

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
TIMIȘOARA**

ILEANA BOTEZAT - ANTONESCU

REZUMATUL TEZEI

**"STUDIU ASUPRA TULBURĂRILOR ANXIOASE
DIN PERSPECTIVA CICLURILOR VIEȚII
ȘI A PSIHOTERAPIEI DE INSPIRAȚIE PSIHANALITICĂ"**

**CONDUCĂTOR ȘTIINȚIFIC
Prof.Dr.MIRCEA LĂZĂRESCU**

CUPRINS

| | pag. |
|--|------|
| INTRODUCERE | 3 |
| I. CICLURILE VIEȚII-CONCEPTE, TEORII, PRIVIND STADIALIZAREA DEZVOLTĂRII PERSONALITĂȚII. | 4 |
| 1. Istoricul conceptului ciclurilor vieții. | 4 |
| 1.1. Concepte și terminologie în legătură cu ciclul vieții. | 4 |
| 1.2. Puncte de vedere în teoria ciclurilor vieții | 5 |
| 1.2.1. Sigmund Freud | 5 |
| 1.2.2. Karl Abraham | 5 |
| 1.2.3. Melanie Klein | 5 |
| 1.2.4. C.G.Jung | 5 |
| 1.2.5. H.S.Sullivan | 5 |
| 1.2.6. Margaret Mahler | 5 |
| 1.2.7. J.Piaget | 5 |
| 1.2.8. D.Levinson | 5 |
| 1.2.9. S.Vaillant | 5 |
| 2. Modelul ciclului dezvoltării psihologice (ciclul vieții) conform teoriei lui Erik Erikson. | 6 |
| 2.1. Considerații generale privind stadializarea ciclului vieții conform teoriei lui Erikson. | 6 |
| 2.2. Stadiul 1 -încredere bazală vs neîncredere bazală (0-1 an) - Speranță | 7 |
| 2.3. Stadiul 2 - autonomie vs rușine și îndoială (1-3 ani) - Dorință | 7 |
| 2.4. Stadiul 3 - inițiativă vs vinovăție (3-5 ani) - Scop | 8 |
| 2.5. Stadiul 4 - silință(harnicie) vs inferioritate (5-11 ani)- Competență | 8 |
| 2.6. Stadiul 5 - identificare vs difuziune/confuzie de rol (11-20 ani) - Fidelitate | 8 |
| 2.7. Stadiul 6 - intimitate vs izolare (20-40 ani)- Iubire | 9 |
| 2.8. Stadiul 7 - generativitate vs stagnare (40-65 ani) - Grija (îngrijire) | 9 |
| 2.9. Stadiul 8 - integritatea Eului vs disperare/deznădejde(peste 65 ani)- Înțelepciune | 10 |
| II. TEORIA PSIHODINAMICĂ ȘI ALTE METODE NOSOCLINICE DE ABORDARE A TULBURĂRILOR ANXIOASE | 11 |
| 1. Anxietatea și tulburările anxioase: istoric, definiție și nosografie comparată | 11 |
| 1.1. Istoric privind anxietatea și tulburările anxioase | 11 |

| | |
|--|-----------|
| 1.2. Definiția anxietății | 12 |
| 1.3. Punctul de vedere psihodinamic în psihopatologia tulburărilor anxioase | 12 |
| 1.3.1. Contribuția lui S.Freud asupra anxietății/angoasei | 12 |
| 1.3.2. Concepția Melaniei Klein privind anxietatea/angoasa | 13 |
| 1.3.3. Concepția despre anxietate/angoasă la Karen Horney | 14 |
| 1.3.4. Concepția despre anxietate/angoasă la Anna Freud | 14 |
| 1.3.5. Concepția lui H.S. Sullivan privind anxietatea/angoasa | 14 |
| 1.3.6. Concepția altor psihanalisti moderni privind anxietatea/angoasa | 14 |
| 1.4. Tendințe nosografice comparative în patologia anxietății | 15 |
| 1.5. Forme clinice ale anxietății și tulburărilor anxioase | 16 |
| 1.6. Forme clinice ale anxietatea în raport cu vârsta: Erikson | 16 |
| 1.7. Date epidemiologice privind tulburările anxioase | 17 |
| 1.8. Nosografia tulburărilor anxioase | 17 |
| 1.9. Metode psihologice de evaluare a anxietății | 18 |
| III. TRATAMENTUL TULBURĂRILOR ANXIOASE: PSIHOTERAPIA DE ORIENTARE PSIHANALITICĂ ȘI ALTE TERAPII | 19 |
| 1. Metoda psihoterapiei de inspirație psihanalitică (cadru teoretic, tehnică, indicații) | 19 |
| 1.1. Cadrul teoretic | 19 |
| 1.2. Tehnica analitică | 20 |
| 1.3. Indicațiile terapiei psihanalitice | 20 |
| 1.4. Contribuții ale școlii postfreudiene | 20 |
| 2. Direcții moderne în terapia tulburărilor anxioase | 22 |
| 3. Evaluarea rezultatelor psihoterapiilor | 23 |
| IV. MATERIAL ȘI METODĂ | 24 |
| V. REZULTATE ȘI DISCUȚII | 28 |
| VI. CONCLUZII | 38 |
| VII. CUPRINSUL TEZEI | 44 |

INTRODUCERE

Abordarea studiului anxietății - subiect vechi și totuși atât de actual, mai ales în perspectiva psihodinamică oferită de "ciclurile vieții" reprezintă o premieră în psihiatria românească.

Premizele care au stat la baza alegerii unei asemenea teme ca subiect al tezei de doctorat, au fost reprezentate de nevoile teoretice și practice "hic et nunc" ale patologiei clinice psihiatrice din sistemul asistenței oferite de Spitalul de zi Titan, din București, adică de tip semiambulator, ca și al creării condițiilor practicării psihoterapiei individuale de orientare psihanalitică.

Cadrul teoretic în care a fost concepută această teză de doctorat, ca și cel metodologic, pentru studiul lotului de subiecți considerat, s-a situat în spațiul articulării dintre psihopatologie (în cazul de față tulburările anxioase), etapa dezvoltării psihologice și psihosociale în raport cu ciclurile vieții, și terapie (psihoterapie individuală de orientare psihoanalitică, asociată sau nu farmacoterapiei).

Având drept puncte de reper literatura psihanalitică clasică și postfreudiană privind anxietatea și tulburările anxioase, am încercat realizarea unui punct de joncțiune dintre aceste tulburări psihopatologice și "crizele" din evoluția ciclului psihologic al dezvoltării subiectului, în concepția lui Erik Erikson, ca și dintre celelalte cicluri ale vieții.

Susținerea punctului psihodinamic, atât în cursul demersului diagnostic, cât și al celui terapeutic, mi se pare, în condițiile actuale ale dezvoltării psihiatriei și asistenței bolnavilor psihici din România, nu numai o necesitate de umplere a unui lung hiatus în timp, dar și o datorie morală. În acest context, Clinica psihiatrică din Timișoara, prin reprezentanții ei de excepție, profesorul Eduard Pamfil, profesorul Mircea Lăzărescu, ca și mulți distinși colegi psihiatri timișeni, a reprezentat o matrice din care s-au putut dezvolta, cu generozitate, noi idei, noi direcții.

I CICLURILE VIETII - concepte, teorii privind stadializarea dezvoltării personalității

1. Istoricul conceptului ciclurilor vietii

1.1 Concepte și terminologie în legătură cu ciclurile vietii

Studiul etapelor vieții adultului (subiecții luați în studiu aflându-se la această vîrstă) se situează la intersecția mai multor discipline complementare, iar lucrări foarte recente tind chiar să aplice diferite patternuri de măsurători ale comportamentului uman pînă la nivelul duratei unei zile.

Principiul epigenetic enunțat de Erik ERIKSON (unul din cei mai influenți psihanaliști americani) afirmă că fiecare stadiu al ciclului vieții se caracterizează prin evenimente și crize care, în varianta de rezolvare satisfăcătoare, asigură o dezvoltare "lină" a individului. Eventualitatea unei nereușite în depășirea crizelor se va reflecta în interiorul tuturor celorlalte stadii care urmează, sub forma dezadaptării pe plan cognitiv, emoțional, social și chiar fizic. Fiecare din stadii se caracterizează printr-o trăsătură dominantă, un complex de trăsături sau un punct critic care îl diferențiază de stadiul pre- sau post-mergător.

Termenul de ciclu al vieții ("life cycle") s-a născut din necesitatea cercetătorilor (de limbă engleză) de a reflecta teoria dezvoltării.

A vorbi de un ciclu general al vieții umane înseamnă a întreprinde o călătorie de la naștere pînă la bătrînețe, urmînd un model universal înfinit din punct de vedere cultural și cu infinite variații individuale, dar avînd totdeauna aceleași secvențe.

Se mai vorbește de "anotimpurile vieții" (D.LEVINSON), serie de perioade sau stări din cadrul ciclului vieții.

Apariția conceptului de ciclu al vieții se situează la sfîrșitul secolului trecut, ajungînd, în contemporaneitate, la configurația nu a unui singur cerc, ci a unui "life-pretzel" de tipul unui covrig alcătuit din trei cercuri articulate între ele, fiecare reprezentînd de fapt un ciclu de viață și direcții de dezvoltare, suprapunîndu-se, intersectîndu-se, ciocnîndu-se și uneori întărîndu-se reciproc: ciclul biologic - reproductiv, ciclul familial - marital și ciclul educațional - vocațional.

Se mai descriu în literatură: ciclul familial, ciclul conjugal, ciclul locativ-gospodăresc, ciclul relațiilor sociale și chiar al psihoterapiei.

1.2 Puncte de vedere în teoria ciclurilor vieții

1.2.1 Sigmund FREUD este cel care este unanim recunoscut în fundamentarea conceptului de ciclu al vieții, începând cu studiile publicate în 1915, în care libidoul reprezintă elementul axial în contextul perioadei copilăriei. În teoria sa, succesiunea fazelor copilăriei corespunde modificărilor la fel de succesive ale investirii energiei sexuale în anumite regiuni ale corpului. Plecând de aici, el a denumit aceste perioade de dezvoltare: faza orală (de la naștere pînă la 1 an); faza anală (de la 1 an la 3 ani) și faza falică (de la 3 la 5 ani). Peste 5 ani FREUD vorbește de faza de latență care se întinde pînă la pubertate, latența referindu-se la "adormirea" interesului sexual pînă la vîrsta pubertății, cînd începe să se revigoreze.

1.2.2 Dintre post-freudieni, menționăm pe Karl ABRAHAM.

1.2.3 Melanie KLEIN.

1.2.4 Carl JUNG (acordă un rol important în dezvoltarea și capacitatea de adaptare a personalității, factorilor externi care, consideră el, continuă să acționeze, de fapt, de-a lungul întregii vieți și nu numai în copilărie. El este inițiatorul studiilor moderne asupra dezvoltării adultului).

1.2.5 De asemenea, un aport însemnat îl aduce Harry Stack SULLIVAN, care avansează aceste considerații pînă la a admite că interacțiunea între indivizi pe plan social, reprezintă o nevoie primordială și în același timp influențează prin calitatea sa, dezvoltarea personalității.

1.2.6 Margaret MAHLER aduce și ea contribuții remarcabile la teoria dezvoltării personalității, bazate pe studiile relațiilor obiectale din timpul copilăriei timpurii.

1.2.7 Jean PIAGET a elaborat formularea unor diferențe calitative la nivel cognitiv în diferitele etape ale dezvoltării personalității, lucrările sale slujind drept adevărate instrumente în studierea dezvoltării proceselor de gîndire.

1.2.8 Daniel LEVINSON și colaboratorii săi de la Universitatea din Yale și-au focalizat atenția asupra aspectelor dezvoltării personalității la bărbații adulți, sugerînd o nouă configurație a ciclului vieții care îi apare acestuia format din 4 ere majore, fiecare din ele durînd aproximativ 25 ani.

1.2.9 George VAILLANT, a constatat că existența în antecedente a unei copilării fericite se corela semnificativ cu prezența trăsăturilor pozitive la adultul mediu. El conferă validitate modelului ciclului vieții conceput de ERIKSON, îl vom detalia în subcapitolul următor, constatînd că stilurile adaptative se maturizează în

cursul anilor, iar maturizarea ar depinde mai mult de dezvoltarea interioară, decât de modificările din mediul interpersonal.

2. Modelul ciclului dezvoltării psihologice (ciclul vieții) conform teoriei lui Erik ERIKSON

2.1 Considerații generale privind stadializarea ciclului vieții conform teoriei lui Erik ERIKSON

Definirea și evoluția conceptului de maturitate în psihiatrie nu a putut ocoli, după cum s-a văzut, instrumentele oferite de psihanaliză și de celelalte teorii explicative ale dezvoltării personalității umane.

Cuvântul "ciclu" a fost folosit pentru a arăta că fiecare viață individuală are patternul său propriu și, în același timp, formează o verigă în secvența continuă a generațiilor.

ERIKSON a reușit să demonstreze, prin teoria sa, că nu trebuie luate în considerație numai frustrările și satisfacțiile, ci întregul mod al experienței de viață a persoanei. El a încercat să cerceteze atât influența familiei, prietenilor și cunoștințelor, cât și rolul jucat de nivelul cultural.

În viziunea acestui autor, dezvoltarea psihologică a personalității parcurge următoarele stadii:

1. Stadiul oral - senzorial: încredere versus neîncredere
2. Stadiul musculo - anal: autonomie versus rușine și îndoială
3. Stadiul locomotor - genital: inițiativă versus vinovăție
4. Stadiul de latență: silenț (hărnicie) versus inferioritate
5. Stadiul de pubertate și adolescență: identitatea Egoului (Eului) versus confuzie de rol
6. Stadiul de adult tânăr: intimitate versus izolare
7. Stadiul de adult: generativitate (procreare) versus stagnare (inactivitate)
8. Stadiul de maturitate: integritatea Eului versus disperare (deznădejde)

Cele 5 stadii psihosociale ale copilăriei, descrise de el se corelează cu stadiile psihosexuale ale lui FREUD. La acestea, ERIKSON, adaugă încă 3 stadii : intimitate, generativitate și integritate - care se extind peste vârsta de adult tânăr, până la bătrânețe. Aceste 8 stadii conțin atât aspecte pozitive cât și negative, presupun traversarea unor crize emoționale și sînt influențate de interacțiunea cu

biologia, nivelul cultural al persoanei, ca și cu societatea în care acesta trăiește. Fiecare fază de dezvoltare este centrată pe un cuplu de orientări alternative sau "atitudini" față de viață, sine sau față de ceilalți.

De asemenea, fiecare stadiu are două evoluții posibile: una pozitivă sau sănătoasă și alta negativă sau nesănătoasă (patologică).

În condiții ideale, criza se consideră rezolvată atunci când persoana atinge un nivel de activitate nou și superior calitativ odată cu finalizarea pozitivă a stadiului respectiv. Erikson a observat că, deși cei mai mulți oameni nu reușesc să atingă performanța unei polarități perfecte, ei înclină balanța mai mult spre polul pozitiv decât spre cel negativ.

2.2 Stadiul 1 - încredere bazală vs. neîncredere bazală (0-1 an) → Speranță

Acest prim stadiu se suprapune mai mult sau mai puțin fazei orale din teoria freudiană. Caracteristica lui principală este totala dependență a copilului de cei care îl îngrijesc, iar calitatea îngrijirilor stabilește o anumită expectație, un sentiment de încredere sau neîncredere bazală. Ceea ce se stabilește în primul an de viață este atitudinea generală față de sine și față de lume.

Sentimentul de încredere bazală se întemeiază pe asocierea între sentimentele de confort și consistență în lumea exterioară.

Neîncrederea bazală este rezultatul distorsionării încrederii fundamentale când separarea prelungită a sugarului de mama sa sau substitutul de mamă conduce la apariția depresiei, hospitalismului și a formei cunoscute ca "depresie anaclitică" sau la o anumită tonalitate depresivă ce va deveni o parte din structura viitoare a persoanei adulte.

2.3 Stadiul 2 - autonomie vs. rușine și îndoială (1-3 ani) → Dorință

Acest stadiu corespunde studiului anal de dezvoltare al lui FREUD, când părinții își focalizează atenția spre încurajarea copilului de a-și exercita autocontrolul asupra excreției.

Simțămîntul posedării autocontrolului fără pierderea autostimei reprezintă sursa ontogenetică, în viziunea lui ERIKSON, a dorinței liber exprimate. Îndoiala și rușinea provin dintr-un sentiment inevitabil de pierdere a autocontrolului și supracontrolului parental.

Rușinea poate da naștere unei îndoieli de sine care erodează și poate submina posibilitatea de acțiune, iar în forma adultă extremă conduce la sentimente de persecuție.

2.4 Stadiul 3 - inițiativă vs. vinovăție (3-5 ani) → Scop

Al treilea stadiu se centrează asupra modului în care copiii pot învăța să se bazeze pe acțiunile lor, pe ceea ce ei înșiși pot deveni.

În acest stadiu, importanța sentimentului de reglare mutuală, constă în sensul de a le permite copiilor afirmarea fără a fi "striviți" de sentimentul de vinovăție față de ceea ce fac sau doresc să facă.

Dezvoltarea echilibrată asigură funcționarea Eului prin capacitatea subiectului de a-și propune scopuri - "curajul de a se confrunța și a persevera spre atingerea idealurilor de valoare în mod neîngrădit de către defense sau fantasme infantile, de vinovăție și de frica de pedeapsă".

La sfârșitul acestui stadiu caracterizat prin inițiativă versus vinovăție, conștiința copilului (Supraeul la FREUD) se stabilizează.

2.5 Stadiul 4 - silință (hărnicie) vs. inferioritate (5-11 ani) → Competență

Este reprezentat de perioada școlară în care copilul începe să participe la un program organizat de educație.

Deși FREUD considera acești ani ca pe o perioadă de latență în care instinctele, pulsunile, energiile biologice sînt somnolente, cînd furtunile emoționale ale copilului se mai domolesc pînă începe adolescența, ERIKSON, în termeni sociali, îi definește ca pe o fază extrem de decisivă, mai ales din punct de vedere social, deoarece copilul învață cum să muncească alături de ceilalți și cum să dezvolte sentimentul diviziunii muncii și principiul egalității șanselor.

2.6 Stadiul 5 - identificare vs. difuziune/confuzie de rol (11-20 ani) →

Fidelitate

Identitatea se construiește pe succesul individual în parcurgerea primelor 3 stadii psihosociale și identificarea, fie cu părinții naturali, fie cu substituții parentali. Problema adolescenței este cea a difuziei de rol - și în acest sens șovăiala persoanei de a-și asuma obligații în această etapă o poate urmări de-a lungul întregii maturități.

Criza identificării poate apărea la sfârșitul adolescenței. ERIKSON o numește criza normativă din cauză că ea este un eveniment normal. Eșecul de a negocia acest stadiu apare ca anormal și lasă pe adolescent fără o identitate solidă.

2.7 Stadiul 6 - intimitate vs. izolare (20-40 ani) → Iubire

Segmentele vieții adulte reprezintă pentru ERIKSON trei faze largi. Prima, urmînd îndeaproape preocupările legate de identificare, se precizează de obicei imediat după împlinirea celor 20 ani.

Intimitatea poate fi căutată în prietenie, inspirație și iubire - ce pot fi împartășite cu alții.

În timp ce intimitatea poate lua mai multe forme, pentru ERIKSON, relațiile sexuale ofera exemplul suprem.

Maturitatea se manifestă la începutul vieții adulte în primul rînd prin rezolvarea crizei anterioare ale copilăriei și adolescenței, în al doilea rînd de a fi capabil și interesat în același timp în stabilirea unei relații apropiate cu altă persoană, iar în al treilea rînd în capacitatea și dorința de a produce ceva.

ERIKSON a subliniat posibilitatea apariției unui conflict psihosocial important în timpul acestui stadiu și, la fel ca în studiul anterior, succesul sau eșecul, depînd de cît de bine s-au fundamentat perioadele anterioare și de cum interacționează individul cu mediul.

Daniel LEVINSON observă că între 30-40 ani problema principală pare a fi cea de a ști dacă există o dorință de stabilizare sau, din contră, de a lua un nou avînt, de a căuta noi posibilități, de a pleca într-o nouă aventură, utilizînd succesele și eșecurile trăite pînă atunci.

2.8 Stadiul 7 - generativitate vs. stagnare (40-65 ani) → Grijă (îngrijire)

Esența generativității este "preocuparea de stabilizare și orientare a generației următoare", deși aceasta nu implică neapărat a îngriji de proprii pui, chiar dacă acesta este prototipul.

Generativitatea este, de obicei, consacrată de practica socială a căsătoriei. Ea se reflectă deseori și în simboluri religioase.

Această etapă, ca și celelalte, de altfel, reprezintă consecința celei precedente. Omul acestei vîrste este în măsură de a face dovada unei forme diferite de maturitate. Tot aceasta este perioada cînd individul începe să poată

privi propria sa viață ca pe un ciclu global: ciclul unei existențe individuale care progresează către propria sa finalizare și ciclul unei generații ce permite începutul uneia noi. Fără a se putea fixa o vîrstă precisă, se pare că există o perioadă situată între 45 și 60 de ani cînd mulți indivizi se simt dezorientați și nefericiți.

2.9 Stadiul 8 - integritatea Eului vs. disperare/deznădejde (peste 65 ani)

→Întelepciune

Din jocul integritate vs. disperare, ia naștere la nivelul Eului, fructul anilor noștri de sfîrșit - înțelepciunea, "preocuparea detașată și încă activă asupra vieții însăși în fața morții însăși...".

Conflictul se manifestă între integritate, sentimentul satisfacției, în toamna existenței și disperare - sentimentul că viața nu a avut nici un scop sau înțeles.

Studiile efectuate asupra procesului normal al îmbătrînirii arată că aceasta se asociază cu un număr mare de mituri negative ce caracterizează societatea noastră, în care moartea este trăită ca o rezistență absolută față de viață. Unul din aceste mituri este că vîrsta cronologică determină declinul psihic.

Cel mai profitabil, schema prezentată trebuie privită ca pe "un instrument de gîndire, mai degrabă decît o rețetă de urmat". Ea servește pentru a diferenția variatele fațete ale Eului în îndeplinirea rolului său ca "factor central selectiv, integrativ, coerent și persistent în formarea personalității", cît și pentru a ne atrage atenția asupra reglării reciproce între organizarea socială și dezvoltarea persoanei.

Conceptul ciclului vieții a constituit, de asemenea, cadrul pe care s-au dezvoltat teoriile psihopatologice, mai ales cele legate de stres, "coping" și relația cu tulburările psihiatrice, teoria eriksoniană împlinindu-și cu succes rolul de placă turnantă în continuumul reprezentat de cele două condiții: sănătate și boală mentală. Perspectiva oferită de o astfel de temă a fost exploatată generos de studiile care, în viziunile moderne ale psihiatriei, iau în calcul rolul pe care îl joacă atât experimentele de viață îndepărtate, cît și cele recente în constituirea acelor seturi de resurse interne și externe de care individul dispune pentru a se adapta.

În lucrarea de față m-am folosit de același cadru pentru a mă referi la însemnătatea pe care o poate avea anxietatea, ca simptom psihopatologic la vîrsta adultă în raport cu experiențe de viață mai vechi și mai noi și raportată la stadiul respectiv al dezvoltării personalității, ca factor de vulnerabilitate.

II TEORIA PSIHODINAMICĂ ȘI ALTE METODE NOSOCLINICE DE ABORDARE A TULBURĂRILOR ANXIOASE

1. Anxietatea și tulburările anxioase: istoric, definiție și nosografie comparată

1.1 Istoric privind anxietatea și tulburările anxioase

Puțini sînt termenii în psihopatologie și psihiatria clinică care să fi dat naștere la atît de multă ambiguitate în interpretare, cum sînt termenii "anxietate", "fobie" și "panică", deși simptomele și cadrul clinic în care se regăsesc nu sînt nici rare, nici fenomene care să fie inabordabile unei analize clinice.

PINEL, în a doua jumătate a secolului XIX-lea, vorbește de hidrofobie, de "o anumită anxietate" care însoțește unele sindroame. MOREL (1809-1873) a fost probabil primul autor al unui sistem de clasificare în psihiatrie care a identificat "fobia și alte nevroze" în cadrul "delirului emotiv", clasă a bolilor nevrotice.

Meritul revine fără îndoială filosofiei și teologiei secolului al XIX-lea, de a supune fenomenul de anxietate unei analize fenomenologice detaliate, ca parte semnificativă a gîndirii europene, asociate numelui unui teolog danez - Soren KIERKEGAARD (1813-1855).

Filosofia existențială a lui Martin HEIDEGGER (1889-1976) acordă un loc important angoasei care, în viziunea acestuia, nu este niciodată determinată de vreo ființă, obiectele fiind dezgolite de orice importanță, devenind derizorii.

WERNICKE (1984) descria "psihoza fricii" ("Angst - psychose") stare care era probabil prototipul "psihozei fricii și bucuriei vii" ("Angst - Glück Psychose) care va fi ulterior clasificată în cadrul psihozelor cicloide identificate de școala KLEIST - LEONHARD (1975).

Pe o cu totul altă direcție, cardiologii și medicii generaliști ai aceleași jumătăți a secolului al XIX-lea din Europa și America de Nord descriu manifestările cardiace ale anxietății sub o etichetă generoasă de diagnostic: "palpitația nervoasă", "cordul iritabil" (Da COSTA, 1871), "inima soldatului", "sindromul aviatorului", "sindromul de hiperventilație" sau "hiperestezia centrilor nervoși cardiaci".

La fundamentarea conceptului de neurastenie au contribuit, fără îndoială, și teoriile emise de BEARD și CHARCOT, BOUVERET, Gilles de la TOURETTE, Maurice de FLEURY, BRISSAUD, ultimul afirmînd că în neurastenie există o

scădere a tonicității și vitalității sistemului nervos, acestea antrenând diminuarea energiei nervoase.

Înainte de a trece la teoriile psihice asupra anxietății în care vom acorda literaturii psihanalitice un loc central, nu putem omite menționarea unor concepte aparținând operei lui I.P.PAVLOV (1849-1936) și ale lui Hans SELYE.

Dificultățile semantice ale termenului de anxietate par a se afla în mare măsură, la originea diferențelor de interpretare și accent.

Majoritatea traducătorilor și psihanalizatorilor francezi au folosit în literatura de specialitate termenul "angoasă" și nu "anxietate", deși afirmă că ambele reprezintă pentru ei același lucru. De aceea, am convenit a păstra termenul de "angoasă" în referirile psihanalitice și pe cel de "anxietate" în referirile clinice și psihopatologice generale.

1.2 Definiția anxietății

Majoritatea autorilor par a cădea de acord (JABLENSKY, 1985) cu faptul că fenomenului anxios i se pot descrie 4 dimensiuni distincte: subiectivă, cognitivă, comportamentală și fiziologică.

Panica, sub forma atacurilor de panică, este definită de glosarul limbii engleze ca "episoade ușoare de anxietate autonomă (vegetativă)... pe care subiectul încearcă să le învingă prin întreprinderea unor acțiuni drastice de evitare". Cu excepția psihiatriei de limbă engleză, termenul de "panică" este rareori utilizat de alte limbi europene.

1.3 Punctul de vedere psihodinamic în psihopatologia tulburărilor anxioase

Anxietatea este privită de psihanaliză din 3 perspective: a) anxietate -afect; b) anxietatea (angoasa) - construct central al modului psihanalitic privind conflictul intrapsihic și rezolvarea sa; c) anxietatea - simptom comun mai multor sindroame psihopatologice și simptom central al unora dintre ele.

Între afecte, anxietatea a ocupat de-a lungul întregii evoluții a teoriei psihanalitice, un rol special și central.

1.3.1 Concepția lui S.FREUD asupra anxietății/angoasei

FREUD a dezvoltat mai multe modele ale anxietății, în parte complementare și în timp, contradictorii. El a pornit în teoria anxietății/angoasei

de la un model neurofiziologic (transformarea și descărcarea unei excitații excesive a SNV datorită unei descărcări sexuale neadecvate și/sau unui stimul traumatic din exterior).

Între 1909-1918 FREUD aduce remanieri în teoria angoasei, prin articularea sa cu sexualitatea psihică. Astfel, refuzarea (psihică) ia locul coitului întrerupt (somatic), intervenind o modificare fundamentală: nu mai este vorba de excitație și descărcare, ci de "afect".

Teoria angoasei nu poate fi separată de experiența clinică pe care de fapt ea se fundamentează. Concomitent cu noțiunea de excitație, FREUD descrie în 1895 și "nevroza de angoasă" pe care o diferențiază de psihastenie. Acest complex de simptome se caracterizează printr-un fond de excitabilitate generală crescută. "Așteptarea anxioasă" devine astfel susceptibilă suprapunerii oricărui conținut de reprezentări.

Studiul teoriei psihanalitice a angoasei conduce astfel la operarea unei diferențieri între angoasă (sau anxietatea biologiștilor) care este un afect, legat de reprezentări mentale fără manifestare viscerală și angoasă somatică - sau tensiunea fizică care se descarcă prin căile clasice (reacții viscerale, endocrino-metabolice și motorii automate).

BERGERET descrie 3 tipuri de angoasă: angoasa de castrare, angoasa de fragmentare și angoasa de separare, trimițând respectiv la nevroze, psihoze și stări limită (borderline).

În fața oscilațiilor din gândirea freudiană, unii dintre psihanalisti au acceptat deliberat revizuirea teoriei sale, alții au luat o poziție contrară, iar alții au căutat să concilieze cele două poziții. De la aceste ultime considerente au plecat psihanalistii care au fructificat toate consecințele derivate din psihologia Eului (frica de fuziune, de pierdere a stimei de sine, de umilire și dezintegrare a Eului).

1.3.2 Concepția Melaniei KLEIN privind anxietatea/angoasa

Poziția Melaniei KLEIN (1952) și a elevilor săi se înscrie în aceeași direcție, admitând în mod explicit cea de-a doua teorie freudiană. Autoarea identifică angoasa ca fiind prima consecință a intervenției instinctului morții și ca răspuns al Eului la manifestarea instinctului morții, atâta vreme cât libidoul nu poate îndeplini această funcție.

Mai recent, se consideră că angoasa de separare este altceva decât faza orală a dezvoltării libidinale, din perspectiva dezvoltării Eului, punându-se un mai

mare accent pe factorii pre-oedipal în multe forme ale anxietății, mai apropiată de noțiunile moderne elaborate de BOWLBY.

1.3.3 Concepția despre anxietate/angoasă la Karen HORNEY

Karen HORNEY privește angoasa ca o emoție centrală care determină conflictele nevrotice, distingând mai multe nivele de angoasă care conduc, în mod dialectic, la elaborarea mai multor soluții nevrotice și la o angoasă secundară, ca rezultat al acestor soluții și al conflictelor dintre ele.

Astfel, anxietatea bazală, fundamentală, alături de ostilitatea bazală sînt considerate ca avînd un caracter inconștient, dar aflîndu-se chiar în nucleul personalității. Suprimarea și refularea ostilității din caracterul nevrotic conduc la o angoasă secundară care crește exponențial, alcătuiind ceea ce autoarea numește "procesul nevrotic".

1.3.4 Concepția despre anxietate/angoasă la Anna FREUD

Anna FREUD a susținut existența unei stări pulsionale inițiale nediferențiate, angoasa aflîndu-se în raport cu separarea de mamă, cu frica de a pierde obiectul iubirii și complexul Oedip.

1.3.5 Concepția lui H.S. SULLIVAN privind anxietatea/angoasa

Alături de teoreticienii interpersonalisti (1953), el a descris o angoasă fundamentală a copilului pe care o primește din partea părinților prin "empatie" și două cauze generatoare de frică: - orice amenințare a integrității biologice a organismului uman (boală, rănire, pierderea vieții unei persoane apropiate, război, revoluție etc.) și - orice situație prezentînd un grad suficient de noutate.

1.3.6 Concepția altor psihanalisti moderni privind anxietatea/angoasa

Rene SPITZ (1950) și-a focalizat atenția pe observația clinică directă a angoasei la copil și a descris o angoasă caracteristică lunii a 8-a de viață - angoasa de abandon.

John BOWLBY a pus accentul, în cercetările sale, pe factorii dezvoltării familiei, stabilind că tulburările relațiilor familiale sînt determinante în dezvoltarea anxietății (1973).

Erich FROMM a conceput angoasa în relație cu tipurile de legături și eventualele conflicte ale copilului cu normele culturale ale anturajului său. El nu a

negat complexul Oedip, dar l-a considerat ca o revoltă a băiatului contra ordinii patriarhale, în scopul de a-și cuceri independența.

Jaques LACAN și-a expus în 1963 concepția despre angoasă, subliniind că aceasta este un afect și, deci, nu poate fi refulată; singurele refulări fiind semnificanții legați de angoasă sau cei care o declanșează.

Concluziile studiilor recente (1991) sugerează că un comportament parental adversiv poate fi relevant pentru patogeneza anxietății generalizate, în timp ce o afectivitate "restrânsă" parentală poate conduce la manifestări precoce ale tulburării de panică.

1.4 Tendințe nosografice comparative în patologia anxietății

Începând cu anii 1960, tendințele pe plan clinic se manifestă într-o descreștere a punctului de vedere psihopatologic și biochimic, în favoarea unei abordări simptomatologice mai bine definite și deci, cuantificabile, deși ultimele clasificări ICD 10, DSM III R nu ignoră abordarea psihodinamică a multor tulburări.

Studiul anxietății psihice este, deci, în prezent, influențat de aceste modificări din punct de vedere nosografic, în special în domeniul tulburărilor nevrotice.

Prezența anxietății în toate stările psihopatologice, reprezintă, fără îndoială, principalul motiv pentru care diagnosticul său comportă un anumit grad de incertitudine, iar distincția între anxietatea primară și simptomatologia secundară sau simptomatologia primară - și anxietatea secundară este departe de a fi evidentă și prea des se întâmplă ca diferitele teorii, explicite sau implicite, să poată oferi determinări a priori.

Anxietatea este numită liber-flotantă prin opoziție cu anxietatea legată de fobii și obsesii (JASPERS, 1963).

KRAEPELIN (1896) a descris anxietatea clinică în doi termeni: "Angstlichkeit" ("anxiousness"; neliniște-răspuns anxious obișnuit) și "ängstliche Spannung" (tensiune anxioasă).

Anxietatea din afecțiunile medicale este unanim recunoscută (în angina pectorală, intoxicații cu psihotrope, epilepsia psihomotorie, hipoglicemie, hipoxie, tahiaritmie, embolie pulmonară, tensiune premenstruală, tireotxicoză, sevra, etc.). Prin anxietate se înțelege o stare emoțională penibilă, implicând în același timp așteptarea unui eveniment imprecis, dar amenințător, dar și o neliniște generală, însoțită de fenomene fizice, subiective și obiective.

De aceea majoritatea autorilor recomandă a utiliza terminologia de "fenomene anxioase", ce au intensitate și forme diferite: neliniștea, anxietatea propriu-zisă, angoasa, panica, frica.

Importanța fenomenelor anxioase este considerabilă, atât în viața curentă cât și la individul bolnav, fie că e vorba de afecțiuni fizice, fie psihice.

Participarea corpului crează simptomatologia somatică.

Atacul de panică este diferențiat de angoasa paroxistică, fiind-ui caracteristică repetarea crizelor anxioase grave, cu fenomene somatice.

1.5 Forme clinice ale anxietății și tulburărilor anxioase

Evoluția fenomenelor anxioase depinde, în mod firesc, de tabloul clinic căreia îi aparține simptomatologia anxioasă, amintind aici: sindromul anxios-depresiv, anxietatea în fobie, și conceptul atacului de panică care a suferit, în ultimii ani, transformări importante în viziunea psihiatrilor americani, impulsionați, în special, de lucrările farmacologice ale lui KLEIN, concretizate în principal în plasarea sa în capitolul tulburărilor anxioase, în cadrul DSM III și DSM III R, alături de agorafobie; anxietatea și fenomenele obsesionale; în isterie se consideră că, angoasa este practic absentă, cu excepția anumitor crize sau când conduita isterică este supusă eșecului; hipocondriacul leagă anxietatea de frica de boală.

Nevroza de angoasă - angoasa în stare pură, a fost creată de FREUD care o includea în grupa nevrozelor actuale, neexprimînd un conflict, ci fiind legată de abținerea sexuală.

Clinic, anxietatea numită și nevrotică debutează în general brutal după pubertate sub forma anxietății difuze, flotante sau a anxietății situaționale.

Fenomenele anxioase se pot amenda și apoi reveni în raport cu dificultățile existenței, cu o boală somatică, evidențiindu-se deseori asocierea unui consum regulat de tranchilizante, alcool.

Angoasa psihotică se întâlnește frecvent în clinică, de obicei în tabloul melancoliei și al schizofreniei (primii ani de evoluție).

1.6 Forme clinice ale anxietății în raport cu vârsta : ERIKSON

Anxietatea dobîndește caractere specifice, în primele patru stadii care definesc copilăria, în cel al adolescenței și al celui de maturitate și bătrînețe.

Corpul este locul la nivelul căruia se exprimă anxietatea capătă expresie, ceea ce înseamnă că factorul vîrstă poate agrava, diminua sau modifica anxietatea angoasa, în mod specific.

1.7 Date epidemiologice privind tulburările anxioase

Studiile epidemiologice asupra tulburărilor anxioase se lăvesc de dificultăți legate de definiție și de lipsa de omogenitate a criteriilor de diagnostic. Prevalența stărilor de anxietate și fobice în populația generală a țărilor europene poate fi evaluată la 2-3%, conform datelor epidemiologice furnizate de SARTORIUS (1980), dar frecvența simptomelor anxioase care apar în contextul altor afecțiuni psihiatrice și medicale pare a fi mult mai mare.

Prevalența variază de la o regiune la alta, de la o tulburare anxioasă la alta. Prevalența globală pare a se situa între 6,6 și 14,9 %, diferențele în rezultate se explică în mod egal prin factorii de risc, deosebiți în funcție de populația studiată (predominantă la femei, debutul tulburărilor înainte de 40 de ani, rolul etnic al mediului socio-cultural și, mai ales, al factorilor favorizanți ca antecedentele personale și familiale). Asocierea anxietate-depresie pare frecventă mai ales la subiecții care prezintă o tulburare de panică sau anxietate generalizată, fobie socială sau agorafobie.. Existența uneia din cele două patologii multiplică riscul de apariție a celeilalte.

De altfel, anumite afecțiuni sînt asociate în mod specific cu o simptomatologie anxioasă: afecțiunile cardio-vasculare, afecțiunile cronice cu pusee evolutive etc.

1.8 Nosografia stărilor anxioase

Reprezintă un domeniu extrem de controversat al patologiei psihiatrice, din mai multe puncte de vedere. Primul este reprezentat de tulburarea anxioasă ca și concept, a cărui definiție pînă în prezent nu este acceptată în mod univoc. Al doilea punct de vedere este reprezentat de variabilitatea criteriilor de clasificare utilizate pentru a plasa simptomele anxioase într-un cadru nosografic.

O a treia dificultate implică existența, cel mai frecvent, simultană, deși în proporții variabile a manifestărilor anxioase și depresive.

Odată cu apariția DSM III al Asociației americane de psihiatrie (1980) și apoi a DSM III R (1987), diagnosticul de nevroză și-a pierdut locul de onoare. I-au

luat locul un grup de tulburări anxioase, incluzînd tulburarea de panică, fobiile, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea post-traumatică de stres și tulburarea de anxietate generalizată. Această modificare, asociată unor cercetări biologice impresionante au încurajat pe clinician să conceapă anxietatea mai curînd ca pe o boală decît ca pe un simptom supradeterminat de un conflict inconștient.

Contribuțiile recente în nosologia stărilor anxioase constau în mod esențial în trei aspecte: individualizarea stărilor în care anxietatea reprezintă perturbarea cea mai importantă; recurgerea la criteriile de diagnostic și utilizarea axelor multiple.

Clasificările psihiatrice tradiționale integrează cea mai mare parte a tulburărilor anxioase în cadrul celorlalte afecțiuni psihiatrice.

1.9 Metode psihologice de evaluare a anxietății

Explorarea clinică a stărilor anxioase, deci abordarea lor pe planul practicii clinice reprezintă deocamdată instrumentul cel mai accesibil, deoarece explorarea biologică nu poate fi încă luată în discuție la nivelul unui cabinet sau al unității obișnuite de psihiatrie.

Testele psihologice, în special cele de personalitate pot aduce informații utile pentru clinician ca și metoda aplicării interviurilor structurate.

III TRATAMENTUL TULBURĂRILOR ANXIOASE. PSIHOTERAPIA DE ORIENTARE PSIHANALITICĂ ȘI ALTE TERAPII

1. Metoda psihoterapiei de inspirație psihanalitică (cadru teoretic, tehnică, indicații)

Metodele psihanalitice moderne de tratament diferă destul de mult de cele inventate de FREUD. El are meritul istoric de a fi făcut o observație remarcabilă: recunoașterea motivațiilor înconștiente ale pacientului de către medic, aducerea acestora în planul conștient al pacientului și înțelegerea lor, toate acestea acționează în mod curativ.

1.1 Cadrul teoretic

FREUD și-a dat seama că succesul tratamentului depindea de capacitatea pacientului de a înțelege semnificația emoțională a unei experiențe la un anumit nivel al intensității sale, dar și de a reține și folosi în viitor rezultatul acestei introspecții. Dacă experiența se repeta, apărea o altă reacție care nu mai era supusă fenomenului refulării și pacientul înregistra o schimbare în economia sa psihică.

Astfel, psihanaliza a fost recunoscută ca o metodă consistentă pentru descoperirea și modificarea fenomenelor înconștiente care dau nașterea la conflictul intrapsihic.

Fazele procesului analitic sînt în număr de trei. Prima fază include inițierea și consolidarea situației analitice. A doua fază include apariția și analiza nevrozei de transfer. A treia fază implică realizarea cu succes a unei finalizări și separări de procesul analitic. Cele trei faze asigură cadrul necesar progresului pacientului în analiză.

Faza terminală a analizei este paralelă cu rezolvarea situației oedipale în care tatăl trebuie suprimat și în care suprimarea se bazează pe capacitatea de identificare cu aspectele pozitive, pe constructe ale Eului, conform obiectelor parentale.

1.2 Tehnica analitică prevede totdeauna adaptarea între limitele capacităților de dezvoltare ale pacientului, ale necesităților și constelației defenselor sale, ca și adaptarea la stadiul procesului analitic în care se află pacientul la un moment dat. Departe de a acționa în mod izolat, segmentele tehnice analitice constituie părți ale unui proces viu, dinamic, în vederea inducerii și obținerii unei achiziții psihice interne semnificative.

Asociația liberă este piatra unghiulară a tehnicii psihanalitice, a cărei funcție, în afară de cea evidentă, a furnizării de conținut analizei, este cea de a induce regresia necesară și dependența pasivă care sînt legate de elaborarea, prelucrarea lor prin intermediul nevrozei de transfer.

Conflictul fundamental este reprezentat de repetarea conflictului original care a stat la originea nevrozei.

Interpretarea este instrumentul cel mai important pe care analistul îl folosește în reducerea rezistenței inconștiente.

Tratamentul psihanalitic clasic se întinde de-a lungul mai multor ani și solicită o răbdare infinită atât din partea analistului, cît și a pacientului.

1.3 Indicațiile terapiei psihanalitice țin seama de anumite criterii pe care încercăm să le sintetizăm (după KAMMERER - vîrsta: peste 20 de ani, - forța Eului, - puterea motivației (aspect primordial), - structura psihopatologică a personalității (contraindicate psihozele, episoadele psihotice acute în antecedente).

Personalitățile borderline nu întrucesc criteriile de analizabilitate.

Indicația princeps o constituie: nevrozele (nevroza de angoasă, nevroză fobică și nevroza isterică și mai puțin nevroza obsesională), tulburările caracteriale de tip reacțional, dificultățile de adaptare (profesionale, conjugale, în afara personalităților numite "psihopate") și tulburările psihosomatice.

Modificările în cadrul tehnicii analitice constituie și astăzi un izvor considerabil de discuții și controverse printre analiști, aceștia manifestînd o tendință crescîndă de a aborda cazuri din ce în ce mai dificile și mai complexe.

1.4 Contribuții ale școlii postfreudiene

Față de predecesorul și mentorul lor, psihanaliztii postfreudieni au adus modificări importante nu numai în ceea ce privește teoria dar și tehnica terapeutică.

În viziunea lui ERIKSON, una din sarcinile de bază ale terapeutului este aceea de a sprijini pacientul pentru construirea încrederii și responsabilității, etapă eșuată în perioada copilăriei, promovînd mutualitatea și încrederea în terapia pe care o aplica, sprijinindu-se mult pe cooperarea familiei.

Psihoterapiile analitice scurte sînt terapii individuale, cu suport verbal și relațional de orientare analitică în sensul în care ele se bazează pe principiile teoretice și anumite principii tehnice ale psihanalizei, în mod special cel al interpretării relației transferențiale. Atributul de "scurte" (fr.brèves, engl.short) este conferit de limitarea în timp, dar și de obiectivul care nu vizează decît o problemă bine circumscrisă a personalității pacientului. Aceste psihoterapii reprezintă rezultatul desfășurării în ultimii 20 de ani a unui curent de idei esențialmente pragmatic, sub influența dominantă a unor autori anglo-saxoni, cunoscînd în prezent o revigorare pe planul interesului practic, de cercetare și învățămînt.

FERENCZI (1922) a fost primul care a explorat metodic modificările ce trebuie aduse tehnicii psihanalitice, elaborînd în jurul anului 1918 o tehnică de terapie activă în care era exprimată opoziția deliberată în fața pasivității impuse prin chiar poziția culcată a pacientului.

RANK (1922), în mod independent, a întreprins abordări similare pe baza teoriei traumatismului nașterii, limitînd durata unei analize la 9 luni (durata gestației normale).

ALEXANDER și RENCH (1946) elaborează primul studiu psihanalitic sistematic al metodelor scurte de tratament prin repunerea în discuție a concepțiilor tradiționale ale terapiei de lungă durată și accentuînd asupra flexibilității terapeutice.

ALEXANDER introduce ideea că unul din elementele terapeutice majore rezidă în "experiența emoțională corectivă" care este trăită în timpul transferului.

Se cunosc astăzi nenumărate metode de psihoterapie (în jur de 200), dar dintre ele vom face referiri numai la acelea care recunosc inspirația psihanalitică.

Din acest ultim curent, începînd cu anii '60, s-au evidențiat cîteva școli care au elaborat criterii de selecție, a pacienților, modalități tehnice de tratament și au avut preocupări privind evaluarea științifică a rezultatelor.

Psihoterapiile psihanalitice își propun conștientizarea conflictelor intrapsihice care se află la originea inhibiției anxioase. Ele se adresează pacienților la care dimensiunea nevrotică dominantă impune un travaliu în profunzime, singurul susceptibil de a conduce la modificări durabile. Buna capacitate de verbalizare și de elaborare sînt indispensabile pentru succesul acestui tip de abordare. Cel mai frecvent, în cazul stărilor anxioase de care ne ocupăm este vorba de pacienți care prezintă tulburări cronice, evoluînd de mai multă sau mai puțină vreme, și aparținînd cadrului anxietății generalizate.

Psihoterapiile scurte de inspirație analitică reprezintă astăzi un instrument complementar arsenalului terapeutic al psihiatrului destinat a răspunde anumitor probleme emoționale mai mult sau mai puțin grave.

Principiile fundamentale ale psihoterapiilor analitice scurte se exprimă în următoarele: tratamentul este planificat, limitat în timp și focalizat pe obiectiv; poziția pacient-terapeut este față în față, iar acesta din urmă are o atitudine activă.

2. Direcții moderne în terapia tulburărilor anxioase

Tratamentul tulburărilor anxioase ar putea fi rezumat, după N.AAPRO (1989), în următoarea schemă:

. Primele opțiuni: tratament psihoterapeutic și tratament medicamentos și asocierile lor.

. Pentru atacurile de panică cu agorafobie, ANDREWS G. recomandă tratarea ambelor, a atacului de panică și a comportamentului de evitare.

După majoritatea autorilor cele mai bune rezultate se obțin cu tratamente combinate, cognitive și medicamentoase, fără să se înregistreze vreo superioritate a unuia sau altuia din tratamente, atunci cînd ele sînt administrate separat. Același tratament se aplică atacurilor de panică fără agorafobie.

În privința indicației unei terapii psihodinamice în tulburarea atacului de panică, există argumente pro și contra (PERRY, COOPERS și MICHELS, 1987).

. Pentru fobiile simple nu se face nici o diferență între o tehnică de expunere sau alta.

Tratamentul anxietății generalizate nu este în nici un caz medicamentos, așa după cum s-a demonstrat deja din anii 1970 - nici alprazolamul, nici anti-depresivele, nici beta-blocantele, nici clonidina. Terapiile cele mai promițătoare, după studiile recente, ar fi abordările cognitive și comportamentale, deși se pare că totuși, la ora actuală, există încercări de a se preciza criteriile de alegere a unui tratament, cel mai potrivit, pentru un anumit pacient. Terapiile nu sînt exclusive, asocierea lor neputînd fi decît benefică, fiind util a se începe cu o tehnică de psihoterapie verbală pentru abordarea anxietății generalizate, concomitent eventual cu prescrierea de anxiolitice și continuîndu-se, apoi, cu o tehnică de relaxare.

După cum subliniau BARBER și LUBORSKY (1991) fiecare tulburare anxioasă în parte necesită tratamente diferite la pacienți diferiți. Psihoterapia psihodinamică poate reprezenta tratamentul de elecție pentru un pacient bine "echipat" din punct de vedere al nivelului psihologic, motivat pentru a înțelege matricea din care se dezvoltă simptomele pe care le acuză, și dispus să investească timp, bani și efort în procesul terapiei.

3. Evaluarea rezultatelor psihoterapiilor

Evaluarea rezultatelor terapiei psihanalitice este extrem de dificilă din motive lesne de înțeles, ce țin în principal de subiectivitatea, atît a pacientului cît și a analistului. Dintre criteriile cele mai cunoscute de evaluare a rezultatelor psihoterapiei sînt cele propuse de KNIGHT (1941) și WOLBERG (1980).

IV MATERIAL SI METODĂ

Lucrarea de față a fost elaborată pe durata unei perioade de 3 ani, izvorită din dubla dorință de a analiza condițiile apariției tulburărilor anxioase la subiecții adulți pe care i-am avut în îngrijire în staționarul de zi (asistență psihiatrică semiambulatorie) și de a aborda, în activitatea mea clinică, diagnostică și terapeutică, o nouă metodă - psihoterapia de inspirație psihanalitică.

Apariția editorială în literatura română de specialitate a unor lucrări ca: "Introducere în psihopatologia antropologică" de Mircea Lazarescu (Ed.Facla, 1989), "Psihoterapie" de George Ionescu (Ed.Științifică, 1990) au fost evenimente care, în cadrul socio-politic creat după 1990, au permis profesioniștilor pasionați de psihoterapie practicarea acesteia repunând în drepturile sale această "abordare interumană bazată pe comunicarea prin dialog în mod constant descurajată, practic interzisă iar uneori sancționată" (G.Ionescu).

Cei 30 de pacienți au fost urmăriți în perioada octombrie 1990 - octombrie 1993 și au fost selecționați prin aplicarea criteriilor de diagnostic DSM III R.

În funcție de diagnosticul de internare (de prezentare), lotul are următoarea configurație:

| | |
|---|-----------------|
| - Tulburare de anxietate generalizată (300.02) | 27 cazuri |
| - Tulburare de panică fără agorafobie (300.01) | 2 cazuri |
| - Tulburare de panică cu agorafobie (300.21) | 1 caz |
| Dintre aceștia, unii subiecți au prezentat o comorbiditate cu alte categorii diagnostice, după cum urmează: | |
| - Distimia (300.40) | 9 cazuri (30 %) |
| - Agorafobie fără tulburări de panică (300.22) | 6 cazuri (20%) |
| - Tulburare de personalitate de tip isteric (301.50) | 3 cazuri (10%) |
| - Dependența de alcool (301.60) | 3 cazuri (10 %) |
| - Fobia socială (300.23) | 2 cazuri (5%) |
| - Tulburare de personalitate de tip dependent (301.60) | 2 cazuri (5%) |
| - Nevroză isterică de tip conversiv (300.11) | 2 cazuri (5 %) |
| - Fobia simplă (300.29) | 1 caz (3 %) |
| - Nevroză (300.70) | 1 caz (3 %) |
| - Inhibiția orgasmului masculin (302.74) | 1 caz (3 %) |

Seturile de criterii aplicate au condus la o omogenitate a lotului care s-a centrat, după cum se vede, în jurul tulburării de anxietate generalizate. Aceasta a

a constituit în același timp și o opțiune din punct de vedere al tipului de psihoterapie care s-a aplicat tuturor pacienților, spre deosebire de literatura internațională parcursă, din care a reieșit că tulburarea de panică, prin specificul său psihopatologic beneficiază predominant de psihoterapia cognitiv-comportamentală.

De asemenea, pentru o mai bună diferențiere între tulburările anxioase am aplicat fiecărui pacient (sub o formă adaptată) testul ADIS R (Anxiety Disorders Interviews Schedule - Revised), conceput de DI NARDO, BARLOW D.H., CERNY J, B.B.VERMILYA, J.A.HIMADI, WADDELL M., de la Albany, State University New York (1985), acesta dovedindu-și utilitatea, în special în scop diagnostic.

Un al doilea criteriu de selecție l-a constituit stadializarea evoluției personalității (ciclul dezvoltării psihologice) conform teoriei lui ERIKSON, din acest punct de vedere lotul studiat fiind format din două subloturi: 24 pacienți din grupa de vîrstă 20-40 ani (adultul tînăr - intimitate vs izolare); 6 pacienți din grupa 40-65 ani (adultul matur - generativitate vs. stagnare). În cadrul acestui ciclu al dezvoltării psihologice au fost luate în considerare tipurile de perturbări care pot surveni în fiecare etapă: întîrzierea dezvoltării, recuperabilă ulterior, și accentuarea unor perioade critice firești. Ambele tipuri au fost puse în relație cu stările psihopatologice codificate conform DSM III R , respectiv cu tulburarea de anxietate generalizată.

De asemenea, trebuie observat că 17 din cei 24 de pacienți din prima grupă aparțineau perioadei de vîrstă 20-30 ani și prezentau o problemă de dezvoltare specifică etapei E a ciclului eriksonian (adolescența - între 10-20 ani, cu cele două polarități reprezentate de identitate și confuzie de rol).

Astfel, în cazul acestui grup de 17 tineri, tulburările survenite țineau în mod clar de nerezolvarea anumitor aspecte din etapa anterioară (adolescență), deși ei se aflau, din punct de vedere cronologic, în etapa adultului tînăr.

Fiecărui subiect i s-a înmînat spre completare, înainte de începerea ședințelor de psihoterapie un chestionar de autoevaluare conceput la Clinica de psihiatrie Timișoara, care a avut în vedere aspecte de structură a persoanei. Tipologia structurală se conturează în evidențierea următoarelor aspecte ce pot fi în același timp corelate cu perspectiva dinamică: nevoi (dorințe, pretenții); atitudini bazale față de persoane și situații; capacități-abilități.

De asemenea consider că aspectele structurale menționate, specifice persoanei și caracterizînd-o în mod unic și irepetabil, nu au permis comentarea lor într-o perspectivă temporală, avînd în vedere durata variabilă a curei de

psihoterapie, cu o medie de:14 sedințe/ cură și deci o perioadă scurtă, în care eventualele modificări în ansamblul structural al persoanei nu pot fi semnificative.

În privința nivelului de inteligență și al valorilor cognitive funcționale, lotul luat în studiu a fost omogen, toți subiecții situându-se în limitele unei dezvoltări mentale normale.

În afara acestor instrumente de lucru, în cadrul Matricei de cercetare psihopatologică biografic structurată (Clinica psihiatrică Timișoara, 1991), adaptată lucrării de față, am utilizat datele biografice și dinamice obținute din istoric și cercetarea clinică a fiecărui caz, în figurarea celor 4 cicluri ale vieții, interferându-se cu cel al dezvoltării psihologice imaginat de ERIKSON. Este vorba de: ciclul familial (care include și ciclul conjugal); ciclul instructiv-profesional; ciclul locativ-gospodăresc; ciclul activităților și relațiilor sociale, la care am adăugat ciclul curei de psihoterapie. Evaluarea a fost făcută pentru ansamblul de funcționare socială ca și influențele psihosociale asupra persoanei în perioada în care subiectul a fost observat, respectiv pe axa sa biografică pînă în momentul intrării în psihoterapie (solicitări, stressuri, satisfacții). Tipul de stimulare, schimbările de viață, conflictele și tensiunile psihice dintre subiect și membrii rețelei sociale proxime, ca și frustrările și insatisfacțiile persistente; au fost corelate cu tipul de perturbare din fiecare etapă a ciclului dezvoltării psihologice și cu ceilalți parametri luați în studiu.

A mai fost luat în considerare aspectul legat de toxicomanii, dependențe, în cazurile noastre alcoolism, care pot sau nu interfera cu exercitarea vieții sociale.

Nici unul dintre subiecți nu a prezentat vreo boală somatică sau defect somatic.

Echilibrul structural al persoanei a fost evaluat atît prin interviul clinic și dinamica biografică, cît și prin examinări psihologice, efectuate de psihologul clinician care a folosit următoarele teste: Rotter, Szondi, Friedman, FPI.

S-a încercat în fiecare caz, evidențierea unor markeri psihologici și/sau biologici prin care să se poată emite ipoteza exprimării unei vulnerabilități crescute pentru apariția unor tulburări anxioase sau a unor tulburări asociate (de ex.distimia). Pentru aceasta s-au luat în discuție perturbările ce au apărut la nivelul ciclului dezvoltării psihologice, modalitățile de desfășurare a celorlalte cicluri ale vieții, ca și influențele persistente negative asupra persoanei care au putut fi evidențiate, mai ales în perioada inițială a personogenezei.

În privința psihoterapiei aplicate, cea de orientare psihanalitică, am optat pentru un punct de vedere flexibil în atitudinea de precizare sau nu a unui număr fix de ședințe de psihoterapie, în funcție de caracteristicile fiecărui caz în parte. În medie, fiecare subiect a beneficiat de 14 ședințe de psihoterapie, cu o frecvență obișnuită de 2 ședințe /săptămână (situațiile de 3 ședințe/săptămână sau o ședință pe săptămână au corespuns unor cazuri în care tensiunea psihologică a subiectului era foarte mare, la începutul terapiei, de obicei sau, respectiv, părții finale a terapiei).

Seleționarea pacienților pentru psihoterapia de orientare psihanalitică a fost operată și cu ajutorul unui set de criterii de analizabilitate care aparțin Institutului Psihanalitic din Amsterdam, făcându-se evaluări individuale ale fiecărui subiect, căutându-se corelații între aceste criterii și rezultatele psihoterapiei.

Rezultatele psihoterapiei au fost evaluate în două etape: la sfârșitul terapiei și la 3 luni după remisiunea simptomelor anxioase, în fiecare caz. Criteriile de evaluare a rezultatelor în "foarte bune", "bune" și "slabe" au fost elaborate de KNIGHT, și anume: ameliorarea simptomatologiei, creșterea eficienței în muncă, ameliorarea adaptării și creșterea plăcerii sexuale, ameliorarea relațiilor interpersonale și creșterea abilității de a face față conflictelor psihologice "obișnuite" și stressului.

Prelucrarea statistică a datelor a fost realizată cu ajutorul programului EPIINFO. Pentru studiul corelației a fost utilizat testul " χ " (PEARSON).

V. REZULTATE ȘI DISCUȚII

Structura lotului de 30 pacienți luați în studiu, este următoarea:

Vârsta: între 20-51 ani; 24 subiecți (80%) între 20-40 ani;

6 subiecți (20%) între 40-51 ani;

media de vîrstă: 34 ani.

Sexul: 21 femei (70%); 9 bărbați (30%).

Statutul marital: 16 căsătoriți; 14 necăsătoriți

17 fără copii; 13 cu copii.

Pregătirea profesională și nivelul de educație:

16 subiecți cu studii superioare;

14 subiecți cu studii medii.

Diagnosticul clinic (DSM III R)

27 subiecți - Tulburare de anxietate generalizată (cod 300.02)

2 subiecți - Tulburare de panică fără agorafobie (cod 300.01)

1 subiect - Tulburare de panică cu agorafobie

Se remarcă preponderența vârstei adulte tinere (20-40 ani), ca și cea a subiecților căsătoriți și fără copii în eșantionul studiat, deși 11 din cei 16 subiecți căsătoriți prezentau probleme legate de ciclul conjugal, prin divorț sau incapacitate a a-și găsi un partener, de a realiza apropierea, intimitatea.

În privința pregătirii profesionale, a nivelului instrucției, acesta a constituit și unul din criteriile de selecție (cel puțin studii medii) pentru psihoterapia de orientare psihanalitică. De altfel, după cum se cunoaște din studiile pe plan internațional, diferențele între nivelurile de școlarizare nu joacă ele singure un rol semnificativ în apariția stărilor anxioase.

Dintr-o altă perspectivă, numai 5 din cele 30 de cazuri au mai avut contacte anterioare (1, maximum 2) cu un serviciu psihiatric (policlinică sau spital), de unde rezultă că în lot sînt cuprinși pacienți cu un istoric "anxios" destul de recent și aflați la primul contact psihiatric; ceea ce contribuie, de asemenea, la omogenitatea lotului, în afara criteriilor de diagnostic folosite.

STRUCTURA LOTULUI ÎN FUNCȚIE DE ETAPELE CICLULUI DEZVOLTĂRII
PSIHOLOGICE (ERIKSON)

ȘI PREZENȚA CELOR DOUĂ POLARITĂȚI

Am analizat lotul în funcție de cele două criterii de "întârziere" și "criză": - după criteriul "întârziere", lotul prezintă următoarea structură:

- 16 subiecți - întârziere în parcurgerea etapei E (adolescența)
 - dintre care: 3 subiecți aveau o problemă aparținând identității (e1)
 - 13 subiecți aveau o problemă aparținând confuziei de rol (e2)
 - întârziere în parcurgerea etapei F (adult/tînăr)
 - dintre care: 14 subiecți prezentau o problemă aparținând intimității (f1)
 - 2 subiecți prezentau o problemă aparținând izolării (f2)
 - prezența problemelor comune etapelor E și F la 12 subiecți (e2=confuzia de rol și f1=intimitate)
- 3 subiecți - întârziere în parcurgerea etapei F (adult tînăr) toți prezentînd probleme aparținînd atât etapelor F, cît și G (f1=intimitate și g1=stagnare)

Ceilalți 11 subiecți ai lotului nu prezintă evenimentul "întârzierii", intrînd în categoria celor care se află în "criză":

- 1 subiect - criză în problema aparținînd confuziei de rol (e2)
- 6 subiecți - criză în problema aparținînd intimității (f1)
- 1 subiect - criză în problema aparținînd izolării (f2)
- 2 subiecți - criză în problema aparținînd generativității (g1)
- 1 subiect - criză în problema aparținînd stagnării (g2)

În plan diacronic și dinamic am urmărit în principal, următoarele obiective:

- 1) Corelații între tuburările anxioase și ciclurile vieții
- 2) Corelații între toți factorii analizați aparținînd ciclurilor vieții, comorbiditatea tulburărilor anxioase și profilul structural tipologic al fiecărui subiect
- 3) Evaluarea rezultatelor psihoterapiei pentru fiecare caz la terminarea curei și la 3 luni de la remisia simptomelor.

Prima grupă mare de corelații a fost căutată între apariția tulburărilor anxioase la subiecții din eșantion și ciclurile vieții (familial, conjugal, instructiv-profesional, locativ-gospodăresc, al activităților și relațiilor sociale) ca și cu nivelul de solicitări, de funcționare socială și toxicomanii.

Corelații în apariția tulburărilor anxioase cu ciclul familial

Menționăm că în analiza acestui ciclu la eșantionul de subiecți studiați, în afara statutului marital sau prezenței sau absenței copiilor, deja menționate, 12 subiecți nu au avut substituiți parentali, 7 subiecți nu au avut frați și 3 subiecți nu au avut relații semnificative cu alte rude.

- tipologia relațiilor dintre părinți:

- 6 subiecți (20%) - relații de tip a (mutualitate, comprehensiune, dragoste)
- 6 subiecți (20%) - relații de tip c (dominare /dependență)
- 12 subiecți (40%) - relații de tip d (ostile și tensionate)
- 2 subiecți - relații de tip e (ambivalență)
- 3 subiecți (10%) - relații de tip f (rejecție, excludere)
- 1 subiect - relații de tip g (indiferență, neglijare)

Rezultă ponderea importantă pe care o au relațiile ostile și tensionate dintre părinți, care includ, pe de o parte, atitudine critică în inducerea unor stări de frustrare prin insulte, sancțiuni, iar pe de altă parte ripostă similară, asupra copiilor și riscul pe care îl comportă în exprimarea, la vîrsta adultă, a tulburărilor anxioase.

- tipologia relațiilor subiectului cu mama sa:

- 2 subiecți - relații de tip a (afecțiune echilibrată, încredere, ascultare rațională)
- 11 subiecții (36%) - relații de tip b (atașament excesiv)
- 8 subiecți (26%) - relații de tip c (opozitivitate explicită sau pasiv-agresivă)
- 1 subiect - relații de tip e (frică exagerată)
- 6 subiecți (20%) - relații de tip f (atitudine ambivalentă)

Faptul că 36% dintre subiecți au prezentat de-a lungul dezvoltării lor relații de atașament excesiv față de mamă este o confirmare a implicațiilor profunde pe care le are stabilirea relațiilor copilului cu primul obiect al iubirii - de obicei sînul matern. De asemenea, se remarcă la 26% din subiecți prezența relației de opozitivitate explicită sau pasiv-agresivă, care ar putea fi considerată în mare, opusul atașamentului excesiv. De remarcă că nici un subiect nu a avut o relație de indiferență față de mama sa.

- tipologia relațiilor subiectului cu tatăl

3 subiecți - relații de tip a (afecțiune echilibrată, încredere, ascultare rațională)

4 subiecți (13%) - relații de tip b (atașament excesiv)

3 subiecți - relații de tip c (opozitivitate explicită sau pasiv agresivă)

7 subiecți (23%) - relații de tip d (ostilitate)

2 subiecți - relații de tip e (frică exagerată)

7 subiecți (23 %) - relații de tip f (atitudine ambivalentă)

4 subiecți (13%) - relații de tip g (indiferență)

În lotul studiat, se remarcă ponderea egală pe care o au, în apariția stărilor anxioase, relațiile de ostilitate sau ambivalență ale copilului față de tatăl său, și o pondere mai redusă pe care o reprezintă relațiile de atașament excesiv și de indiferență (în contrast cu situația mamei în această configurație familială).

- tipologia relațiilor subiectului cu frații

7 subiecți - nu au frați

2 subiecți - relații de tip a (mutualitate, comprehensiune, dragoste)

2 subiecți - relații de tip b (răsfăț, alintare)

4 subiecți - relații de tip c (dominare/dependență)

3 subiecți - relații de tip d (ostile și tensionate)

4 subiecți - relații de tip e (ambivalente)

3 subiecți - relații de tip f (rejecție și excludere)

5 subiecți - relații de tip g (indiferență, neglijare)

În acest caz, se observă tendința la o distribuție uniformă a tipurilor de relație în frătrie, ceea ce denotă că ele nu au un rol important în apariția tulburărilor anxioase.

- tipologia relațiilor cu substituiții parentali (bunicii)

12 subiecți - nu este cazul

12 subiecți (40%) - relații de tip a (mutualitate, comprehensiune, dragoste)

2 subiecți - relații de tip b (răsfăț, alintare)

1 subiect - relații de tip e (ambivalență)

2 subiecți - relații de tip f (rejecție, excludere)

1 subiect - relații de tip g (indiferență, neglijare)

De notat că o bună parte (40%) din subiecți au fost lipsiți de relația cu părinții naturali, bunicii ocupînd locul acestora în asigurarea, cel puțin a perioadei de dezvoltare și educație între 0 - 7 ani, reușind să suplinească aparent cu succes rolul parental.

- tipologia relațiilor subiectului cu partenerul (concubin, soț/soție)

- 4 subiecți - 0
- 4 subiecți - relații de tip a (mutualitate, comprehensiune, dragoste)
- 8 subiecți (20%) - relații de tip c (dominare/dependență)
- 2 subiecți - relații de tip d (ostile și tensionate)
- 9 subiecți (30%) - relații de tip e (ambivalență)
- 2 subiecți - relații de tip f (rejecție, excludere)
- 1 subiect - relații de tip g (indiferență, neglijare)

Rezultă că cele mai multe cazuri studiate întrețin relații ambivalente cu partenerul de cuplu, după care urmează relațiile de tip dominare/dependență.

Corelații între apariția tulburărilor anxioase și ciclul conjugal

- 1 subiect - a2 (concubinaj)
- 8 subiecți (26%) - a3 (eșec de căutare, prietenie)
- 2 subiecți - b3 (avort, moartea copilului)
- 4 subiecți - c1 (împăcare între parteneri)
- 5 subiecți (16%) - c3 (divorț)
- 4 subiecți (13%) - e3 (eșec în inițierea unei noi legături)
- 4 subiecți - F (relativa armonie)

Din această structură rezultă importanța pe care o are insuccesul în realizarea unei apropieri de un partener, ca și situația de divorț în generarea anxietății la subiecții luați în studiu.

- tipologia relațiilor subiectului cu copilul (copiii)

- 16 subiecți nu au copii; 4 subiecți (din ceilalți 14) au câte 2 copii
- 4 subiecți (13%) - relații de tip a (mutualitate, comprehensiune, dragoste)
- 3 subiecți - relații de tip b (răsfăț, alintare)
- 4 subiecți (13%) - relații de tip c (dominare)
- 1 subiect - relații de tip e (ambivalență)
- 2 subiecți - relații de tip g (indiferență, neglijare)

Din lotul studiat, mai mult de jumătate din subiecți nu au copii, iar ceilalți prezintă în mod egal cele două polarități, fie o relație de comprehensiune și dragoste, fie una de dominare.

- tipologia relațiilor subiectului cu alte rude

- 3 subiecți nu au rude
- 3 subiecți - relații de tip a (mutualitate, comprehensiune, dragoste)
- 1 subiect - relații de tip b (răsfăț, alintare)
- 3 subiecți - relații de tip c (dominare/dependență)
- 6 subiecți (20%) - relații de tip e (ambivalență)

5 subiecți - relații de tip f (rejecție, excludere)

9 subiecți (30%) - relații de tip g (indiferență, neglijare)

În lotul studiat relațiile cu ceilalți membri ai familiei (rude - de obicei mătuși, unchi) par a reprezenta (30%) relații de indiferență și neglijare, ne jucând un rol semnificativ în apariția stărilor anxioase.

Corelații între apariția tulburărilor anxioase și ciclul profesional

13 subiecți (43%) s-au aflat în faza de intrare (-) într-un ciclu instructiv profesional

3 subiecți s-au aflat în faza de ieșire (+) dintr-un ciclu instructiv profesional

14 subiecți (46%) s-au aflat în faza de pauză (0) de ciclu instructiv profesional

Se observă că evenimentele ciclului instructiv-profesional nu constituie o sursă de generare a stărilor anxioase la subiecții luați în considerare.

Corelații între apariția tulburărilor anxioase și ciclul locativ-gospodăresc

20 subiecți (66%) au condiții fizice bune de locuit

8 subiecți (26%) au condiții fizice mediocre

2 subiecți au condiții proaste de locuit

18 subiecți (60%) au condiții umane bune de locuit

9 subiecți au condiții umane mediocre de locuit

3 subiecți au condiții umane slabe de locuit

9 subiecți (30%) au activități gospodărești foarte grele

6 subiecți au activități gospodărești puține

15 subiecți (50%) nu au deloc activități gospodărești

Este evidentă lipsa corelațiilor între factorii ciclului locativ-gospodăresc și apariția anxietății.

Corelații între apariția tulburărilor anxioase și ciclul activităților și relațiilor sociale

Menționez că activități de tip "hobby" și religioase nu am întâlnit decât la 2 persoane. De aceea ne-am rezumat la evaluarea relațiilor sociale de tipul prietenilor familiale (1) și personale (2). Astfel, am constatat că :

25 subiecți (83%) nu întrețineau relații de prietenie familială
2 subiecți întrețineau relații de prietenie familială
3 subiecți nu au putut preciza
8 subiecți întrețineau relații de prietenie personale
11 subiecți (36%) nu întrețineau relații de prietenie personale
11 subiecți (93%) nu au putut preciza relații de prietenie personală
Proporția importantă a celor ce nu întrețin relații de prietenie familială sau personală este sugestivă pentru contribuția izolării la generarea fenomenelor anxioase.

Corelații între apariția tulburărilor anxioase și nivelul de solicitări, stressuri, satisfacții

8 subiecți au prezentat 1a (solicitări pasive, epuizante, reprezentate de obligații ce nu pot fi evitate)
11 subiecți au prezentat 1b (angajare stimulantă în proiecte personale dorite)
3 subiecți au prezentat 2a (substimulare negativă prin lipsă de solicitare afectivă și gol de proiecte)
12 subiecți au prezentat 3a (stressuri negative secvențiale - psihotraumă, schimbare nefavorabilă, eșec)
12 subiecți au prezentat 3d (stressuri negative persistente - conflicte, tensiuni, frustrări)
Nu au fost cazuri care să se încadreze la situația f (stressuri pozitive, satisfacții de viață).

Menționăm aici că schimbările de viață constau în principal în modificări ce survin în cele 4 cicluri ale vieții (mai ales în cel familial și conjugal) presupunând modificări consecutive în rețeaua de suport social. De asemenea, conflictele și tensiunile psihice sînt considerate de a avea loc între subiect și membrii rețelei sociale proxime, afectînd relațiile interpersonale. frustrările și nesatisfacerea persistentă a nevoilor personale (pulsioni,) reprezintă nucleul nevrozelor și au fost evaluate ca atare de subiecții respectivi.

După cum se observă în esantionul nostru se remarcă absența unei diferențieri în generarea fenomenului anxios între tipul de solicitare pasiv-epuizantă și stimulantă. Pe de altă parte, ponderea importantă a stresului negativ, prezent la 24 din subiecți, este relevantă pentru rolul acestuia în apariția stărilor

anxioase. De menționat, că din cei 11 subiecți cu angajare stimulantă, 7 prezintă stressuri negative secvențiale sau persistente care contracarează efectul pozitiv al angajării stimulante, favorizând instalarea stării anxioase.

Corelații între apariția tulburărilor anxioase și nivelul de funcționare socială

10 subiecți (33%) au prezentat un bun nivel de funcționare socială (1)
5 subiecți au prezentat un slab nivel de funcționare socială (2)
15 subiecți (50%) au prezentat un nivel satisfăcător de funcționare socială (3)
Se relevă faptul că 2/3 din lot nu au un nivel bun de funcționare socială.

Corelații între apariția tulburărilor anxioase și a toxicomaniei (alcoolism)

3 subiecți nu au prezentat o perturbare a vieții sociale prin alcoolism (1)
2 subiecți au prezentat o perturbare a vieții sociale prin alcoolism (2)
25 subiecți nu au probleme de toxicomanie
Se observă că în lotul nostru numai la 5 subiecți s-a pus în evidență componenta dependenței de alcool în raport cu apariția fenomenelor anxioase.

A doua categorie de interes pentru cercetarea întreprinsă a reprezentat-o căutarea de corelații între toți factorii analizați, componenți ai ciclurilor vieții, comorbiditatea stărilor anxioase și profilul structural tipologic al fiecărui subiect obținut prin chestionarul de autoevaluare a nevoilor, aptitudinilor și abilităților personale.

Prezența la 12 subiecți a problematicilor comune ale confuziei de rol și intimității prin întârziere în rezolvarea crizelor din etapa anterioară de dezvoltare psihologică, denotă relația cauzală dintre confuzia de rol și intimitate, determinismul psihodinamic.

În această direcție am găsit o corelație semnificativă ($p=0,06$) între etapa E (adolescența) respectiv e2 (confuzia de rol) și nivelul satisfăcător de funcționare socială.

De asemenea, se remarcă o corelație semnificativă ($p=0,01$) între existența problematicii aparținând intimității (f1) și cea a stressului negativ persistent (3b). Această constatare vine în sprijinul acreditării ideii că anxiosul nevrotic, copleșit

de trăirile frustrante, de propriul conflict intrapsihic, nu reușește să se realizeze pe planul relațiilor de apropiere, de intimitate.

De menționat că în urma examenelor de investigare psihologică a personalității (FPI, Rotter, Szondi) efectuate de psihologul clinician s-au conturat 17 personalități cu "trăsături accentuate" (nevrotice, în accepțiunea selecției lotului nostru conform criteriilor de diagnostic) și 3 de tip "psihopat-dizarmonic".

Tabloul psihopatologic al tuturor subiecților cuprinși în lot, a prezentat, pe lângă stările anxioase din prim plan, o patologie de asociere cu următoarea structură:

| | | |
|------------|--------|--|
| 2 subiecți | 300.11 | Nevroza isterică - tip conversiv |
| 6 subiecți | 300.22 | Agorafobie fără tulburări de panică |
| 2 subiecți | 300.23 | Fobie socială |
| 1 subiect | 300.29 | Fobie simplă |
| 9 subiecți | 300.40 | Distimie |
| 1 subiect | 300.70 | Nevroză hipocondriacă |
| 3 subiecți | 301.50 | Tulburarea de personalitate isterică |
| 2 subiecți | 301.60 | Tulburarea de personalitate dependentă |
| 3 subiecți | 303.90 | Dependența de alcool |
| 1 subiect | 302.74 | Inhibiția orgasmului masculin |

Am remarcat o corelație semnificativă ($p=0,02$) între distimie (300.40) și prezența crizei de identitate (e1). De asemenea, distimia este mai frecventă la subiecții aparținând etapei F (adult tânăr) și G (adult matur).

În studiul corelațiilor structurii personalității după chestionarul de autoevaluare completat de fiecare subiect, am observat următoarele aspecte semnificative:

- există o corelație semnificativă ($p=0,02$) între valorile mari ale grupului B de întrebări și confuzia de rol (e2)
- există o corelație semnificativă ($p=0,02$) între valorile mari ale grupului C de întrebări și f1 (intimitate) și între valori mari ale grupului C de întrebări și f2 (izolare).

Al treilea obiectiv a fost evaluarea rezultatelor psihoterapiei fiecărui caz, atât la sfârșitul curei, cât și la 3 luni distanță de la remisiunea simptomelor am obținut următoarele rezultate:

- la sfârșitul curei: 17 subiecți (56%) - rezultate foarte bune
13 subiecți (44%) - rezultate bune

- la 3 luni de la sfârșitul terapiei:

- 6 subiecți (20%) - rezultate foarte bune
- 15 subiecți (50%) - rezultate bune
- 9 subiecți (30%) - rezultate slabe

Se remarcă o glisare a calității rezultatelor psihoterapiei dinspre "foarte bine" spre "bine" sau "slab", astfel:

Din cei 17 subiecți cu rezultate "foarte bune", numai 6 își păstrează nivelul remisiunii, 10 subiecți prezentând nivelul "bun" și 1 subiect nivelul "slab".

Din cei 13 subiecți cu rezultate "bune", numai 5 și-au păstrat calitatea remisiunii, 8 subiecți glisând către nivelul "slab".

Am constatat o corelație semnificativă ($p=0,06$) dintre nivelul remisiunii de la terminarea curei și grupul B de întrebări din chestionarul de autoevaluare a persoanei, în sensul că rezultate mai bune au prezentat cei cu valori mari de pe scala de evaluare a întrebărilor.

Absența corelațiilor între alte variabile luate în studiu poate fi explicată prin absența unei legități între fenomenele studiate, pe de o parte și dimensiunea mică a lotului, pe de altă parte.

VI CONCLUZII

Lucrarea a avut trei obiective:

- . Stabilirea de corelații între stările anxioase și ciclurile vieții;
- . Stabilirea de corelații între ciclurile, alte tulburări asociate stărilor anxioase și profilul tipologic-structural al subiectului;
- . Evaluarea rezultatelor psihoterapiei la terminarea sa și la 3 luni de la remisiunea simptomelor.

Premizele de la care s-a pornit au fost: interesul pentru patologia anxioasă a adultului în asistența psihiatrică semiambulatorie, în staționarul de zi, abordarea unei viziuni psihodinamice a fenomenelor anxioase raportate la ciclurile vieții și pledoaria pentru psihoterapie (cea de inspirație analitică în lucrarea de față) și, în orice caz, pentru terapia combinată, farmacologică și psihologică în stările anxioase.

Din lotul de 30 de pacienți, selecționați după criteriile de diagnostic ale DSM III R pentru tulburările anxioase și urmărit pe o perioadă de 3 ani (octombrie 1990 - octombrie 1993), majoritatea subiecților (27) au fost încadrați în codul 300.02 - cu tulburare de anxietate generalizată, numai 2 la codul 300.01 cu tulburare de panică fără agorafobie și 1 caz la codul 300.21 cu tulburare de panică cu agorafobie.

Principalele concluzii ale cercetării sînt următoarele:

1. Vîrsta medie a subiecților este de 34 ani, preponderent vîrsta adultă tînă (20 - 40 ani), sexul feminin, statutul marital de necăsătorit și fără copii.
2. Structura lotului din punct de vedere al etapelor ciclului dezvoltării psihologice a indicat o superioritate ușoară a numărului celor ce prezentau evenimente de tipul "întîrzierii" în dezvoltare prin nerealizarea unei identități solide cu părinții sau substituții parentali. Aceasta îi face să sufere de ceea ce ERIKSON numește difuziunea identității sau confuzia de rol (absența sentimentului de sine și în legătură cu raportarea la ceilalți).

Se confirmă, de asemenea, aserțiunea aceluiași autor, că această criză a identificării, care este în același timp și o criză normativă, apare la sfîrșitul adolescenței (în cazul subiecților noștri între 20 - 30 ani), determinînd implicații profunde în capacitatea de a stabili relații de intimitate (prietenie, iubire, relații sexuale). Astfel, în lotul nostru un număr semnificativ (12 subiecți) prezintă perturbări concomitente ale identității, prin confuzia de rol, și ale intimității.

Starea de "criză", în schimb, este mai evidentă pentru capacitatea de a realiza sau întreține relații de intimitate.

Numai 3 subiecți sînt afectați de perturbări în sfera intimitate-generativitate, ca rezultat al neparcurgerii unei etape anterioare, de adult tînăr.

3. În privința corelațiilor care au fost găsite în studiul de față între ciclul familial și apariția tulburărilor anxioase, a reieșit că tipologia relațiilor subiectului cu familia sa de origine și cu cea proprie are o influență în următorul sens: - relații ostile și tensionate între părinți, urmate de cele de dominare/dependență. Aceasta confirmă, pe de o parte, concepția lui Erich FROMM privind apariția angoasei în legătură cu conflictele din anturajul persoanei, ca și pe cea a lui PARKER (1983) asupra comportamentului parental adversiv în patogeneza anxietății generalizate; - relațiile de atașament excesiv față de mamă, urmate de cele de tip opozitivitate (explicită sau pasiv-agresivă) indică, la subiecții noștri, o parentare patogenă atît prin supraprotecție cît și/sau prin absență cu dezvoltarea la copil (subiect) a unei apărări prin opoziție.

Acest lucru s-ar putea adăuga observațiilor lui SILOVE (1991) care consideră că părinții supraprotectori sînt prezenți într-un procentaj mai crescut la pacienții adulți cu tulburări de anxietate generalizată (față de cei cu tulburare de panică); - în privința relațiilor cu tatăl, sînt prezente, în egală măsură la lotul nostru, relațiile de ostilitate și ambivalență. În afară de mențiunile făcute mai sus, s-ar mai putea adăuga că rezultatele noastre vin în sprijinul teoriei lui BOWLBY privind "distorsiunile" parentale, prin absența răspunsului sau chiar rejectarea activă a părinților, atitudinilor care pot induce la copil (viitorul adult cu tulburări anxioase) sentimentul pericolului de a fi abandonat. În acest sens, angoasa de separare, generată de separarea de mamă, prin mecanismul de pierdere a obiectului, reprezintă o condiție unanim recunoscută în apariția tulburărilor anxioase, în special a tulburărilor de panică și agorafobiei, reprezentînd un factor de vulnerabilitate, după cum atestă și cercetările lui KLEIN(1964), GABBARD (1990); - relațiile în fratrie nu au fost semnificative pentru lotul nostru; - relațiile cu substituții parentali la subiecții care s-au aflat în această situație au fost de mutualitate și nu au influențat ele însele apariția tulburărilor anxioase.

4. Studiul tulburărilor anxioase și al ciclului conjugal a condus la stabilirea unor concluzii, în sensul că, în privința relațiilor dintre parteneri a fost mai frecvent tipul ambivalent și dominare/dependență. Acestea au fost completate cu cea referitoare

la dificultățile în stabilirea intimității (găsirea unui partener) și situația de divorț, care au fost condițiile patogene cele mai frecvente în lotul nostru. Absența copiilor, în cele mai multe cazuri, a demonstrat semnificația pozitivă a prezenței copilului pentru stabilitatea cuplului și pentru echilibrul afectiv.

5. Corelațiile obținute între tulburările anxioase și ciclul activităților și relațiilor sociale au fost semnificative, în sensul că izolarea individului de grupul familial sau absența întreținerii unei relații interpersonale de prietenie, constituie factori importanți de vulnerabilitate.

6. În privința tipului de solicitare, ponderea stresului negativ a fost semnificativă, cei mai mulți subiecți (24) dezvoltând simptomatologia anxioasă în prezența unei psihotraume, schimbări nefavorabile, eșec sau frustrări, tensiuni.

În ciuda faptului că s-au aflat sub influența unei stimulări angajante, în proiecte personale, deci dorite de ei, dintre acești 11 subiecți, 7 au prezentat concomitent stresuri negative, acești factori cumulându-se în determinarea instalării fenomenelor anxioase.

7. Referitor la implicațiile pe care le are prezența tulburărilor anxioase la subiecții noștri asupra funcționalității lor sociale generale, 2/3 dintre cazuri nu au un nivel bun. Acesta este încă un argument pentru răsunetul negativ important pe care îl au, la vîrsta adultă, tulburările anxioase, în capacitatea de adaptare a individului la lumea activă, creatoare, la armonizarea relațiilor sale cu grupul social și pentru propria valorizare.

Consecutiv, această concluzie este un semnal pentru asistența psihiatrică, în sensul acordării unei atenții sporite măsurilor terapeutice celor mai adecvate, atât biologice, cît și psihologice.

8. Încercările de a căuta corelații în eșantionul luat în studiu, între toți factorii analizați în cadrul ciclurilor vieții, au dus la concluzia că nerezolvarea la timp a segmentului adolescenței, ce comportă stabilirea identității, se corelează semnificativ cu "întîrzierea" procesului de dobîndire a intimității din perioada vîrstei adulte. Acesta confirmă, o dată în plus, validitatea teoriei lui ERIKSON și acreditează caracteristicile echivalente în lotul nostru de subiecți.

9. De asemenea, am găsit corelații semnificative între perturbarea la nivelul atitudinii de tipul confuziei de rol cu nivelul de funcționare socială cōtat cu "satisfăcător". Această constatare corespunde cu teoria ciclului vieții a lui ERIKSON care postulează că nereușita în depășirea cauzelor de dezvoltare, conduce la disadaptare pe plan cognitiv, emoțional, social și fizic. Acesta este încă o ilustrare a evoluție negative (patologice) în dezvoltarea persoanei, cu imposibilitatea atingerii unui nivel nou de activitate și superior calitativ, datorită nerezolvării crizei din etapele anterioare.

10. Concluzii semnificative au putut fi desprinse și din corelațiile găsite între perturbările aparținînd polarității de generativitate și solicitarea de tipul stresului negativ persistent, pe care, în concepția noastră, am asimilat-o noțiunii de conflict intrapsihic.

Generativitatea, ca "preocupare de stabilizare și orientare a generației următoare", presupune "dăruire față de ceilalți, fie prin intermediul propriilor copii, fie prin al creației născute din iubire, necesități sau accident"; ea este consacrată, de obicei, prin căsătorie. Iată cum, implicit, realizarea generativității este condiționată de realizarea intimității, iar aceasta, la rîndul ei, de dobîndirea identității Eului, de condiționarea silinței (hărniciei), consecință a parcurgerii cu succes a etapei de inițiativă, de autonomie și de încredere bazală. Aceste ultime cinci stadii de dezvoltare corespunzătoare stadiilor dezvoltării sexuale ale lui FREUD, reprezintă "scena" de desfășurare a conflictelor (intra)psihice între două exigențe interne, contrarii (între dorință-defensă; diferite sisteme sau instanțe; între pulsuni; conflict oedipian, tendințe ce conduc la interdicție).

Această concluzie reprezintă o contribuție adusă la studiul apariției tulburărilor anxioase la vîrsta adultă (peste 40 ani), considerate ca simptome ce rezidă din exprimarea mediată a unui conflict latent.

11. În privința asocierii întîlnite la pacienții noștri între tulburările anxioase și alte categorii nosologice, menționăm că: am delimitat la cei mai mulți tulburarea de anxietate generalizată, căreia i-am găsit o comorbiditate cu distimia (30% din cazuri) și cu agorafobia fără istoric de tulburări de panică (20% din cazuri). Aceste constatări se alătură datelor comunicate în literatura internațională care atestă asocierea anxietate-depresie, mai ales la pacienții ce prezintă o tulburare de panică sau anxietate generalizată (ca în cazul majorității subiecților noștri).

Deși agorafobia fără istoric de tulburare de panică aparține tot grupului de tulburări anxioase (DSM III R) sau grupului de tulburări anxios-fobice (ICD 10), am considerat-o ca pe un al doilea diagnostic (asociată tulburării de anxietate generalizată), lotul nostru neincluzând cazuri de agorafobie izolată.

De asemenea, concluziile noastre certifică rezultatele altor studii care au constatat că existența uneia din cele două patologii (anxietatea sau depresia) multiplică riscul de apariție a celeilalte.

Interesante sînt și corelațiile dintre distimie (pentru care comorbiditatea este cea mai semnificativă) și etapele ce compun ciclul dezvoltării psihologice a personalității. Astfel, asocierea distimiei se corelează semnificativ cu criza pe care o parcurg subiecții noștri în dobîndirea identității de sine și față de ceilalți.

Acesta vine în sprijinul ipotezei că etapa adolescenței reprezintă un punct crucial pentru lansarea subiectului în vîrsta adultă, din care pot emerge atît depresia, cît și anxietatea.

De asemenea, corelații semnificative ale distimiei au fost găsite și cu etapa F (vîrsta adultă tînăra) și G (vîrsta adultă matură), secvențe biografice care, prin evenimentele stressante de viață pe care le presupun (pierderea partenerului, boli somatice, șomaj etc.) reprezintă un cadru favorabil dezvoltării tulburărilor depresive persistente (nevroza depresivă, în special).

12. Concluziile legate de modul în care ciclul dezvoltării psihologice prin etapele succesive descrise de ERIKSON, pot influența sau pot fi influențate de nevoile, atitudinile și abilitățile persoanei s-au conturat, la lotul nostru în sensul următor:

- valori mari ale răspunsurilor privind autoevaluarea propriilor atitudini ale subiecților, deci spre extremele ce conțin aprecierile: incapabil, nedemn de stimă, demn de dispreț, inferior celor mai mulți, în ansamblu vinovat, demn de compătimit - se corelează semnificativ cu perturbări ce se referă la confuzia de rol. Acesta înseamnă că sentimentul scăzut al autostimei contribuie, patogenetic, la întîrzierea procesului de cîștigare a identității și poate, la asocierea tulburărilor depresive cu cele anxioase.

- valori mari ale răspunsurilor privind autoevaluarea atitudinii celorlalți față de subiecții noștri (deci, spre extrema: ostilitate, opoziție, suspiciune, desconsiderare, dispreț, batjocură, ură, indiferență, rea voință, lipsă de colaborare, lipsă de respect, intenția de a domina, milă sau frică) se corelează semnificativ cu problematica izolării - echivalentul confuziei de rol în cazul vîrstei adultului tînăr.

Ar rezulta deci, importanța patogenetică atât a factorilor interni (perturbări în dezvoltarea psihologică) cât și a celor externi, aparținând celorlalți indivizi cu care subiectul intră în relație, în generarea tulburărilor anxioase.

- valori mici ale aceluiași răspunsuri (respectiv extrema: înțelegere, sprijin, încredere, apreciere, admirație, stimă, simpatie, prietenie, dragoste, interes, bunăvoință, colaborare, respect, supunere) se corelează semnificativ în lotul nostru cu dificultățile de realizare a intimității - echivalentul identității din faza anterioară (adolescența) celei a vârstei adultului tânăr.

De aici s-ar putea trage concluzia (discutabilă în absența unor cercetări pe loturi comparative) că un grad prea mare de confirmare socială și de aprobare din partea grupului social ar putea fi riscant pentru dobândirea unei relații de intimitate autentice.

13. Deși pe plan internațional abordarea psihanalitică a stărilor anxioase a fost mai puțin studiată (AAPRO, 1989) în favoarea psihoterapiei cognitiv-comportamentale, demersul autoarei în planul psihoterapiei de inspirație psihoanalitică s-a concretizat în următoarele rezultate:

- dacă la terminarea curei de psihoterapie 17 pacienți au prezentat calificativul foarte bine, după 3 luni, numai 6 subiecți mai puteau fi evaluați la fel;

- numai 10 subiecți au păstrat aceeași calitate a remisiunii, "bună" - la sfârșitul curei și după 3 luni de la terminarea ei;

- cei 5 subiecți etichetați cu remisiune "bună" la sfârșitul curei s-au adăugat celor 9 subiecți cu remisiune "slabă".

Aceste rezultate corespund, într-o oarecare măsură, datelor comunicate de GABBARD (1992) într-un studiu asupra unui lot de pacienți cu tulburare de anxietate generalizată, tratați prin metode psihoterapeutice de inspirație psihanalitică și, care prezentau, totuși, într-o bună parte, un nivel crescut de anxietate la sfârșitul curei, numărul pacienților anchemtați fiind de aproape 40%.

Creșterea toleranței la frustrare reprezintă, în fapt, dezideratul princeps a acestei tehnici.

VII CUPRINSUL TEZEI

| | pag. |
|--|------|
| INTRODUCERE | 3 |
| I. CICLURILE VIEȚII-CONCEPTE, TEORII, PRIVIND STADIALIZAREA DEZVOLTĂRII PERSONALITĂȚII. | 6 |
| 1. Istoricul conceptului ciclurilor vieții. | 6 |
| 1.1. Concepte și terminologie în legătură cu ciclurile vieții. | 6 |
| 1.2. Puncte de vedere în teoria ciclurilor vieții | 8 |
| 1.2.1. Sigmund Freud | 8 |
| 1.2.2. Karl Abraham | 8 |
| 1.2.3. Melanie Klein | 8 |
| 1.2.4. C.G.Jung | 8 |
| 1.2.5. H.S.Sullivan | 9 |
| 1.2.6. Margaret Mahler | 9 |
| 1.2.7. J.Piaget | 10 |
| 1.2.8. D.Levinson | 10 |
| 1.2.9. S.Vaillant | 12 |
| 2. Modelul ciclului dezvoltării psihologice (ciclul vieții) conform teoriei lui Erik Erikson. | 13 |
| 2.1. Considerații generale privind stadializarea ciclului vieții conform teoriei lui Erikson. | 13 |
| 2.2. Stadiul 1 -Încredere bazală vs neîncredere bazală (0-1 an) - Speranță | 15 |
| 2.3. Stadiul 2 - autonomie vs rușine și îndoială (1-3 ani) - Dorință | 17 |
| 2.4. Stadiul 3 - inițiativă vs vinovăția (3-5 ani) - Scop | 18 |
| 2.5. Stadiul 4 - silință(harnicie) vs inferioritate (5-11 ani)- Competență | 21 |
| 2.6. Stadiul 5 - identificare vs difuziune/confuzie de rol (11-20 ani) - Fidelitate | 22 |
| 2.7. Stadiul 6 - intimitate vs izolare (20-40 ani)- Iubire | 24 |
| 2.8. Stadiul 7 - generativitate vs stagnare (40-65 ani) - Grijă (îngrijire) | 27 |
| 2.9. Stadiul 8 - integritatea Eului vs disperare/deznădejde(peste 65 ani)- Înțelepciune | 32 |
| II. TEORIA PSIHODINAMICĂ ȘI ALTE METODE NOSOCLINICE DE ABORDARE A TULBURĂRILOR ANXIOASE | 38 |
| 1. Anxietatea și tulburările anxioase: istoric, definiție și nosografie comparată | 38 |
| 1.1. Istoric privind anxietatea și tulburările anxioase | 38 |

| | |
|--|------------|
| 1.2. Definiția anxietății | 42 |
| 1.3. Punctul de vedere psihodinamic în psihopatologia tulburărilor anxioase | 43 |
| 1.3.1. Contribuția lui S.Freud asupra anxietății/angoasei | 44 |
| 1.3.2. Concepția Melaniei Klein privind anxietatea/angoasa | 51 |
| 1.3.3. Concepția despre anxietate/angoasă la Karen Horney | 53 |
| 1.3.4. Concepția despre anxietate/angoasă la Anna Freud | 53 |
| 1.3.5. Concepția lui H.S. Sullivan privind anxietatea/angoasa | 53 |
| 1.3.6. Concepția altor psihanalisti moderni privind anxietatea/angoasa | 54 |
| 1.4. Tendințe nosografice comparative în patologia anxietății | 56 |
| 1.5. Forme clinice ale anxietății și tulburărilor anxioase | 60 |
| 1.6. Forme clinice ale anxietatea în raport cu vârsta: Erikson | 65 |
| 1.7. Date epidemiologice privind tulburările anxioase | 67 |
| 1.8. Nosografia tulburărilor anxioase | 68 |
| 1.9. Metode psihologice de evaluare a anxietății | 73 |
| | |
| III. TRATAMENTUL TULBURĂRILOR ANXIOASE. PSIHOTERAPIA DE ORIENTARE PSIHANALITICĂ ȘI ALTE TERAPII | 75 |
| 1. Metoda psihoterapiei de inspirație psihanalitică (cadru teoretic, tehnică, indicații) | 75 |
| 1.1. Cadrul teoretic | 75 |
| 1.2. Tehnica analitică | 78 |
| 1.3. Indicațiile terapiei psihanalitice | 80 |
| 1.4. Contribuții ale școlii postfreudiene | 80 |
| 2. Direcții moderne în terapia tulburărilor anxioase | 85 |
| 3. Evaluarea rezultatelor psihoterapiilor | 89 |
| | |
| IV. MATERIAL ȘI METODĂ | 92 |
| | |
| V. REZULTATE ȘI DISCUȚII | 100 |
| | |
| VI. CONCLUZII | 111 |
| | |
| VII. BIBLIOGRAFIE | 117 |
| | |
| VIII. ANEXE | 123 |