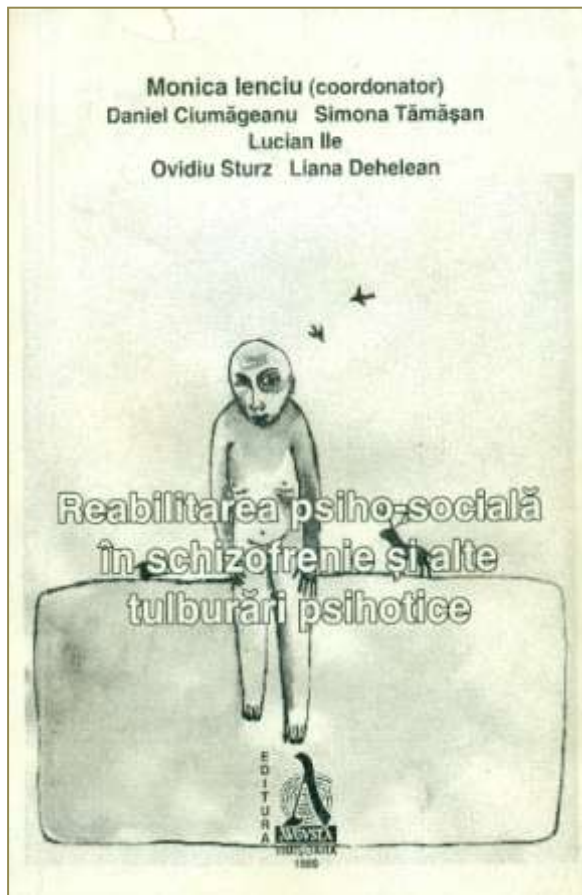
De fapt, ca să încheiem acest capitol, la fel ca în toate ariile de aplicare a terapiilor psihice, nu există limite clare pentru utilizarea lor. Psihoeducația despre care povesteam că s-a practicat la psihoticii schizofreni din clinică în anii '80-90 are în ea multe din spiritul cognitivist comportamental.

Privitor la terapia cognitivă în schizofrenie a susținut la Timișoara o excelentă teză de doctorat psihiatrul Radu Teodorescu.



Dar tehnicile de reabilitare psihosocială nu sunt psihoterapii propriu-zise. Totuși, ele sunt acțiuni psihice utile în schizofrenie.

Și ele presupun o metodă și o intervenție pertinentă. O tulburare psihică serioasă, așa cum e schizofrenia, și-a ameliorat mult evoluția nu doar prin medicația psihotropă. Ci și prin atitudinea democratică față de pacienți, care înlătură stigma. Și, la fel, prin depistarea precoce și prin intervenții psihosociale diverse. E o experiență pe care Clinica Psihiatrică a Universității de Medicină din Timișoara a parcurs-o cu interes.



Aruncând această privire „din avion” asupra terapiilor psihice, mă gândesc că profesia cu care mi-am identificat viața se leagă prin mii de fire de caracteristicile socio-istorice ale vremii pe care o trăiești. Chirurgia, oftalmologia, specialitatea ORL etc. progresează prin acumularea de cunoștințe asupra bolilor și printr-o tehnologie tot mai avansată de intervenție. Dermatologia și oncologia, bolile infecțioase sunt beneficiare ale unor tratamente medicamentoase mereu mai eficiente. Noi, psihiatrii, avem de asemenea parte de medicamente mai bune și de unele mijloace de investigare mai rafinate. Dar pentru psihiatrie contează mult și ceea ce se întâmplă cu societatea în mijlocul căreia trăim, cu stilul de viață, cu concepțiile despre om.

4. Cercetarea științifică și întâlniri profesionale



Faptul că psihiatria e până la un punct similară cu toate ramurile medicinei o dovedește cercetarea științifică ce se face și în acest domeniu după toate „regulile artei”. Adică, există pe de o parte studii cazuistice riguroase, alături de elaborări doctrinare și aportul pe care îl aduc zonele conexe de studiu, cum ar fi în acest caz „științele creierului”.

Desigur, științele creierului sunt un domeniu vast, care se întinde de la cercetarea neurofiziologică și imagistica cerebrală la modelarea cu ajutorul inteligențelor artificiale, neurolingvistica sau cercetarea neurotransmițătorilor.

Dar toate științele medicale beneficiază de astfel de cercetări colaterale. Studiul cazuistic are și el în prezent o rigoare înaltă în psihiatrie, de când definițiile operaționale, interviurile structurate și metodele cantitative de evaluare s-au dezvoltat riguros în acest domeniu. Astfel au putut fi verificate efectele pozitive, dar și efectele secundare ale medicației psihotrope, ce poate stabiliza oscilațiile maniaco-depresive și face să se retragă delirul halucinator. În Clinica Psihiatrică din Timișoara, de peste 15 ani se efectuează repetate studii clinice internaționale privitoare la medicamente. Rezultatele acestora sunt integrate apoi și comunicate în reviste și la congrese, stând la baza ameliorării terapiilor psihice.

În primăvara anului 2013, am participat succesiv la trei manifestări științifice: Conferința de Psihiatrie Comunitară organizată de Centrul de Sănătate Mentală Timișoara; Congresul Asociației Europene de Psihiatrie (AEP) ce s-a ținut la Nice, în Provence; Congresul Asociației Mondiale de Psihiatrie (WPA) ce s-a ținut la

București. La toate trei au fost comunicări variate și interesante, reflectând stadiul în care se află medicina psihiatrică.

La conferința de la Timișoara accentul a fost pus pe problematica celor care trăiesc în comunitate și suferă de tulburări psihice. Despre programele de reabilitare psihosocială, pe care le-am desfășurat în urmă cu 30-40 ani, am scris în primul capitol. O parte din ele au persistat sau au fost reluate, altele nu. Dar, între timp, s-a realizat o rafinare a evaluărilor și în ceea ce privește viața socială – și nu doar parametrii clinici ai pacienților noștri. Astfel se poate evalua „rețeaua de suport social”, făcând inventarul persoanelor pe care subiectul le resimte ca apropiate de el și care îl pot sprijini, afectiv și practic, zilnic sau în perioadă de criză. S-a constatat că, cu cât această rețea e mai mare, cu atât evoluția schizofrenilor e mai favorabilă; și invers. Deci, evoluția unei astfel de boli psihice nu ține doar de markeri genetici și disfuncția neurotransmițătorilor din creier, ci și de suportul uman de care pacientul beneficiază. Precum și de stresul psihologic la care e supus – fapt comentat în



legătură cu situația „expresiei emoționale” (EE) crescute, studiată de Leff. Astfel, modelând ambianța umană din jurul unui pacient ce a trecut prin psihoză, se poate interveni benefic în destinul său. Așa că, în prezent, psihiatrii evaluează cantitativ, științific, nu doar prezența sau absența simptomelor, ci și „calitatea vieții” pacientului. La întâlnirea de psihiatrie comunitară pe care am menționat-o a participat și Prof. H. Katsching din Viena, care a fost specialistul numărul unu în plan mondial în studierea obiectivă a acestui parametru la

suferinzii psihici. Și care, ulterior, a fost timp de doi ani consultantul Uniunii

Europeene pentru reforma psihiatriei în România. Clinica Psihiatrică din Timișoara s-a inserat de la început în acest curent de cercetare riguroasă a ansamblului vieții pacienților, incluzând și „calitatea vieții”.



Prof. H. Katsching, între dr. Mugur Ciumăgeanu și Prof. Mircea Lăzărescu

Tendința spre obiectivarea cantitativă a cât mai multor parametri ai existenței persoanei afectate psihic e o tendință care, așa cum am menționat, s-a dezvoltat mai ales în ultimele trei decenii. Înainte, cercetarea se baza de asemenea pe studiul cazuistic. Dar diverși cercetători înregistrau cazurile în funcție de experiența și concepția lor proprie. Primele decenii ale vieții mele de psihiatru s-au desfășurat în această ambianță a cercetărilor cazuistice intuitive.

Nu se poate nega aportul important pe care observația tradițională l-a adus la constituirea fondului de cunoștințe ale psihopatologiei. Și nici importanța doctrinelor care s-au elaborat în acea perioadă. Și deoarece am elaborat textul de față invocând amintiri, voi continua în aceeași manieră, refăcând astfel parcursul drumului meu în această specialitate, jalonat de metamorfozele ei din ultimii 50 de ani.

Prima mea comunicare în psihiatrie am făcut-o în bucătăria Profesorului Pamfil, într-o duminică, la Clinica din Cluj. Totdeauna îmi reamintesc și povestesc cu plăcere acest episod. Profesorul locuia în clinică, deasupra unei secții de acuți, iar marți după-amiaza primea pe oricine în cabinetul său din pavilionul de la intrare, plin de cărți de tot felul pe care le împrumuta oricui fără reticențe. Împreună cu Tavi Hanganu, colegul meu de an care și el se arăta pasionat de psihiatrie, mergeam acolo săptămânal – în acea toamnă a anului 1958 – și povesteam cu Prof. Pamfil despre de toate. Adică noi întrebam, și Profesorul producea excelențele și subtilele sale asociații de idei. Până când ne-a provocat: fiecare dintre noi doi trebuia să scrie un mic eseu



Dr. Tavi Hanganu

despre ceva; și să venim să i-l citim acasă. Adică, trecând prin curtea clinicii, în pavilionul unde stătea. Eu am scris câteva rânduri despre zâmbet și râs. Tavi Hanganu a scris despre bătrânețe. Profesorul ne-a ascultat atent – duminică înainte de masă în bucătărie – și ne-a făcut observații, desigur pertinente, pe care însă le-am uitat. Căci nu peste multe zile avea să fie celebrul eveniment din 29 ianuarie 1959 de la Cluj, arestarea sa... și așa mai departe.

Peste destul de mulți ani – mai precis 40 – mi-am amintit episodul și l-am comentat în cartea mea de amintiri psihiatrice *Culorile nostalgiei*. Pentru cine ar fi eventual interesat de acea dezvoltare pe care am făcut-o în urmă cu 13 ani, fac o selecție din acel text:

Ideea pe care am susținut-o în bucătăria lui Pamfil în toamna anului 1958 era următoarea: zâmbetul exprimă, în esența sa, deschiderea omului spre apropierea și comunicarea cu semenii, pe când râsul are în esență o semnificație agresivă, de ținere la distanță a celuilalt, prin depreciere și inferiorizare. Citisem până atunci și am citit și ulterior destule texte privitoare la râs, dar mai nici unul despre zâmbet. Și acum, comentariul.

Râsul este un fenomen specific uman (având în biologie ca echivalent doar rânjetul), prin care altuia i se sancționează defectele și inferioritățile, fiind plasat „acolo”, la distanță, la locul lui în raport cu noi, cei ce ne permitem să râdem de el, să-l batjocorim, să-l umilim. Atunci când un grup de oameni râde de cineva, ei se coalizează pentru a-l evalua negativ, făcându-l să-și simtă nevrednicia, incapacitățile, prostia, nepriceperea, gafele, toate sancționate tocmai prin atitudinea critică, satirizantă a râsului. Cel de care se râde, cel ajuns de râsul „altora” („cutare s-a făcut de râs”, „a ajuns de râsul lumii”) acela se simte rușinat, nemulțumit de sine, caută să se retragă din față celorlalți, să nu mai dea o vreme ochii cu ei.

Voia bună și râsul ce exprimă buna dispoziție se manifestă în mod obișnuit cu ocazia dezinhibiției oamenilor în perioada petrecerilor sărbătorești. În aceste împrejurări, ei se rup de grijile obișnuite ale vieții, se destind, se așează pe mâncare și băutură, se simt bine, sunt joviali, găsesc variate prilejuri de a se distra și râde, de orice, glumind și luând totul în ușor.

În spațiul deschis al vieții publice râsul este chiar instituționalizat prin spectacolele de comedie și de circ, stimulat cu ocazia carnavalurilor, cultivat prin promovarea glumelor și a „bancurilor”, prin profesia de bufon, prin „operele-bufe”. Dar dacă ne gândim bine, glumele și „poantele”, ridiculizarea în comunitate prin modalitatea umorului, sunt oare toate acestea îndemne de orice agresivitate? Pe vremuri, la noi se organizau spectacole intitulate de „satiră și umor”. Cineva parafraza: „Satârul și omorul!”

Râsul din agora este popular și contaminant, făcându-i pe toți cei prezenți să se simtă împreună; dar la un nivel superficial. Uneori, câte o sală întreagă poate râde la unison asistând la giumbușlucurile câte unui bufon, înfrățire circumstanțială, ce se poate evapora cât ai bate din palme.

Dar zâmbetul? Mai are oare ceva de-a face zâmbetul cu această lume zgomotoasă și dezlănțuită? Zâmbetul este și el un fapt funciarmente uman ce semnifică deschiderea spre întâlnirea cu celălalt, în liniștea și pacea profundă a unei ființări duale. Zâmbetul apare înaintea râsului, iluminând fața copilului din leagăn și declanșându-l pe cel al mamei, care la rândul său îl întărește pe cel al pruncului până ce treptat cei doi se leagă prin mii de fire și intră în rezonanță. Când cineva zâmbește, spontan sau deliberat, el exprimă faptul că e deschis și receptiv, că e de acord ca celălalt să se apropie de el, că-l acceptă, îl primește, îl cheamă în apropiere și intimitate. Zâmbind parcă spunem: da, vino, vino cât mai aproape, simt că putem fi alături unul de altul, cine știe poate chiar prieteni sau iubiți. Chiar și zâmbetul de conveniență, masca zâmbetului spune același lucru: te accept și te aștept, poți să te apropii de mine și să mi te adresezi cu încredere.

Primul Congres Internațional – de fapt Mondial – de psihiatrie la care am participat a fost în 1983, la Viena.



De la stânga la dreapta: Prof. Rodica Macrea, Prof. Mircea Lăzărescu, Prof. Vasile Predescu, Dr. Brigitte Straub, Dr. Constantin Oancea

Și acest moment biografic se leagă de nenumărate peripeții pe care le-am povestit în cartea *Culorile Nostalgiei* (ce se află pe site-ul meu: demo.imageright.ro/lazarescu, scris pe banda de sus, preferabil Mozilla sau Google Chrome). Pentru această carte electronică, din acest eveniment nu interesează decât momentul în care se afla atunci știința psihiatrică. Și era un moment important, esențial pentru specialitatea noastră, care pe atunci încă avea un loc precar în Marea Medicină. Tocmai apăruse în urmă cu trei ani, în SUA, sistemul de diagnostic DSM-III, care utiliza „definiții operaționale”, propunând cinci axe de diagnostic și o serioasă atenție acordată cuantificării. Psihiatria acelei vremi era cam înclinată spre psihanaliză, literatură, filozofare și existențialism, așa că aceste rigori americane ni s-au părut prozaice și de prost gust, nouă, europenilor. Totuși, l-am ascultat cu atenție pe Spitzer, lider al sistemului DSM-III, expunându-și principiile într-o sală cam învechită a Universității din Viena, în holul căreia trona bustul lui Eminescu.

Personal l-am cunoscut atunci pe fenomenologul Tattosian și am făcut o vizită într-un spital de psihiatrie de lângă Viena, în care schizofrenii pictau (la fel ca la noi, la Jebel și Gătaia), dar își și vindeau picturile. Am reîntâlnit colegi, am avut un poster privitor la aplicarea logicii deontice în psihiatrie, și m-am întors acasă cam nedumerit. Prea puțini din Europa percepeau ce-i cu mișcarea antipsihiatrică, foarte apropiată pe atunci de mișcarea hippy și cu definițiile operaționale din DSM-III.

Ne-am lămurit în anii ce au venit. Până la următorul Congres Mondial de Psihiatrie ce s-a ținut în 1989 la Atena, sistemul DSM-III a cucerit lumea psihiatrică. Toți îl aplicau peste tot, împreună cu interviuri structurate și scale de evaluare.

Până la această întâlnire de la Atena, câștigasem experiența Congreselor Danubiene, așa că nu mai eram așa de stingher la manifestările internaționale. Iar psihiatria câștigase prestigiul unei științe medicale destul de riguroase. La Timișoara, Clinica Psihiatrică a pornit o cercetare prospectivă privitoare la psihoze, respectând criteriile de identificare și evaluare internațională. Adică: am intrat în corespondență cu Prof. Wing din Londra, care organizase la Spitalul Maudsley cel mai mare și riguros registru de cazuri din plan mondial. Cu mare amabilitate, mi-a trimis toate datele necesare elaborării și exploatării unui Registru de cazuri, inclusiv informații despre cele 7 Registre de cazuri psihiatrice din Marea Britanie. Astfel încât am organizat și noi un Registru de cazuri de psihoze, care în prezent este cel mai amplu din Europa. La elaborarea sa am utilizat definițiile operaționale și interviul semi-structurat PSE-9, elaborat de Wing, Cooper și Sartorius și utilizat în cercetarea internațională OMS privitoare la schizofrenie. Și astfel, am reușit, de atunci (1985) și până în prezent, să deținem informații riguroase privitoare la evoluția psihozelor endogene, date pe care în prezent le prelucrăm. Asupra acestei teme voi reveni în final.

Întorcându-mă la perioada anilor '80, de pe atunci era clar că lumea se schimbă. Inclusiv lumea psihiatrică.

Un lucru esențial ce se petrece la congresele științifice constă în întâlnirea dintre oameni și în discuțiile informale de care ai parte.

La Atena am făcut cunoștință cu prof. J. Mezzich din Pittsburg, care urma să devină secretar general al Asociației Mondiale de Psihiatrie (WPA) și apoi, președintele acesteia.



Prof. Juan Mezzich împreună cu Prof. M. Lăzărescu la Atena, în 1989

Prof. Mezzich a fost promotorul introducerii diagnosticului pe axe în sistemul american DSM-III; și apoi, a promovat diagnosticul „centrat pe persoană”. În acea perioadă, el conducea secția de Nomenclatură și Diagnostic a WPA. Astfel încât, în urma discuțiilor avute, Clinica Psihiatrică din Timișoara a fost inclusă printre centrele de cercetare în teren (Field Trial) a noii clasificări mondiale a tulburărilor psihice, ICD-10, pe care organizația Mondială de Psihiatrie – WHO – a publicat-o apoi în 1992, inclusiv cu contribuția noastră.

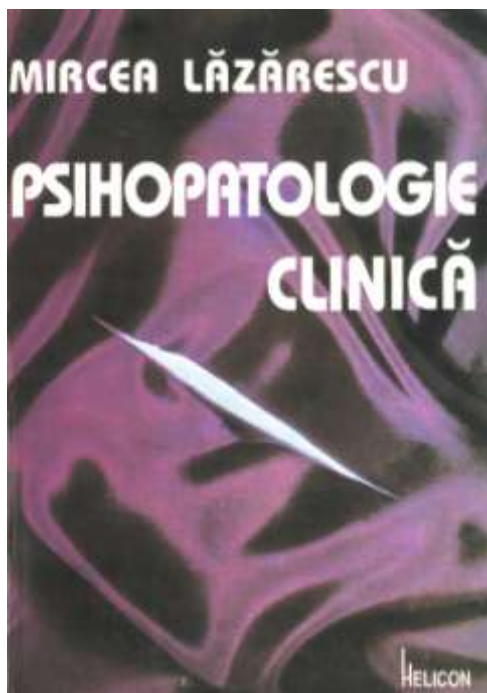
De această istorie ne-am amintit în 2009, când a venit la Timișoara pentru o suită de conferințe și a fost făcut Doctor Honoris Causa al Universității noastre.



Tot atunci, în 1989, la Atena, am discutat mult cu Prof. Peter Berner, șeful Clinicii de Psihiatrie din Viena. Tramvaiul ne lăsa destul de departe de sala de congrese și, mergând pe jos, alături, dialogul s-a încropit. Mai ales că la Timișoara îi citisem cărțile. Viena a fost un important centru al psihiatriei, atât al celei organice, cât și al psihopatologiei.

Aici s-au afirmat Freud și Adler, mai târziu Frankl. Prof. Berner mi-a făcut cunoștință acolo cu alt vienez, Prof. Eberhard Gabriel, care era pe atunci secretarul Secției de Psihopatologie a Asociației Mondiale – WPA. L-am întrebat de ce nu găsesc niciunde o carte sintetică de psihopatologie clinică, scrisă în ultimele decenii: „În zilele noastre nu mai e posibil să se scrie așa ceva”, mi-a replicat el. În după-amiaza acelei zile m-am urcat pe un deal ce se înalță ca o căpățână în mijlocul Atenei; și acolo, la un pahar de uzo, am schițat proiectul unei cărți pe această temă.

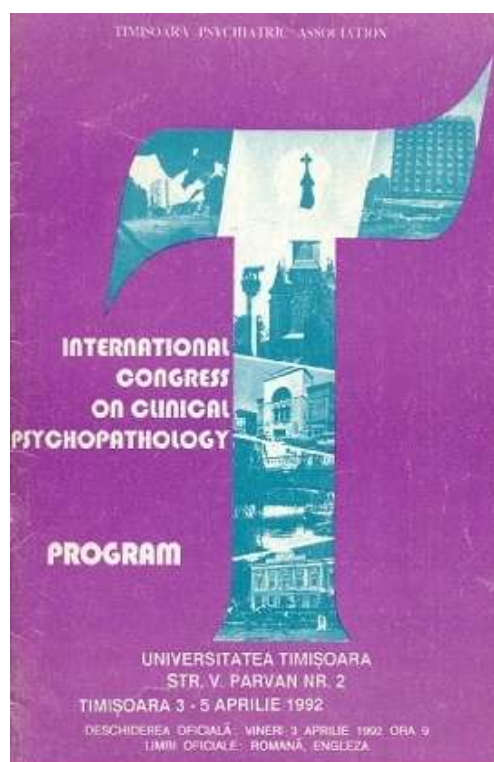
Suntem în 1989. M-am întors acasă înviorat de întâlnirile și discuțiile avute. Noaptea, din avion, Bucureștiul era de o întunecime totală, în contrast izbitor cu Atena, ce strălucea extraordinar din înalturi. A venit apoi Revoluția. În martie '90 am fost ales președinte al nou-înființatei Asociații Române de Psihiatrie și am intrat în vâltoarea unor nenumărate probleme practice ale psihiatriei în plan național și



internațional. Totuși, până în 1992 am scris o carte de Psihopatologie Clinică, în ciuda prognozei Prof. Gabriel.

Și, ca să-i reamintesc de discuția noastră, în același an am organizat la Timișoara un

Congres european de psihopatologie.



Prof. E. Gabriel m-a ajutat în organizare, iar la Timișoara a ajuns toată floarea psihopatologiei europene. De fapt, mondiale.

Ne-am descurcat cu acest congres așa cum am putut, cu infinite peripeții, pe care le-am evocat în cartea de amintiri menționată. Peste doi ani, în 1994, am organizat un al doilea Congres Internațional de Psihopatologie la Timișoara. Pe mulți dintre cei care au fost atunci la aceste congrese îi mai întâlnesc și azi. Alții s-au retras sau au murit. Într-un fel, cu toții ne-am mirat un pic de larga participare internațională. Azi, după 20 de ani, îmi dau seama că ea rezultă și din faptul că pe această temă nu se prea organizează întâlniri științifice. Oricum, de atunci și până acum, nu a mai fost niciunde niciun congres internațional de psihopatologie. Totuși, un grup restrâns de psihopatologi din Europa ne reunim în fiecare an, în decembrie, la Paris, în cadrul Secției de Psihopatologie a AEP, pe care a condus-o multă vreme Prof. M. Musalek din Viena (în primul rând, cu mustață).



La aceste întâlniri se realizează sinteze teoretice, comentarea noilor apariții, pregătirea manifestărilor de psihopatologie din cadrul Congreselor AEP.

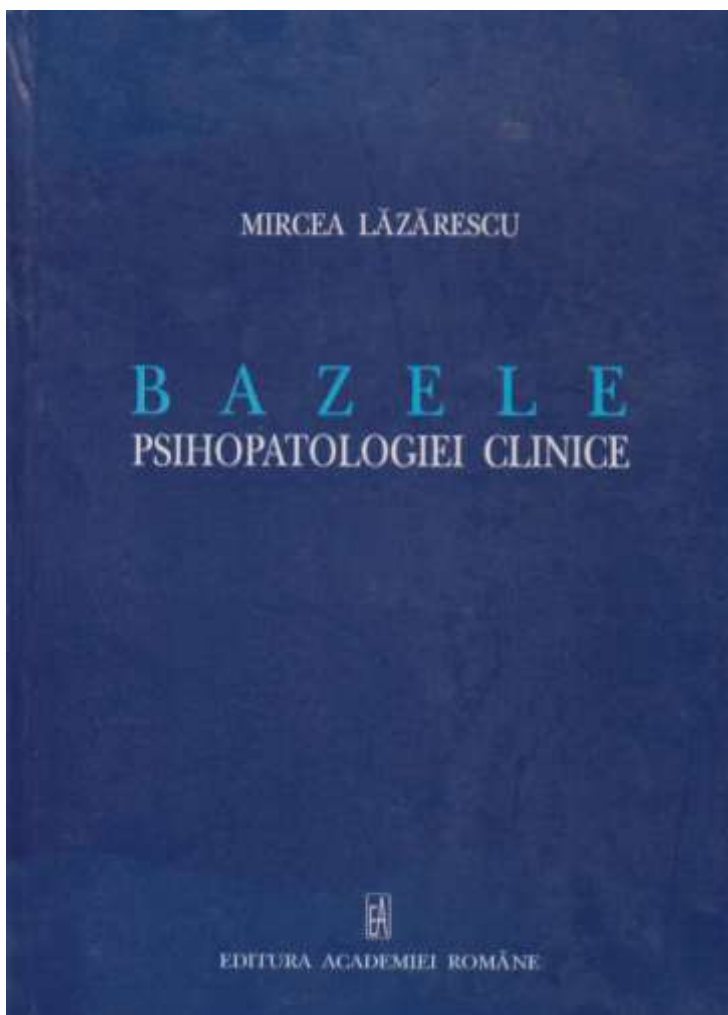
*

* *

Psihopatologia rămâne axa sau pânza de fond a psihiatriei, atât ca disciplină medicală – într-un fel echivalenta fiziologiei –, cât și ca știință antropologică, invocând o sinteză a cunoștințelor și doctrinelor psihologice. Psihologia s-a născut ca știință experimentală de laborator în secolul al XIX-lea. Psihiatria are o cazuistică specifică în cadrul medicinei, de peste 150 ani; prin manie și melancolie, de exemplu. De fapt, și psihologia înțeleasă într-un sens larg, filozofic, antropologic, s-a născut tot cam pe atunci. Prima carte de psihologie a scris-o Aristotel (ea se intitula *Peri Psyché*, tradus în latină prin *De Anima*). E de înțeles deci faptul că psihiatria balansează între medicină și antropologie. Ea nu are nevoie doar de cunoștințe despre corpul și creierul omului, ci și despre sufletul, despre mintea sa. De altfel, psihologia însăși nu

se bazează doar pe fapte, ci și pe doctrine. Doar în ultimii 30 ani, de când a apărut DSM-III, s-au dezvoltat doctrinele cognitiviste, sistemice, developmentale, neofenomenologice, evoluționiste.

Psihiatria nu poate să ființeze dacă nu privește omul ca pe un întreg. De aceea, la Clinica Psihiatrică din Timișoara, psihopatologia a rămas la mare cinste (cum o dovedește și cartea publicată în 2010 la Editura Academiei Române).



Acest lucru l-a înțeles profesorul meu, Eduard Pamfil. În anii '60 când am ajuns asistent la Clinica din Timișoara, aici funcționa un cerc de discuții interdisciplinare, patronat de el. Începutul acestei cărți electronice tocmai l-a amintit, odată cu evocarea profesorului Pamfil. Oamenii, inclusiv oamenii de știință, iar în mod special psihiatrii, au nevoie de dialog. De dialogul științific; dar și de cel antropologic, cultural, filozofic. Elevii Prof. Pamfil au învățat acest lucru. Personal am avut multe de aflat din discuțiile avute cu Constantin Noica între 1977-1987.



*

* *

Manifestările științifice pe care le-am organizat la începutul anilor '90 au fost dificile, pentru că nu aveam sprijinul industriei de medicamente. Treptat, aceasta s-a implicat pe plan mondial în organizarea acestor manifestări. Cu sprijinul firmelor de medicamente, numărul participanților la congrese a crescut exponențial. Iar acestea s-au înmulțit ca ciupercile. Știința a început să se combine cu turismul. Desigur, faptul că tot mai multă lume participă la diverse manifestări este unul benefic. Mai ales tinerii au o șansă care nici nu se putea imagina în urmă cu 25 de ani.

La Nice, a avut loc Congresul aniversar al Asociației Psihiatrice Europene – AEP, care a împlinit 30 de ani. Particip la aceste reuniuni de peste 20 de ani și am văzut multe generații de specialiști perindându-se. Europa rămâne un centru mondial important al psihiatriei în parteneriat cu America de Nord. Aici am întâlnit multe cunoștințe, am sărbătorit 100 de ani de la apariția Psihopatologiei Generale a lui Jaspers, iar la masa festivă ne-am înfruptat dintr-un imens tort aniversar. Și cum turismul face în prezent casă bună cu știința, prilejul a fost bun pentru a revedea locurile prin care s-au perindat mulți dintre marii pictori ai secolului XX, ale căror lucrări pot fi admirate la locul lor: Picasso, Matisse și mulți alții.

În sfârșit, la București a intrat în scenă Asociația Mondială de Psihiatrie – WPA. Toată floarea psihiatriei mondiale a fost aici, la mărețul Palat al Parlamentului.

**WPA
REGIONAL
CONGRESS
2013 BUCHAREST**

**Primary Care, Mental Health & Public Health Integration:
The Catalytic Role of Information & Communication Technology**

Bucharest, Romania
10-13 April, 2013
The Palace of the Parliament
www.wpa2013bucharest.org

Prof. Pedro Ruiz,
Congress President

Prof. Dinosh Bivugra,
Co-chair Scientific Committee

Prof. Elliot Sorel,
Co-chair Scientific Committee

Prof. Tarek Okasha,
Co-chair Organizing Committee

Prof. Dan Predescu,
Co-chair Organizing Committee

**WPA
REGIONAL
CONGRESS
2013**

Partners:

Inima acestei întâlniri, cel care i-a mobilizat pe toți a fost Eliot Sorel din Washington. El e originar din România și de-a lungul anilor a făcut nenumărate lucruri bune pentru prestigiul internațional al psihiatriei românești. Împreună cu actualul președinte al WPA, a participat și la ultimul nostru Congres Național, ținut tot aici. Atunci s-a decis actuala manifestare. Psihiatrul de bază din România care a susținut organizarea sa a fost Prof. Dan Prelipceanu. O asemenea reuniune de forțe psihiatrice mondiale nu a mai văzut Bucureștiul până în prezent. Și nu cred că o să mai vadă.



Prof. Eliot Sorel, Prof. Pedro Ruiz, Prof. Dan Prelipceanu

*

* *

La București l-am întâlnit pe Prof. Hans Jürgen-Möller, șeful Clinicii din München, la Catedra lui Kraepelin. A prezentat, din nou, sinteza cercetării clinice din München, privitor la evoluția pe termen lung – 15 ani – a psihozelor endogene: schizofrenie, tulburarea maniaco-depresivă și tulburarea schizoafectivă. Și nu a omis să precizeze auditoriului că în Europa există un singur centru în care evoluția psihozelor endogene e studiată sistematic un timp mai îndelungat, și acesta este la



Timișoara. Prof. Hans Jürgen-Möller cunoaște bine cercetarea noastră asupra psihozelor, vizitând în repetate rânduri Clinica din Timișoara, inclusiv în 2009, când a fost făcut Doctor Honoris Causa al Universității noastre.



În toamna anului trecut, împreună cu soția sa, a participat la Congresul Danubian ce s-a ținut la Timișoara. Fiind amândoi muzicieni, seara, după prima zi de lucrări, cei doi soți au susținut un concert de orgă la Domul romano-catolic din Piața Unirii.



Cercetarea noastră asupra evoluției psihozelor începe prin Registrul de Cazuri instituit în 1985. De-a lungul anilor, am sintetizat din acest material diverse aspecte, la întâlniri științifice naționale și internaționale. Iar în prezent ne preocupăm de prelucrarea sistematică finală a informațiilor. O bună parte din această cazuistică a fost urmărită în direct mai mult de 20 de ani. Psihozele endogene reprezintă nucleul psihiatriei, ceea ce pe vremuri se numea *nebunie*. Pe lângă tulburarea maniaco-depresivă, în această categorie intră schizofrenia și tulburarea delirantă halucinatorie. E vorba de pacienți care sunt convinși că sunt urmăriți și supravegheați de la distanță cu aparate speciale, cărora li se citesc gândurile și li se dirijează acțiunile, care simt că corpul lor se transformă sau își pierde consistența, gândirea se fragmentează și vorbirea devine incoerentă.

Schizofrenia, care debutează la vârste tinere, era considerată un fel de cancer psihic, cu evoluție infaustă. Anii pe care i-am petrecut eu în mijlocul psihiatriei au făcut ca această optică să se schimbe. Cine are un „prim episod de psihoză” poate fi tratat eficient cu neuroleptice, susținut psihosocial, continuându-și viața. Adică studiile, profesia, viața familială. De multe ori el trebuie să folosească timp îndelungat medicația de întreținere, la fel ca diabeticii sau hipertensivii. Dar boala poate fi controlată. Iar primul episod de psihoză poate fi depistat precoce, în faza prodromală. Câțiva din membrii Clinicii Psihiatrice din Timișoara au fost prezenți, cu peste 10 ani în urmă, la reuniunea de constituire a Asociației internaționale de studiu a „psihozelor timpurii” – „early psychosis”, fiind deci membri fondatori ai acesteia. Iar de atunci, nenumărate studii și teze de doctorat s-au efectuat la noi, privitor la terapia, managementul și evoluția unor astfel de episoade. Evoluție ce poate fi variabilă, în diverse direcții ale celor trei arii psihotice tradiționale: bipolaritate, delir și schizofrenie. În această direcție a specificității psihozelor endogene, există însă multe necunoscute. Pe lângă cazurile cu evoluție tipică, clasică, sunt multe cu evoluție atipică. După 5-7 ani de manifestări schizofrene, pot apărea episoade schizoafective și chiar afective. Tulburarea bipolară poate debuta cu un bufeu psihotic delirant. Tulburarea monopolar depresivă se poate combina uneori cu un delir paranoid. Această perspectivă longitudinală merită cunoscută mai bine, pentru a se putea

selecționa loturi omogene în vederea căutării unei medicații cât mai specifice. Căci în prezent neurolepticele existente sunt eficiente de obicei în sens global pentru toate ariile psihozei. Dar, pentru a urmări timp îndelungat evoluția psihozelor, este nevoie de timp.

Or lumea contemporană nu prea mai are timp. Un studiu evolutiv pe trei ani este considerat deja unul prea lung. Iar 5 sau 10 ani apar ca perioade foarte lungi. De aceea, studiul din München eşalonat pe 15 ani este important și merită citat. De aceea, studiul nostru care se extinde peste 20 de ani beneficiază de o colaborare deschisă cu clinica din München și cu alte centre, pentru a finaliza cu spor cercetarea noastră asupra psihozelor endogene, pentru care am avut răbdare peste 25 de ani.

Odată cu trecerea timpului, lumea se schimbă. Inclusiv terapiile și posibilitatea unei mai bune îngrijiri medicale a omului. Așa e și cu psihiatria. În zilele noastre se poate spune că ea este o ramură eficientă a medicinei. Dar psihiatria își are un alt stil de raportare la pacient decât cel practicat în alte specialități. De exemplu în raport cu chirurgia. Când abordezi un pacient psihiatric, te interesează din prima clipă întreaga sa biografie. Dar și felul în care s-au manifestat părinții și bunicii, temperamentul și profesiunea tuturor din familie. Apoi, cu pacientul trebuie să stai de vorbă timp îndelungat, ore și zile la rând. Deseori el se atașează de terapeut, iar viața lor se împletește. În multe cazuri, un bun management de caz presupune o menținere a legăturii de-a lungul întregii vieți. Trec anii, zece, douăzeci de ani, pacientul tău are copii și nepoți... și tot vă mai întâlniți. Nu că ar fi continuu bolnav. Dar sufletul omenesc are nevoie și de altfel de grijă decât cea pe care o pot oferi spitalele.

În psihiatrie trebuie să știi să te apropii sufletește de om și să ai răbdare. Deceniile trec, iar viața psihiatrilor se îmbogățește cu viața pacienților săi.

Sala de operație a psihiatrului e agora socio-spirituală a lumii în care el trăiește.



Aici se încheie scurta mea expunere privitoare la o viață implicată timp de jumătate de secol în metamorfozele unei specialități medicale aparte: psihiatria. Am conceput această carte electronică sub forma unei mărturii a unui profesor al Universității de Medicină din Timișoara, martor al acestor schimbări ce au avut loc la cumpăna dintre două secole, dintre două milenii. Și cu convingerea că Disciplina de Psihiatrie a acestei Universități a fost

tot timpul în centrul mișcării internaționale a acestei specialități.

Astfel încât nu-mi rămâne decât să mulțumesc celor ce au avut răbdarea să parcurgă aceste rânduri.

P.S. Mulțumesc doamnei Jeni Blajovan pentru sprijinul acordat în tehnoredactare.