

Ciudățeni ale psihiatriei
Observații asupra 50 ani de psihiatrie
în România, a unui martor ocular

Prof. Mircea Lăzărescu
Clinica Psihiatrică Timișoara
România
Gura Humorului, Iulie 2009

Prezentarea de față este făcută de un psihiatru care în ultimii 50 ani a fost direct implicat în desfășurarea psihiatriei din România, fiind în același timp informat privitor la istoria psihiatriei și felul în care ea se desfășoară în alte locuri.

Prin poziția socială și funcțiile avute, autorul consideră că poate avea o opinie pertinentă privitoare la perioada în discuție.

Vor fi prezentate succesiv câteva aspecte din experiența proprie a autorului pentru a aduce în discuție nevoia de largă deschidere conceptuală și experiențială a psihiatrului contemporan, pentru care perspectiva socio-istorică a psihiatriei este o condiție obligatorie de gândire.

*

* *

1. În 1961, în Bucovina, la Siret, am văzut un pacient ce prezenta „licantropie”. În urma unei spaime, era convins că a fost transformat în lup. Nu mai vorbea omenește, umbla în patru labe și urla ca lupul.

Profesorul meu de la Facultatea din Cluj, Dr. Eduard Pamfil – care era pe atunci exclus din învățământul superior din motive politice și era medic la Siret – l-a tratat prin sugestie armată hipnotică, folosind faradizări electrice. Iar omul și-a revenit, spre bucuria familiei și a întregii comunități rurale din care făcea parte.

*

* *

2. În perioada anilor 60-70 ai secolului XX , în România cel mai frecvent diagnostic de tulburare psihică nepsihiatrică era cel de „neurastenie”. Timp de peste 20 ani, trei pătrimi din cazuistica psihiatrică apărea în statisticile oficiale ca suferind de această boală. Se admitea că ea poate avea „elemente” anxioase, depresive, fobice, disforice, cenestopaticе, etc.

Rațiunea acestei situații era multiplă.

În primul rând era vorba de un import conceptual. Oficial circulau în România în anii 50-60 două manuale de psihiatrie traduse din limba rusă, cel al lui Gurevici și cel al lui Ghiliarovski, care susțineau că principala nevroză era neurastenia. Ulterior a apărut în România tratatul de psihiatrie de sub redacția Prof. V. Predescu, în care erau comentate trei nevroze: cea histerică, cea obsesivo-fobică și cea neurastenică, ultima fiind deosebit de importantă. De fapt, Institutul de Neurologie al Academiei Române publicase în anii 50 o carte de cercetări intitulată „Nevroza astenică”. Cum se dovedea că această

direcție era principala în care un Institut așa de prestigios se angajase - și cum nu a apărut până în 1973 nici o altă carte care să trateze despre o nevroză - , s-a impus și pe această cale prestigiul neurasteniei. Tratatul Prof. Predescu era și el singura carte sintetică de psihiatrie redactată în România. Prin referința la ea se promova atât examenul de specialitate în psihiatrie cât și orice alt examen de grad sau concurs, se făceau expertizele și evaluările. Astfel încât în limbajul oficial neurastenia continua să rămână la rang înalt.

Alt motiv era de ordin doctrinar. În mod similar cu acela în care în secolul XIX neurastenia a fost considerată inițial ca o boală specific britanică, - datorată suprasolicitării rezultate din revoluția industrială -, iar apoi, prin Beard, ca o boală specifică americanilor, condiționată de efortul necesar construirii unei lumi noi, la fel în țările socialisto-comuniste din estul Europei se considera că , efortul la care e supusă populația angrenată în transformările pe care le presupune construcția noii societăți, conduce la epuizarea nervoasă a neurasteniei. Era vorba de o „epuizare prin efort a funcționării sistemului nervos”. Deoarece, pe de altă parte, din punct de vedere afectiv-existențial prezumția era cea a optimismului și încrederii generale în viitorul luminos. Cu aceste argumente s-a decis la sfârșitul anilor 50 înființarea unui „Sanatoriu climatic pentru nevroze”, consemnat ca centru de odihnă în vederea refacerii epuizării neurastenice. Acesta a functionat Săvârșin, în fostul castel al regelui Mihai I . El a servit de fapt la reculegerea intelectualității stersate de acele vremi ;aceasta e opinia mea,deoarece am lucrat acolo in anii 1963-65.

La preeminența conceptului de neurastenie a contribuit și concepția organicist pavloviană asupra nevrozei, ce domina doctrina psihiatrică în țările socialiste est-europene. Nevroza era considerată ca rezultând din perturbarea dinamicii funcționării cortexului cerebral, până la un punct

similar cu concepția organicistă asupra psihiatriei care era dominată în secolul XIX, când Beard a descris această boală.

În perioada anilor 60-70, în literatura psihiatrică internațională a vremii – cu care eram relativ la curent – conceptul de neurastenienă nu era funcțional. El nu s-a impus nici după apariția în 1980 a DSM-III, cu orientarea sa explicit antipsihanalistă. A apărut însă conceptul de „burn-out” ca reacție de epuizare. Către 1990 „neurastenia” a început să piardă teren și în România.

*

* *

3. O observație pe care o poate face un martor direct a metamorfozelor psihiatrice din România ultimelor decenii, este schimbarea raportului dintre depresie și anxietate odată cu schimbarea politică din 1990. Observațiile ce urmează nu au o referință statistică riguroasă, dar au o bază observațională largă, garanția unui martor ocular, un psihiatru care urmărește fenomenul psihopatologic în România din 1961

Înainte de 1990, în interiorul sistemului politic totalitar în care trăia România, era dominantă depresia, în toate variantele ei. Lumea era resemnată, nu se întrevedea nici un viitor. Se evidenția „depresia mascată” (somatic și alcoolic) și suicidul (direct și indirect).

Imediat după 1990 a crescut brusc agresivitatea și anxietatea. Agresivitatea s-a manifestat mai ales în plan public, socio-politic și mediatic; dar a cuprins și familiile, dintre care multe s-au dezorganizat. Ambianța politică internă și internațională a întrținut-o. Dar la fel și ritmul

schimbărilor, nevoia de readaptare, manifestarea concurenței, nesiguranța zilei de mâine.

În ultimii 20 ani, în perioada 1989-2009, frecvența patologiei anxioase apare observatorului clinic ca mult mai mare decât în precedenții 20 ani; 1969-1989. Totuși, după 2005, tensiunea anxioasă pare să se fi redus. După cum și înainte de 1969, privind retrospectiv, depresia nu pare să fi fost – la nivelul celor ce erau prezenți în viața publică – la fel de mare ca ulterior.

*

* *

4. În decursul a 50 ani de implicare directă în practica psihiatrică nu am cunoscut decât un singur caz de „dublă personalitate”; și acela fiind marginal diagnosticului. Problema personalităților multiple îmi era cunoscută din studenție, din anii 50. în România interbelică subiectul a fost comentat. Iar un om de cultură, Mihai Ralea, a publicat în acea perioadă un studiu consistent pe această temă, pe care îl citisem. În anii 60, 70, literatura psihiatrică, mai ales cea din SUA, a publicat multe studii de caz; iar tema personalității multiple era prezentată convingător în tratatele internaționale, mai ales în edițiile succesive din Kaplan. Totuși nu am întâlnit cazuri tipice în România, nici eu, nici colegii mei pe care i-am consultat. Au fost semnalate, desigur, cazuri de „schimbare” a personalității, în sensul că oameni nemulțumiți cu viața pe care o duceau și cu identitatea lor socială, optau pentru o altă identitate și alt sistem de relații, statute și roluri sociale. Aceasta era și opțiunea celor ce plecau sau fugeu în occident. În anii 60,70, 80. dar nu am întâlnit cazuri care să petreacă perioade delimitate de timp cu identități diferite, pe care să le schimbe între ele. Desigur, în viața civilă

(exceptând cazul oficial al spionilor). Ceea ce nu înseamnă că nu exista multă duplicitate în lumea în care am trăit până în 1989. Dar o duplicitate vag delimitată și acceptată tacit de către toți.

Cazul la care mă refer e un bărbat de peste 40 de ani, ce a fost adus la Clinica Psihiatrică din Timișoara în vara nului 2004, după ce a fost găsit în gară cu un ușor traumatism cranian, fără acte și fără a-și cunoaște afirmativ identitatea. După o examinare și observație neurochirurgicală atentă a ajuns la psihiatrie unde a rămas 6 luni, fără o identitate precizată, fapt ce exprima o completă amnezie conștientă a trecutului. Încercările de identificare, ce au utilizat serviciile poliției și mass-media au eșuat. La fel au eșuat încercările psihologice și de dezinhibiție (tehnici sofisticate de hipnoză nu ne-au stat la dispoziție). Între timp, fiind internat în clinică, domnul X s-a afirmat ca un om bine instruit, orientat în cultura națională și internațională ; precum și în istorie, până în urmă cu aproximativ 3 ani. Comportamentul său civilizată, sociabil și bine controlat au fost premisele unei noi identități, stabilind noi cunoștințe: la început în cadrul personalului spitalicesc și al pacienților ; apoi printre cetățenii orașului, angrenându-se în relații afective, sexuale și sociale. Era evidentă o formare universitară, competențe tehnice și intelectuale, bune maniere. Se contura un proiect de recalificare și reinsertie socială.

După 6 luni, reluarea insistentă a „misterului” prin emisiuni TV au rezolvat problema identității. Era un căpitan de vas, divorțat, pe care cunoștințele îl știau de obicei pe mare; iar părinții, bătrâni, locuiau într-o zonă izolată social. Biografia reconstituită a indicat importante probleme de adaptare la o viață socialmente stantardizată, cu propensiune spre alcoolism și comportament impulsiv(aspecte ce nu s-au evidențiat în cursul internării). Confruntarea cu persoane cheie din biografia sa l-au readus, fără plăcere

pentru el, la vechea identitate. În prezent era șomer. Perioada ce a precedat apariția în Timișoara a fost una conflictuală. Reântors în vechiul cadrul social, la vechea identitate, a reapărut alcoolismul, conduita dezadaptativă, tentative siucidare și în general un model existențial cu totul diferit de eleganța și civilizația de care a dat dovadă în cursul internării la Clinica Psihiatrică din Timișoara

În perspectiva psihopatologică, cazul este suficient de transparent de interpretat. Problema pe care o ridicăm este însă alta; și anume raritatea unor astfel de cazuri - sau a cazurilor tipice de personalitate multiplă, definibile ca atare din punct de vedere clinic psihiatric – în România ultimilor 50 ani. Duplicitatea, poate fi considerată o caracteristică definitorie a „ec-sistenței” umane. Felul în care ea se manifestă clinic psihopatologic în diverse locuri și timpuri, modalitatea în care ea se exprimă ca patologie psihiatrică prin existența unor „cazuri medico-psihopatologice”, este însă o altă problemă.

*

* *

5. Corelat cu prolema dublei personalități este cea a „posesiunii demoniace”. Acest aspect psihopatologic este unul al psihiatrie tradiționale, chiar și pentru Europa și emisfera vestică. Răspândirea fenomenului și modul său de manifestare, variază, desigur. În cei 50 de ani de urmărire a cazuisticii psihopatologie, astfel de cazuri au fost – și sunt – în România mai frecvente decât cele de dublă personalitate. Aspectul relativ interesant este faptul că fenomenul de posesiune demonică aspiră parțial simptomatologia psihotica de „acțiune xenopatică”. Mai precis, simptomele de prim rang ale lui Schneider, considerate caracteristice pentru schizofrenie. Între cazurile

care le-am înregistrat de-a lungul perioadei menționate de 50 de ani, marea majoritate au resimțit fenomenul posesiunii ca acțiune a unei forțe care capturează deciziile personale, voința, inițiativa și hotărârea de acțiune, vorbirea și gândirea. O variantă standard pe care am întâlnit-o în clinică era aceea în care pacientul afirma: „nu eu mă exprim astfel, ci el” – demonul care îl posedă – „vorbește cu vocea mea”. Această direcție de psihopatologie diferențiază până la un punct cele două componente ale „sindromului de transparență-influență xenopatică”. Căci „transparența”, implică cunoașterea intimății personale de către „cineva” – să zicem „de către o persoană, un demon – aflat la o anumită distanță de subiect. Pe când influența, presupune intimitatea contopirii propriei persoane cu cea a demonului care îl posedă. De remarcat că ambele aceste fenomene sunt diferite de tema – romantică dar și psihopatologică – a „dublului” persoanei, care se bazează pe simptomul „heautoscopiei” (a se reaminti personajul din nuvela lui Dostoievski cu acest titlu). Astfel, fenomenul de „posesiune” – în primul rând demonică, dar în general de o altă ființă quviasi-umană, fapt diferit de „posesiunea zoopatică” – se înscrie într-o arie tradițională de psihopatologie din care Schneider a extras câteva simptome izolate, care ar indica o anumită alterare a funcției bazale ca „a sinelui nuclear”

*

* *

6. O tulburare care era frecvent diagnosticată în anii 60-70 în România era „nevroza cenestopată”. Aceasta era considerată o variantă a „nevrozei astenice”, dar principalele simptome se refereau la „senzațiile corporale neplăcute” sau „cenestopatii”. De fapt „neurastenia” lui Beard inventariază multiple astfel de simptome. Și la fel „sindromul Briquet” pe care unii autori

îl plasau la formele clinice ale „nevrozei hysterice” datorită prezenței hiperexpresivității.

În anii 60 mulți psihiatrii din România etichetau această „nevroză” ca „cenestopatia ruralis” deoarece simptomatologia era frecventă și trenantă la muncitorii agricoli. Exista chiar interpretarea că persoanele care muncesc mult cu corpul îi acordă acestuia o atenție crescută și proiectează asupra lui simptomatologia „nevrotică”.

Odată cu treptata dispariție a „nevrozei astenice” din aria de interes a psihiatrilor – inclusiv a celor din România – simptomatologia subiectiv corporală a fost regăsită în depresiile subclinice și etichetată de Kielholtz ca „depresie mascată prin simptomatologie somatică”. În același sens a fost comentată o anxietate mascată somatic (Lăzărescu, Restianu, 1989). Tema „cenestopatiei” a fost comentată și în domeniul formelor incipiente sau subclinice de schizofrenie în cadrul „simptomelor bazale” (Huber, 1968, reluat de Stanghellin 2004, 2009). După 1980, odată cu DSM III-IV, s-a constituit un cadru nosologic aparte și compozit a unor tulburări nepsihotice la care principala simptomatologie se referă la un „distres” în trăirea corporalității. Aceste „tulburări somatoforme” cuprindeau însă în mod straniu atât trăiri subiective anormale ca cenestopatiile (tulburări de somatizare localizate și generalizate) sau algia psihogenă și hipocondria, cât și trăiri ale relaționării prin expresivitatea corporală (tulburare dismorfofobă, tulburările conversive) ignorând distincția psihopatologică clasică între corpul resimțit ca suport al identității și corpul ca instrument de acțiune, expresivitate și comunicare. Decupajul nefiresc, operat administrativ în DSM III-IV, e în prezent în proces de revizuire pentru noua ediție DSM V. Rămâne totuși prezentă o problemă clinico-psihopatologică importantă și anume: trăirea discomfortantă, psihopatologică a corporalității, nu poate fi

atribuită doar implicării excesive a corporalității în munca brută, așa cum se gândea pe vremea noțiunii de „cenestopatia ruralis”. Și nici doar ca epifenomen al depresiei și anxietății. Atunci, ce-î stă oare la bază în societatea și lumea contemporană?

Un răspuns îl sugerează recenta psihopatologie fenomenologică de orientare hermeneutic narativă (în sensul lui Ricoeur-Fuchs) care pornește de la problema „fundării” (existenței) „celuilalt” pentru subiect, bazată pe autopercepția intero-proprioceptivă ce se reduplică, în sensul sugerat de Husserl și Merleau-Ponty. Relaționarea interpersonală, care se structurează în ontogeneză ca fundament pentru cooperare, intersubiectivitate, sociabilitate, etc., implică de la început subiectul prin propria-i corporalitate, resimțită și reprezentată pe baza informațiilor intero și proprioceptive, închise în delimitarea ce o asigură reprezentarea neurofiziologică a „schemei corporale” (Lhermitte). Relaționarea interpersonală curentă a vieții de zi cu zi, presupune, în normalitatea ei, această autopercepție fundamentală. Astfel încât întreaga problematică a distorsiunilor relaționării interpersonale, care marchează viața contemporană, tensionează direct și indirect corporalitatea trăită. Nu e nevoie deci, pentru „tulburarea de tip cenestopat” de o excesivă implicare în munca corporală, așa cum se gândea pe vremea unui socialism-comunism ascendent în România.

Diferența de optică științifică în sens larg, diferența de comprehensiune antropologică, istorică și fenomenologică, ne plasează la alt nivel de interpretare a psihopatologiei. În România și în plan internațional.