

**Șerban Ionescu**, psihiatru și psiholog, este actualmente profesor la Universitățile Rene Descartes (Sorbona) și Trois-Rivieres (Quebec). Cercetările sale în domeniul deficienței mintale, al dezinstituționalizării, al implicațiilor psihologice în bolile fizice și al psihopatologiei s-au concretizat în numeroase lucrări, dintre care amintim: *L'intervention en deficiences mentales* (2 voi., 1987 și 1990), *La Deficiences intellectuelles* (2 voi., 1993 și 1995) și *Psychopathologie de la vie universitaire* (1995).

# Paisprezece abordări în psihopatologie

Traducere de Bogdan Bălan

Șerban Ionescu - *Quatorze approches de la psychopathologie*  
© 1995, Editions Nathan, Paris, 2<sup>e</sup> edition

Editura POLIROM, B-dul Copou nr. 3  
P.O. BOX 266, 6600, Iași, ROMÂNIA

Copyright © 1998 by POLIROM Co S.A. Iași, pentru prezenta ediție

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale:

IONESCU, ȘERBAN

*Paisprezece abordări în psihopatologie/* Șerban Ionescu;

trad. de Bogdan Bălan - Iași: Polirom, 1998

256 p.; 21 cm - (Collegium. Psihologie, Științele educației)

Tit. orig. (fr.): *Quatorze approches de la psychopathologie*

I. Bălan, Bogdan

ISBN: 973-683-068-3

CIP: 616.8

159.97

Printed in ROMÂNIA

POLIROM

Iași, 1998

## Tabla de materii

Cuvîntul autorului la ediția în limba română.....	7
Cuvînt înainte.....	11
Capitolul 1 - Psihopatologie ateoretică.....	17
A. Condiții de apariție.....	19
1. Amplificarea problemelor de comunicare între clinicieni.....	19
2. Dezvoltarea unei mișcări neo-kraepelinene în Statele Unite.....	20
3. Creșterea interesului pentru diagnostic.....	21
4. Pragmatismul nord-american.....	22
5. Unele schimbări socio-culturale apărute în Statele Unite.....	22
B. Descrierea elementelor fundamentale ale DSM IV.....	23
1. Evaluare multiaxială.....	23
2. Criterii de diagnostic explicite.....	26
C. Critici și perspective.....	27
1. Critici ale ateorismului.....	27
2. Perspective.....	29
Capitolul 2 -Psihopatologie behavioristă.....	35
A. Abordarea behavioristă a comportamentelor anormale.....	36
B. Behaviorismul paradigmatic sau social.....	38
Capitolul 3 -Psihopatologie biologică.....	47
A. Cercetări privind bazele biologice ale isteriei.....	50
B. Biologia comportamentelor suicidare.....	53
Capitolul 4 - Psihopatologie cognitivistă.....	60
A. Teoriile cognitiviste privind depresia.....	61
1. Teoria lui Beck.....	63
2. Teoria lui Abramson, Seligman și Teasdale.....	64
B. Aportul cercetărilor privind tratamentul inconștient al informației.....	66
Capitolul 5 - Psihopatologia din perspectiva dezvoltării umane.....	74
A. O clasificare a simptomelor din perspectiva dezvoltării.....	77
1. Gruparea simptomelor în funcție de orientarea rolului asumat.....	77
2. Clasificarea simptomelor în funcție de dimensiunile acțiune și gândire.....	79
B. Abordarea alcoolismului din perspectiva dezvoltării.....	82
Capitolul 6 - Psihopatologie ecosistemică.....	89
A. Un model interacționist al psihopatologiei.....	93
B. Psihopatologie și rețele sociale.....	96
Capitolul 7 - Etnopsihopatologie.....	101
A. Sindromuri cu specificitate culturală.....	103
B. Mari studii transculturale ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS).....	107
1. Studiul tulburărilor depresive.....	107
2. Schizofrenia : psihoză etnică sau tulburare universală ?.....	110

C. Probleme puse de diagnostic.....	113
1. Vindecătorul și pacientul său: procesul diagnostic.....	113
2. Aspecte legate de variabilitatea diagnosticului.....	114
3. Echivalența instrumentelor de evaluare diagnostică.....	116
Capitolul 8 - Psihopatologie etologică.....	124
A. Contribuții metodologice.....	126
B. Un exemplu clinic : enurezia.....	131
Capitolul 9 - Psihopatologie existențialistă.....	137
A. Trei concepte fundamentale.....	139
1. Voința.....	139
2. Anxietatea.....	140
3. Moartea.....	141
B. Pacientul ca ființă-în-lume.....	142
Capitolul 10 - Psihopatologie experimentală.....	147
A. Nevroze experimentale.....	149
B. Catatonie experimentală.....	152
C. Exemplu de studiu experimental al tulburărilor psihopatologice prezentate de pacienți.....	154
Capitolul 11 - Psihopatologie fenomenologică.....	160
A. Binswanger și melancolia.....	161
B. Dezvoltări recente: studiul fenomenologic al spitalizării în psihiatrie.....	163
C. Fundamente ale metodei fenomenologice de cercetare.....	167
Capitolul 12 - Psihopatologie psihanalitică.....	174
A. Cinci tipuri de răspunsuri la o întrebare frecventă: este psihanaliza o știință?.....	177
1. Psihanaliza este o știință.....	177
2. Psihanaliza este numai parțial o știință.....	178
3. Psihanaliza este o știință hermeneutică.....	178
4. Psihanaliza nu este o știință.....	179
5. Psihanaliza este altceva.....	179
B. Studiul empiric al unor componente ale teoriei psihanalitice. Bilanțul cercetărilor asupra oralității.....	180
Capitolul 13 - Psihopatologie socială.....	186
A. Tulburări mintale și clasă socială.....	188
B. Analiza variațiilor istorice ale datelor epidemiologice.....	190
1. Suicidul.....	190
2. Schizofrenia.....	192
3. Schimbări în problema subiacentă cererii de consultații psihologice și psihiatrice.....	193
Capitolul 14 - Psihopatologie structuralistă.....	197
A. Structurile psihopatologice.....	200
B. Structura ideilor delirante.....	203
Postfață.....	211
Bibliografie.....	215

## Cuvîntul autorului la ediția în limba română

Apariția în limba română a cărții *Quatorze approches de la psychopathologie* constituie, pentru mine, un moment important, pe care-l trăiesc în mod diferit de cel al publicării, în Mexic și apoi în Brazilia, a traducerilor în spaniolă și în portugheză ale acestei cărți. În mod firesc, traducerea în limba maternă m-a condus la o reflecție privind atât originile lucrării, pozițiile pe care le adopt în ea, cât și începuturile vieții mele profesionale, circumstanțele și personalitățile care mi-au marcat evoluția.

În 1962 am început să lucrez la Șiret - cadru istoric, a doua capitală a Moldovei - la căminul-spital pentru copii neuropsihiici. Ca medic, am întâlnit aici patologii grave ale copilăriei, tulburările majore ale dezvoltării. Perioada trăită la Șiret a reprezentat o primă inițiere în materie de cercetare științifică, prin participarea mea la proiecte conduse de doi dintre profesorii mei din facultate, finalizate prin publicarea - în 1965 și 1966 - a primelor articole semnate în calitate de coautor. În prima din aceste cercetări am lucrat cu Emil Repciuc, profesorul meu de anatomie, care m-a fascinat prin cultura sa enciclopedică : Repciuc făcuse studii remarcabile de medicină, matematică, filosofie și muzică. Această cercetare privea depistarea fenilcetonuriei într-o populație de 1.100 de copii cu deficiență mintală. A doua cercetare a fost condusă de Nicolae Cajal, profesorul meu de inframicrobiologie și personalitate care a jucat un rol determinant în decizia mea de a intra în lumea cercetării. Acest proiect privea și profilaxia rujelei cu ajutorul unui vaccin preparat din tulpina  $M_{4113}$  Huang și care avea, indirect, implicații pentru înțelegerea imuno-genezei la copii cu întârziere mintală, uneori profundă.

Cei trei ani și jumătate petrecuți la Șiret au fost, de asemenea, marcați de contactul cu Școala de psihiatrie de la Socola. Spitalul Socola, instituție acum centenară, îi avusese la începuturile sale, ca medici-directori, pe Al. Brăescu, CE Parhon și L.O. Ballif. Șeful catedrei de psihiatrie de la Socola era, în perioada aceea, profesorul Petre Brînzei, promotorul unei perspective bio-psiho-sociale a proceselor psihice normale și patologice. Citeva manifestări științifice în iunie 1963, și o călătorie de studii efectuată cu profesorul Brînzei și echipa sa în fosta Uniune Sovietică mi-au permis să înțeleg mai bine această perspectivă.

Începînd cu perioada sîrețeană, întârzierea mintală a devenit unul din obiectivele mele majore de cercetare, abordat din perspective diferite și complementare :

ateoretică, behavioristă, cognitivistă, ecosistemică, etologică și socială. Angajamentul meu în materie de deficiență mintală a luat o mare amploare o dată cu adeziunea, de la crearea sa, la Asociația Internațională pentru Cercetare Științifică în favoarea persoanelor Handicapate Mintal, al cărei președinte sînt din 1995.

După Șiret, implicarea mea în cercetare devine instituțională și profesională. Din 1966, am devenit cercetător la Institutul de Psihologie creat de Mihai Ralea și condus, în acea perioadă, de Alexandru Roșea. Apoi, din 1974 și pînă în 1977 - cînd am plecat din România - am lucrat la Institutul de Neurologie și Psihiatrie care-l avea ca director pe academicianul Arthur Kreindler.

Anii 1966 și 1970 au fost marcați de două întîlniri capitale pentru orientarea mea ulterioară. Prima o datorez unchiului meu, neurologul Nick Vasilescu de la Clinica Colentina. La el acasă l-am cunoscut pe Eduard Pamfil, viitorul meu coordonator de teză în psihiatrie și maestrul meu în acest domeniu. Întîlnire așteptată, întîlnire dorită de multă vreme, căci profesorul Pamfil fusese tot timpul „prezent” în perioada șederii mele la Șiret, unde sosisem la puțină vreme după ce își terminase exilul acolo, exil ce urmasse detenției sale, pentru motive politice, din martie pînă în octombrie 1959.

În Franța, Pamfil îl avusese ca maestru pe Henri Ey, creatorul organo-dinamismului, concepție care încerca să depășească - ținînd cont de aportul psihologiei - punctele de vedere organiciste bazate pe localizări și anatomopatologie. Adeziunea lui Pamfil la concepția lui Ey atestă refuzul pozițiilor univoce și simpliste. În 1978, într-un interviu apărut în *Contemporanul*, Pamfil descria astfel epoca în care Ey propusese organo-dinamismul: „... secolul în care marea bătălie părea că se dă în psihiatrie între cei care credeau într-un determinism organic liniar și simplu și cei care se îmbarcaseră, tară busolă și fără pinze, pe o corabie care purta însemnele celui mai mare «pirat» pe care l-a cunoscut psihologia și care a fost Freud”. Adesea critic la adresa psihanalizei, Pamfil recunoștea meritele acesteia subliniind - cu ocazia convorbirilor sale cu Anghel, apărute după moartea sa, în 1996 - „tentativa de a deriva mișcările sufletului din tiparele rigide ale biologiei”.

A doua întîlnire marcantă - cea cu Rene Zazzo - a avut loc în septembrie 1970, la Lille, cu ocazia simpozionului Asociației de Psihologie Științifică de Limbă Franceză. O datorez lui Alexandru Roșea și lui Paul Fraisse. Fraisse îi propusese lui Roșea o bursă care să permită unui tînar cercetător român să vină în Franța și să participe la Simpozionul de la Lille ca discutăm al raportului Irenei Lesire. Roșea a sugerat numele meu și, la Lille, Zazzo m-a invitat să-l întîlnesc la Paris. Zece zile mai tîrziu eram înscris la doctoratul de psihologie sub îndrumarea profesorului Zazzo. Am susținut teza de doctorat de stat în științe umane (psihologie) în 1981 la Universitatea Paris-X-Nanterre. Pe lîngă rigoarea sa metodologică, discursul său de o remarcabilă claritate și vasta sa cultură, colocviul său imaginar pe tema atașamentului a influențat, fără îndoială, în mare măsură activitatea mea, orientarea mea ulterioară. Acest colocviu epistolar a reunit specialiști de orientări foarte diferite: etologi (Chauvin, Harlow și Lorenz), psihanaliști de diferite tendințe (Anzieu,

Bowlby, Duyckaerts, Lebovici, Spitz și Widlocher), un pedopsihiatru (Koupernik) și doi psihologi ai copilului (Malrieux și Zazzo). Dezbaterile organizată de Zazzo rămîne un model al genului prin argumentele avansate, prin polemicele cărora le-a dat naștere, prin pozițiile adoptate de participanți, prudente, ferme și uneori violente.

Născuți la ceva mai mult de un an și jumătate unul de celălalt - Zazzo era mai în vîrstă -, coordonatorii mei aveau în comun numeroase caracteristici: generozitatea, sensibilitatea, profunzimea, refuzul dogmelor. Zazzo era însă mai mult militant, iar Pamfil mai mult poet. Aceasta este imaginea principalelor mele două modele...

Diversele influențe la care am fost supus - tînzind toate spre repunerea în discuție a unei abordări dogmatice și oferind o deschidere spre integrarea diferitelor perspective - s-au cristalizat în contact cu eclectismul (în sensul pozitiv și nu peiorativ al termenului!) nord-american. Reflecția amorsată la Șiret s-a continuat și s-a aprofundat - pe plan teoretic și practic - în Quebec, în mod particular la Universitatea de la Trois-Rivieres și mai ales la Centrul Universitar de Consultații în Psihologie, centru pe care l-am condus din 1982 pînă în 1993. Aici populația din regiunea Mauricie poate obține consultații, iar psihologii pot să se formeze ca terapeuți.

Iată, în cîteva rînduri, parcursul care m-a condus la elaborarea acestei cărți.

Trois-Rivieres,  
16 martie 1998

## Cuvînt înainte

1. Cele 14 capitole ale cărții de față sînt consacrate prezentării, în ordine alfabetică, a diferitelor abordări ale psihopatologiei. Acest lucru rezultă dintr-o alegere care a dus la respingerea altor două modalități. Prima consta în utilizarea unui criteriu cronologic - caz în care, după părerea mea, lucrarea ar fi dobîndit un accentuat caracter istoric. Pe de altă parte, aplicarea unui asemenea criteriu ar fi fost, în mod inevitabil, subiectivă. Ce an să alegi ca „dată de naștere” a unei abordări? Anul în care s-a folosit pentru prima oară denumirea sau data de apariție a unei lucrări considerate ea fiind fundamentală? Și ce-i de făcut în cazul apariției la dale diferite a mai multor lucrări esențiale? Sa mai adăugăm că unele abordări s-au constituit în mod treptat, pornind de la studii efectuate pe parcursul a lungi perioade de timp; în plus, mai multe abordări s-au dezvoltat în același timp. Cea de-a doua modalitate - respinsă și ea - consta în alegerea drept criteriu a importanței abordărilor. Dar cum să stabilești această importanță? Cu ajutorul cărui etalon sau sistem de măsură? Cum să elimini, de exemplu, „efectele de modă”, foarte evidente pentru unele abordări? În plus, un asemenea demers ar fi fost împotriva obiectivului central al acestei lucrări: contribuția la compartimentarea diferitelor abordări și constituirea, astfel, a unei pregătiri pentru emergența unei noi abordări integrative. Ceea ce înseamnă, bineînțeles, eclectism și nu sincretism. Realizarea unui asemenea obiectiv presupune un spirit diferit de cel pe care l-ar putea crea o ierarhie stabilită de la început și bazată pe judecăți de valoare ale autorului, care ar influența lectura cărții.

2. Fiecare capitol începe cu o introducere care, pe lângă definirea abordării ce urmează a fi tratată, conține și principalele momente ale dezvoltării sale. După care, pe parcursul a două, uneori trei părți, sînt abordate temele ce ilustrează abordarea prezentată. Ca în aproape toate cazurile (psihopatologia ateoretică fiind o excepție), a fost imposibilă abordarea în ansamblu a direcțiilor de cercetare și a contribuțiilor disponibile, alegerea exemplurilor utilizate pentru ilustrarea unei abordări fiind explicată, în fiecare capitol, la sfîrșitul părții introductive. În fiecare capitol sînt citate referințele bibliografice corespunzătoare abordării descrise. Acest lucru permite aprofundarea ulterioară a domeniului și explică volumul impresionant al bibliografiei de la sfîrșitul cărții. La finalul fiecărui capitol sînt trecute numeroase note, elaborate atît pentru ușurarea traducerii (fără a determina, însă, o pierdere de informații), cit și pentru explicarea unora dintre termenii folosiți.

3. Prezentarea celor 14 abordări nu este precedată, cum ar fi de așteptat, de un capitol dedicat aspectelor generale, îndeosebi unei definiri a psihopatologiei și unei discuții a conceptelor de bază, cum ar fi diada „normal-patologic”. Dimpotrivă, aceste aspecte vor beneficia de lămuririle aduse de diferitele abordări prezentate în acest volum.

Lucrarea fiind concepută ca o pregătire a unei abordări integrative a psihopatologiei, accentul se pune pe complementaritatea celor 14 abordări, obiectiv destul de greu de atins. În acest context, împărtășesc opinia lui Widlocher (1984) care, referitor la dificultatea împăcării ansamblului cu diversitatea sistemelor de referință în materie de psihopatologia adolescentului, scria: „dificultatea este salutară, deoarece ne ferește de comodități în gândire, care oblitesc uneori reflecția psihopatologică”.

4. Termenul ales pentru titlul cărții de față este „approche” (în franceză, în original), adică mod de abordare a psihopatologiei. Cu toate acestea, menționăm faptul că pentru a denumi aceste maniere diferite de abordare a domeniului care ne interesează, în lucrările de specialitate sînt folosiți și alți termeni.

- Termenul de „perspectivă”, mod de a privi, apare la Bootzin și Accocella (1988), care-și intitulează prima parte a lucrării lor „Perspective istorice și teoretice”. Dacă Sarason și Sarason (1989) consacră un capitol perspectivelor teoretice cu privire la comportamentul rău adaptat, Adams și Sutker (1984) folosesc, în titlul unui capitol, formularea „perspectivă psihopatologică” pentru tratarea rolului variabilelor biologice în psihopatologie.

- Formularea „punct de vedere”, în sensul de mod particular în care poate fi privită o problemă, poate fi întâlnită la Costin și Draguns (1989), ca de altfel și la Carsonet al. (1988).

- În prefața lucrării lor *Psychopathologie de l'enfant*, Ajuriaguerra și Marcellii (1982) constată înmulțirea considerabilă a ceea ce ei numesc „referințe teoretice” aplicate pedopsihiatriei, și menționează că „aporturilor teoretice tradiționale” li se adaugă și alte teorii.

5. În domeniul psihopatologiei - ca și în altele, de altfel - apare deseori termenul de „model”. Și asta, fără îndoială, după cum spunea Rouanet (1983), pentru că „modelele sînt foarte la modă. În fiecare zi primim noi modele; le batem în cuie, după care, mai devreme sau mai târziu le dăm uitării, fără a căuta cu adevărat să înțelegem nici motivele apariției, nici ale declinului lor”. După Rouanet, există două tipuri de modele: a) modelul-cadru, un model care nu se pune în discuție, și care furnizează un context pentru interpretarea datelor primite. Acesta ar fi, după cum spunea Goguelin (1983), modelul ca instrument științific; b) modelul ipotetic, model care se încearcă a fi validat prin verificarea rezultatelor experimentale.

Termenul de „model” poate fi întâlnit la numeroase lucrări fundamentale. Astfel, în manualul publicat sub îndrumarea lui Adams și Sutker (1984), un capitol este dedicat modelelor descriptive ale comportamentului anormal. Una din cele opt părți

ale lucrării lui Rosenham și Seligman (1989) este intitulată „Modele și tratamente ale anormalității”. Marcellii și Braconnier (1984) consacră o secțiune importantă din prima parte a rezumatului lor modelelor de comprehensiune a adolescenței. În fine, lucrarea lui Weekowicz (1984) e dedicată „Modelelor bolii mintale”.

Dacă modelele reprezintă, în mod incontestabil, un stimulent pentru dezvoltarea științifică, ele pot acționa însă și ca frînă. Ele pot, într-adevăr, să modeleze gîndirea cercetătorului, încercînd a se replica și a se instituționaliza. Acceptat de cercetător sau de practician în timpul formării sale, modelul poate deveni un model de gîndire, transformîndu-se astfel într-un obstacol în calea inovării (Goguelin, 1983). În intervenția lui, intitulată „Să ne ferim de modele”, prezentată la Colocviul Societății Franceze de Psihologie în 1983, Rene Zazzo scria: „Am considerat întotdeauna că modelele - indiferent de natura lor - sînt niște ființe suspecte : au prea mult tendința de a da realității lecții de bună purtare; pe scurt, să *servească drept* modele”.

Toate aceste rezerve m-au determinat, în final, să nu folosesc în titlul acestei cărți termenul de „model”.

6. Într-un moment în care productivitatea - în termeni de publicații - cercetătorilor universitari devine tot mai importantă, putem pune sub semnul întrebării aportul fiecărei noi apariții. Pentru a răspunde la această întrebare în ceea ce privește volumul de față, să analizăm orientarea lucrărilor apărute în ultimii ani.

Tendința care se degajă este adoptarea unui mod de a proceda considerat - de către unii - din „perspective multiple”. Ceea ce înseamnă că, cel puțin într-un capitol (dacă nu trei sau patru) din fiecare lucrare sînt prezentate mai multe abordări ale psihopatologiei. Acest demers se întâlnește în majoritatea lucrărilor de psihopatologie generală apărute în ultimii ani (Adams & Sutker, 1984; Bootzin & Accocella, 1988; Carsonet al., 1988; Sarason & Sarason, 1989; Costin & Draguns, 1989; Rosenham & Seligman, 1989), în lucrări de psihopatologia copilului și/sau adolescentului (Ajuriaguerra & Marcellii, 1982; Marcellii & Braconnier, 1984; Quay & Werry, 1986), ca de altfel și în ultima culegere de texte fundamentale de psihologie patologică elaborat de Hooley et al. (1989), unde fiecare entitate clinică este prezentată din mai multe perspective teoretice.

În țările anglo-saxone, lucrările de psihopatologie generală bazate pe o singură abordare tind să fie tot mai rare. În schimb, în Franța, singura lucrare de psihologie patologică generală (Bergeret, 1976) este de orientare psihanalitică. Celor care ar putea critica această „atașare prea exclusivă de ipotezele psihanalitice”, Bergeret le răspunde : „datele analitice (teoretice și non-tehnice) de care ne-am cantonat corespund celor admise ca fiind clasice de marea majoritate a psihopatologilor contemporani și nu constituie, în definitiv, decît o cunoaștere generală, indispensabilă omului cîinstit de la sfîrșitul secolului XX”.

Cercetările bibliografice întreprinse - mai ales cu noul sistem PsycBOOKS - mi-au oferit posibilitatea să constat că în ultimii ani, doar o singură lucrare de psihopatologie (apărută în engleză) a fost elaborată numai pe baze psihanalitice (Yorke et al., 1989). Primul dintre cei trei autori este directorul medical de la Anna

Freud Centre din Londra. Celelalte lucrări „omogene”, bazate pe o singură abordare a psihopatologiei, apărute din 1987, sînt cele ale lui Sims (1988) (puternic influențat de abordarea fenomenologic-descriptivă a lui Jaspers) și cele două volume consacrate abordării sociale a psihopatologiei, semnate de Gallagher (1987) și Howells (1988).

În aceste condiții, răspunsul la întrebarea de la care am pornit este că prezentul volum și cel al lui Weckowicz (1987) - citat mai înainte - sînt singurele lucrări consacrate abordărilor psihopatologiei. Cum această carte se dorește a fi, înainte de toate, o lucrare didactică, construcția sa este, în mod inevitabil, diferită de a cărții colegului meu din Edmonton (Alberta), mult mai teoretică. Faptul de a ilustra fiecare abordare cu exemple a ceea ce reprezintă concret utilizarea ei va înlesni, sper, înțelegerea. Cei șase ani care despart apariția cărții lui Weckowicz de momentul în care am îninat editorului manuscrisul meu, abundă în descoperiri interesante și au permis o mai bună definire a unor abordări, așa încît una din preocupările mele a fost tocmai să țin cont de toate aceste noutăți.

7. Scriind, unul după altul - evident, nu în ordine -, capitolele care descriu cele 14 abordări prezentate în această carte, am retrăit înfîlirea cu fiecare dintre ele.

Întîlniri forțate, obligatorii, cum erau cele „închinat” gloriei lui Pavlov, în marele amfiteatru al Facultății de Medicină din București... Fra epoca lui Lisenko, epocă în care cuvintele Olgăi Borisovna Lepeshinskaya, colaboratoare a lui Oparin, erau afișate în holul catedrei de biologie, epocă în care cursurile de medicină erau urmate și precedate de cursuri de materialism dialectic.

Întîlniri ilegale, aproape tainice, unde se vorbea în șoaptă, teama fiind omni-prezentă. Așa am cunoscut psihanaliza, pe atunci interzisă, mulțumită unui om extraordinar, doctorul Popescu-Sibiu, psihiatru și psihanalist. L-am întîlnit în apartamentul său plin de „obiecte-relice ale unei fericiri dispărute”, cum scria Saul Bellow (1982) în *Iarna decanului*, pentru a descrie locuința Valeriei și a surorii sale. Nu întîmplător îl citez pe Bellow. Căci în apartamentul lui Popescu-Sibiu am întîlnit-o în două rînduri pe Valeria, soacra domnului Corde din Chicago, pe numele ei adevărat Florica Bagdazar, psihiatru remarcabil, care condusese Centrul de neuropsihiatrie infantilă din strada Vasile Lascăr. Îi studias pe Freud și Ferenczy și era un fin cunoscător al metodelor cantitative de diagnostic.

Întîlnirile - la fel de discrete - și discuțiile continuate de multe ori pe stradă (din nou teama...), cu îndrumătorul meu de la teza de psihiatrie, prof. Eduard Pamfil din Timișoara, care-mi vorbea despre Henry Ey, mentorul său, despre organodinamism, dar și despre informatică și teoria sistemelor.

Un lung șir de întîlniri...

Prea lung pentru a fi povestit aici.

Dar totuși nu l-am putut trece complet sub tăcere, deoarece el vorbește despre felul în care tema acestei cărți poate da naștere sau poate avea legătură cu atitudini extreme și periculoase. Afirmarea cu autoritate a cutărei sau cutărei doctrine fără a admite că ar putea exista ceva imperfect sau greșit, cu alte cuvinte dogmatismul (Lalande, 1980) se întîlnește de foarte multe ori în acest domeniu.

8. Elaborarea prezentului volum a fost posibilă, în mare măsură, datorită ajutorului instituțional primit din partea Universității din Quebec, Trois-Rivieres (UQTR) și a Universității din Paris-VIII.

Pe parcursul redactării acestei cărți, prima mea cititoare a fost Colette Jourdan-Ionescu, profesor de psihologie la UQTR.

Helene Gaudette, specialist în documentare, și serviciile bibliotecii de la UQTR au contribuit la constituirea reperelor bibliografice.

Danis Pageau, student la master de psihologie, la UQTR, a participat la aranjarea în forma finală a bibliografiei și a relizat culegerea în mare parte a manuscrisului.

Transmiterea unor texte, prin fax, între Canada și Franța a fost posibilă datorită lui Bernard Civeyrac, secretar general al Universității din Paris-VIII și a colaboratorilor săi tehnici, ca de altfel și a celor de la UQTR.

Annick Thibault, secretar al UFR de Psihologie, Practici Clinice și Sociale de la Universitatea din Paris-VIII și-a adus din plin contribuția la punerea în formă finală a manuscrisului, acceptînd să asigure culegerea a două capitole.

Ultima corectură a fost încredințată de editură lui Jean-Christophe Saladin.

Însă reușita acestui proiect se datorează colaborării deosebit de fructuoase cu editura Fernand Nathan, și mai ales cu Francoise Juhel, directorul editorial. Iar contactele frecvente cu directorul de colecție, prof. Matty Chiva, au fost foarte stimulative.

Mulțumesc din toată inima tuturor persoanelor pe care le-am amintit.

Trois-Rivieres Ouest (Quebec)  
și Ansieres-sur-Seine, aprilie 1991

## CAPITOLUL 1

# Psihopatologie ateoretică

Ideea creării unei psihopatologii în cadrul căreia descrierea diverselor tulburări (nosologia) să fie ateoretică a apărut în Statele Unite ale Americii în cursul dezbaterilor și lucrărilor care au condus la elaborarea celei de-a doua și ulterior celei de-a treia ediții a *Manualului diagnostic și statistic al tulburărilor mintale*, cunoscut sub numele de *DSM* (Spitzer, 1985).

Publicată în 1952, prima ediție a *DSM* (*DSM I*) a fost puternic influențată de punctul de vedere psihobiologic al lui Adolf Meyer, care privea tulburările mintale drept „reacții” ale personalității la factori psihologici, sociali și biologici. Șaisprezece ani mai târziu, o dată cu apariția *DSM II*, se constată, pe de o parte, că termenul „reacție” este abandonat, iar pe de altă parte, că sînt utilizați termeni care în general nu presupun un cadru teoretic specific pentru înțelegerea tulburărilor mintale non-organice.

Procesul de elaborare a *DSM III* (American Psychiatric Association, 1980) a început în 1974, cînd Asociația americană de psihiatrie (APA) a creat un „Grup de lucru asupra nomenclaturii și statisticilor” care a funcționat ca un veritabil comitet de orientare ce supraveghea elaborarea noii lucrări. Este important de subliniat faptul că printre obiectivele pe care membrii grupului de lucru s-au angajat să le atingă figura și acela de a „determina clinicienii și cercetătorii să accepte orientări teoretice diferite” (Spitzer, 1985). După o serie de etape incluzînd pe de o parte dezbateri organizate cu ocazia unor reuniuni profesionale<sup>1</sup>, iar pe de altă parte studii de teren<sup>2</sup>, *DSM III* este aprobat în mai 1979 de către adunarea APA și de Consiliul pentru cercetare și dezvoltare (care constituie una din secțiunile APA), iar în luna iunie a aceluiași an, de către comitetul de referință și de consiliul de administrație al APA (Spitzer, 1985).

În 1983, APA a decis realizarea unei revizui a *DSM III*. Această decizie a fost motivată în special de faptul că unele criterii de diagnostic nu mai corespundeau datelor obținute în cercetările efectuate după publicarea *DSM III*,



iar în alte cazuri, criteriile erau neclare sau chiar contradictorii. În noiembrie 1986, adunarea secțiunilor locale ale APA a aprobat forma finală a *DSM-III-R*, iar o lună mai târziu, consiliul de administrație își dă de asemenea acordul (Spitzer și Williams, 1989a).

Procesul de perfecționare a *DSM* a continuat fără întrerupere după adoptarea *DSM-III-R*, finalizat cu apariția în mai 1994 a *DSM-IV*. Acest proces - strâns legat de cel care a condus la a 10-a ediție a Clasificării internaționale a bolilor (1992) - s-a derulat sub direcția unui grup de lucru dirijat de Allen Frances și a implicat participarea a treisprezece comisii, fiecare având responsabilitatea unei anumite secțiuni a manualului. Cu doi ani înainte de apariția manualului, pentru a facilita o dezbatere cât mai largă, grupul de lucru a publicat și difuzat un volum (*DSM-IV Options Book*) consacrat opțiunilor luate cu ocazia acestei ultime ediții a *DSM*.

În cursul pregătirii *DSM-IV*, grupul de lucru și comisiile menționate mai sus au realizat un studiu aprofundat al publicațiilor deja existente, patruzeci de analize noi asupra unor date preexistente și importante studii de teren (studii ce au implicat 70 de centre geografice și peste 6000 de subiecți). În luarea deciziei, grupul de lucru și comisiile respective au ținut cont de ansamblul datelor empirice disponibile.

În comparație cu *DSM-III-R*, *DSM-IV* prezintă o serie deloc neglijabilă de modificări. Să menționăm mai întâi că opt tulburări ce figurau în *DSM-III-R* dispar sau sînt încorporate în alte categorii. Printre acestea se află tulburările de identitate, transsexualismul și personalitatea pasiv-agresivă. În același timp, treisprezece noi tulburări își fac apariția în *DSM-IV*: sindromurile Rett, Heller și Asperger, tulburarea de alimentație a copilului mic, delirul cu etiologii multiple, demența cu etiologii multiple, tulburarea catatonică datorată unei afecțiuni fizice, tulburarea bipolară II, stresul acut, disfuncția sexuală datorată unei afecțiuni fizice, disfuncția sexuală indusă de substanțe psiho-actives, narcolepsia și tulburarea somnului legată de respirație.

Pornind de la propunerile făcute, autorii *DSM-IV* prezintă în *Anexa B* o listă cu cinsprezece noi categorii diagnostice care necesită studii suplimentare înainte de a fi incluse în lista oficială a tulburărilor mintale. La aceste categorii se adaugă cinci aspecte care vor necesita, de asemenea, studii ulterioare. Este vorba de descriptori dimensionali alternativi pentru schizofrenie, de un criteriu B alternativ pentru tulburarea distimică, precum și de trei instrumente de evaluare (Scala de funcționare defensivă, Scala de evaluare globală a funcționării relaționale, sau scala GAF și Scala de evaluare a funcționării sociale și profesionale sau scala SOFAS). Să menționăm, în

fine, că *Anexa I* a *DSM-IV* propune elemente de formulări privind aspectele culturale și conține (pentru prima oară în *DSM*) un glosar cu douăzeci și cinci de sindromuri legate de cultură.

Abordarea ateoretică utilizată începînd cu *DSM-III* urmărește să compenseze limitele cunoștințelor noastre actuale privind etiologia tulburărilor mintale. Principiul fundamental îl constituie absența referințelor la orice concepție teoretică nedemonstrată privind etiologia sau patogenia<sup>4</sup>: *DSM-III* a fost calificat drept nosologie ateoretică sau agnostică<sup>4</sup> (Pichot, 1985).

Ateorismul este, fără îndoială, dominant în ultimele ediții ale *DSM*. Pichot și Guelfi (1985) constată că: (a) ateorismul se afirmă încă din titlu, unde se utilizează conceptul de „tulburări mintale” și nu cel de boli sau „maladii mintale”<sup>6</sup>; (b) el se manifestă prin faptul că majoritatea categoriilor diagnostice ale *DSM-III* sînt definite prin constelații de simptome, deci prin sindromuri; (c) într-un număr mare de cazuri, termeni ce evocau o etiologie sau o patogenie „nedemonstrată” au fost eliminați.

Faptul de a opta pentru o poziție ateoretică privind etiologia face ca în loc să indice cum au apărut tulburările mintale, autorii *DSM* încearcă în cea mai mare parte a cazurilor să descrie manifestările acestor tulburări. Această abordare, ce constă în definirea tulburărilor prin descrierea caracteristicilor clinice ale acestora, este denumită „descriptivă”. Ea este, de asemenea, utilizată pentru a regrupa în clase diagnostice tulburările pentru care etiologia și fiziopatologia nu sînt cunoscute (Spitzer, 1985).

## A. CONDIȚII DE APARIȚIE

Studiul contextului (științific, dar și socio-cultural) în care a apărut și s-a dezvoltat psihopatologia ateoretică ni se pare util pentru a înțelege nosologia și nosografia<sup>7</sup> prezentate în *DSM*. Cele cinci aspecte pe care le vom aborda pentru a descrie acest context vor permite, în același timp, o mai bună înțelegere a reacțiilor produse de difuzarea internațională a acestui instrument, în special în Franța.

### 1. Amplificarea problemelor de comunicare între clinicieni

Diversificarea în Statele Unite a școlilor psihopatologice a avut drept consecință dezvoltarea și utilizarea unor cadre nosologice și nosografice foarte diferite, făcînd dificilă (uneori imposibilă) comunicarea între clinicieni

de diferite apartenențe. Dacă pentru anumite maladii „tipice”, după cum remarcă Singer (1985), există un consens între psihiatri, cea mai mare parte a bolilor nu poate fi organizată în clase bine definite. Rezultatul acestor probleme de coerență la nivel noțional și diagnostic este adesea ilustrat prin referire la... capitolul XI din Geneză ! Astfel, Brockington *et al.* (cf. Berner *et al.*, 1983) evocă „o confuzie babiloniană a limbilor”, iar Bourgeois (1985) consideră că *DSM III* ar reprezenta un progres în vederea dispariției „Babelului psihiatric”.

## 2. Dezvoltarea unei mișcări neo-kraepelinene în Statele Unite

Curentul neo-kraepelinian a apărut în Marea Britanie la începutul anilor cincizeci. Foarte critic la adresa psihanalizei, psihoterapiei și psihiatriei sociale, manualul lui Mayer-Gross, Slater & Roth (1951) constituie o reafirmare a punctului de vedere kraepelinian.

Născut în același an cu Freud, Emil Kraepelin (1856-1926) este autorul unui vast sistem descriptiv al maladiilor mintale, concepute ca entități clinice distincte, care constituie punctul culminant al dezvoltării psihiatriei germane din secolul XIX. O dată cu Kraepelin, modelul medical al nebuniei pare să câștige disputa teoretică. Pentru el, boala mintală trebuie individualizată și definită prin evoluția sa. Singurul diagnostic adevărat este acela care permite un pronostic precis. Boala neputând fi definită decât prin starea ei terminală, Kraepelin studiază în mod sistematic afecțiunile mintale în funcție de evoluția lor. Viziunea sa clinică are un caracter preponderent clasificator. El nu se ocupă de ipotezele psihopatologice și se mulțumește cu descrieri și clasificări. Manualul de psihiatrie al lui Kraepelin, cunoscut în lumea întreagă, apare în 1883 și este reeditat de nouă ori până în 1927. Lui Kraepelin îi datorăm conceptul de demență precoce, entitate definită foarte clar începând cu a șasea ediție a *Tratatului* (1899). Tot el este cel care introduce noțiunea de psihoză maniaco-depresivă.

În Statele Unite, mișcarea neo-kraepeliniană își începe activitatea la Universitatea Washington din St-Louis. Protagonștii săi sînt Robins (cunoscut pentru contribuțiile sale în ceea ce privește epidemiologia psihiatrică), Winokur (interesat de studiul familial-genetic al tulburărilor afective) și Guze (remarcat pentru o re-formulare a categoriei „isterie” și pentru o cercetare asupra sindromului Briquet<sup>6</sup>).

Klerman, creatorul conceptului de neo-kraepelinism (Klerman, 1978), arată că reprezentanții acestei mișcări (în măsura în care, pe de o parte, cred în existența tulburărilor mintale distincte, iar pe de altă parte concep psihiatria drept o ramură medicală<sup>7</sup>) urmează tradiția lui Kraepelin și gîndirea psihiatrică clasică a secolului al XIX-lea. Prin indecizia lor în ceea ce privește etiologia diverselor tulburări<sup>8</sup>, prin faptul că subliniază importanța unei abordări mai curînd empirice a acestor tulburări, neo-kraepelinienii se diferențiază totuși de tradiția kraepeliniană (Klerman, 1985). Aceasta era mai teoretică și se baza (începînd de la a cincea ediție a *Tratatului* lui Kraepelin) pe conceptul de maladie, înscriindu-se astfel în continuitatea unui curent psihopatologic reprezentat de Bayle, Falret și Kahlbaum (Pichot & Guelfi, 1985). Conceptul de maladie implică însă o etiologie și o patogenie specifică. În absența unor leziuni caracteristice, prezența unei maladii putea fi argumentată prin existența unei evoluții identice (conform principiului „dacă evoluția e identică, și cauza e identică”).

Deși *DSM UI* a luat multe dintre ideile formulate de Kraepelin, iar neo-kraepelinienii au jucat un rol important în elaborarea sa, oferind fundalul experimental și conceptual a numeroase inovații ce apar aici, ar fi eronat să considerăm că *DSM III* ar fi (în ansamblul său) o expresie a punctului de vedere neo-kraepelinian (Klerman, 1985). Responsabilul de elaborarea *DSM III*, Spitzer, și-a exprimat în mod explicit dorința de a nu fi considerat drept unul dintre membrii „colegiului invizibil” (Blashfield, 1982) constituit din cercetători neo-kraepelinieni; el se definește ca fiind mai curînd interesat de date și de o abordare empirică (Klerman, 1985).

## 3. Creșterea interesului pentru diagnostic

De la începutul anilor patruzeci pînă spre mijlocul anilor șaizeci, diagnosticul și clasificarea au constituit preocupări minore pentru psihiatria americană. Absența aparentă a pertinentei diagnosticului pentru deciziile legate de tratament constituie una dintre principalele surse ale acestei atitudini. După Klerman (1985), cinci tipuri de critici explică sau sînt legate de lipsa de interes pentru problemele diagnosticului. Țintele acestor critici sînt:

- legitimitatea situării psihiatriei printre disciplinele medicale<sup>9</sup> ;
- fidelitatea diagnosticului psihiatric ;
- consecințele sociale și psihologice ale diagnosticului psihiatric ;
- pertința categoriilor și tipologiilor ce figurează în sistemele de diagnostic, precum și claritatea frontierei dintre normal și anormal ;

- înrădăcinarea sistemului convențional de diagnostic în cultura vest-europeană.

Spre sfârșitul perioadei menționate, asistăm la o creștere a interesului cercetătorilor și practicienilor pentru problemele de diagnostic și clasificare. Această înnoire are în esență trei explicații (Klerman, 1985):

- progresele realizate în domeniul modalităților terapeutice, în special în psihofarmacologie, dar și în materie de mijloace de intervenție comportamentală și psihoterapeutică;
- disponibilitatea mijloacelor informatizate de tratare a datelor, permițând analize multivariate pe volume importante de informații;
- utilizarea scadelor de evaluare și a altor tehnici psihometrice pentru evaluarea cantitativă a simptomelor, comportamentului și personalității.

#### 4. Pragmatismul nord-american

După Fichot și Guelfi (1985), *DSM* este puternic impregnat de o orientare filosofică ce este considerată în Europa ca fiind caracteristică Statelor Unite : pragmatismul creat de Charles Sander Peirce<sup>6</sup>. Principalii continuatori ai acestuia, William James și John Dewey (care a fost prieten cu Adolf Meyer) au avut o influență directă asupra psihiatriei americane. Spitzer (1985), președintele Grupului de lucru asupra nomenclaturii și statisticii din cadrul APA, arată că ateismul *DSM III* reprezintă probabil expresia majoră a filosofiei pragmatice: „Includerea unor teorii etiologice ar constitui un obstacol în utilizarea manualului de către clinicienii de orientare teoretică diferită”. În fața unui astfel de obstacol, a fost mai practic, mai simplu să se elimine orice referire la teoriile etiologice.

#### 5. Unele schimbări socio-culturale apărute în Statele Unite

Începând cu 1970, campaniile grupurilor de homosexuali pentru retragerea etichetei de tulburare mintală aplicată în *DSM II* homosexualității a determinat la clinicieni o analiză critică (Bayer, 1981 ; Gayda *et al.*, 1985). Mișcarea de repunere în discuție a reperelor nosografice tradiționale s-a manifestat la reuniunea anuală a APA de la San Francisco. La congresul de la Honolulu (1973), homosexualitatea în sine nu mai este considerată ca stare patologică și este eliminată din *DSM II*. Cei care s-au opus retragerii homosexualității din clasificarea APA vor redeschide **dezbaterea** o dată cu

începerea lucrărilor de realizare a *DSM III*, în 1974. Ei nu vor obține câștig de cauză, doar homosexualitatea ego-distonică rămânând în *DSM III*<sup>7</sup>. Ea va fi eliminată și din *DSM*. Această decizie a intrat în vigoare în 1987, o dată cu publicarea *DSM III-R*<sup>8</sup>. Dezbaterile provocate de homosexualitate au pus în evidență „imposibilitatea de a realiza un diagnostic de tulburare mintală fără a face referință, cel puțin în mod implicit, la un întreg ansamblu de norme și judecăți de valoare” (Gayda *et al.*, 1985).

## B. DESCRIEREA ELEMENTELOR FUNDAMENTALE ALE DSM IV

### 1. Evaluare multiaxială

Modelul multiaxial de diagnostic nu este nou în psihiatrie (Skodol & Spitzer, 1985). Originile sale se găsesc în cercetările conduse în Suedia de către Essen-Moller & Wohlfahrt (1947), Essen-Moller (1971), Ottosson & Perris (1973), precum și în unele cercetări efectuate în cadrul OMS (Stengel, 1959; Rutter *et al.*, 1969; 1973).

În cazul *DSM III*, adoptarea unui sistem multiaxial este o consecință logică a ateismului etiologic, care face necesară înregistrarea ansamblului informațiilor disponibile (Pichot & Guelfi, 1985). Acest sistem asigură o evaluare minuțioasă din punct de vedere psihologic, biologic și social (Skodol & Spitzer, 1985).

În evaluarea multiaxială, fiecare axă se raportează la o categorie de informații diferită. Primele trei axe sînt tipologice, implicînd categorii; ultimele două sînt dimensionale (Mezzich, 1980; cf. Klerman, 1985). Gisselmann *et al.* (1985) subliniază valoarea axelor IV și V, care aduc alături de bolnav mediul acestuia, noțiune care condiționează adesea și în mare măsură pronosticul.

a. **Axa I a *DSM IV*** cuprinde tulburările clinice, precum și diferite alte situații asupra cărora se poate centra clinicianul. În total, cincisprezece categorii de tulburări mintale figurează pe această axă:

- **tulburări ce apar de obicei în prima și a doua copilărie, sau la adolescență**<sup>9</sup>;
- **delir, demență, sindrom amnezic și alte tulburări cognitive;**
- **tulburări mintale datorate unei afecțiuni sau tulburări fizice;**

- tulburări legate de ingestia de substanțe psiho-active;
- schizofrenie și alte tulburări psihotice;
- tulburări afective;
- tulburări anxioase<sup>16</sup>;
- tulburări somatoforme<sup>17</sup>;
- tulburări factice<sup>18</sup>;
- tulburări disociative<sup>19</sup>;
- tulburări sexuale și de identitate sexuală;
- tulburări de alimentație ;
- tulburări de somn;
- tulburări ale controlului impulsurilor neîncadrate în altă parte<sup>20</sup>;
- tulburări de adaptare.

În comparație cu *DSM III-R*, se constată mai multe modificări. Astfel, categoriile „tulburare delirantă (paranoică)” și „factori psihologici ce influențează o afecțiune fizică” dispar în *DSM IV*, la fel ca și referințele la nevroza legată, pe de o parte, de „tulburările anxioase (stări anxioase și fobice)”, iar pe de altă parte de „tulburările disociative (nevroze isterice, tip disociativ)”. Se mai poate nota apariția unei noi categorii („tulburări alimentare”) și gruparea schizofreniei împreună cu celelalte tulburări psihotice.

Axa I poate servi, după cum am văzut, la codarea diferitelor situații pe care se poate centra atenția clinicianului: (a) factori psihologici ce au impact asupra unei afecțiuni sau tulburări fizice ; (b) tulburări ale motricității induse de medicamente ; (c) probleme de ordin relațional; (d) probleme legate de abuz sau neglijență; (e) alte probleme care ar fi cele legate de studii, de muncă, de aculturare sau de etapele vieții.

b. Axa II cuprinde tulburările personalității și folosește, de asemenea, la codificarea suferinței mintale. În număr de zece, tulburările de personalitate constituie trei grupuri:

- grupul A cuprinde personalitățile paranoică, schizoidă, schizotipică. Subiecții ce prezintă aceste tulburări apar adesea ca biziari sau originali;
- grupul B este constituit din patru tipuri de personalitate patologică: antisocială, de limită (*borderline*), histrionică, narcisistă. Aspectele comune personalităților ce aparțin acestui grup sînt tendința de dramatizare, emoționalitate și un caracter neregulat, eratic, al conduitelor;
- grupul C reunește personalitățile evitante, dependentă și obsesional-compulsivă. Subiecții care prezintă unul din aceste tipuri de personalitate apar adesea ca anxioși sau temători.

Axa II poate servi, de asemenea, la notarea trăsăturilor specifice unei personalități patologice sau la recurgerea frecventă la anumite mecanisme de apărare.

c. Axa III servește la notarea tulburărilor sau afecțiunilor fizice prezente la persoana evaluată, susceptibile de a avea importanță în înțelegerea sau tratamentul cazului. În anumite cazuri, afecțiunea notată pe axa III poate avea o semnificație etiologică (de exemplu, o tulburare afectivă datorată unui hipotiroidism). În alte cazuri, afecțiunea fizică nu are o semnificație etiologică destul de clară sau nu are importanță decît pentru atitudinea terapeutică (prezența, de exemplu, a unei aritmii cardiace la un pacient care suferă de depresie majoră).

d. Axa IV servește la codarea problemelor psihosociale și de mediu care ar putea afecta diagnosticul, tratamentul și pronosticul tulburărilor mintale codificate după Axele I și II. Aceste probleme pot fi constituite de evenimente de viață negative, de dificultăți sau deficiențe de mediu, de un stres familial sau interpersonal, de inadecvarea suportului social sau a resurselor personale etc. Identificarea de către clinician a problemelor psihosociale și de mediu pertinente înlocuiește deci evaluarea factorilor de stres psihosocial practică în *DSM III-R* cu ajutorul unei scale de severitate.

e. Axa V servește la indicarea estimării globale de către clinician a funcționării psihologice, sociale și profesionale a persoanei evaluate. În acest scop, clinicianul folosește scala GAF<sup>21</sup>. Estimarea se face pe două perioade : actuală (la momentul examenului) și pentru anul precedent. În al doilea caz trebuie notat nivelul cel mai înalt de funcționare menținut cel puțin cîteva luni de-a lungul anului precedent.

Autorii *DSM IV* oferă exemple de diferite niveluri de funcționare dintre care vom extrage, în scop ilustrativ, situațiile extreme :

- Cod 81-90: „Simptome absente sau minime (de exemplu, anxietate ușoară înaintea unui examen), funcționare satisfăcătoare în toate domeniile, interesată și implicată într-o mare varietate de activități, eficace din punct de vedere social, satisfăcută în general de viață, fără alte probleme sau preocupări decît grijile de zi cu zi (de exemplu, conflict ocazional cu membrii familiei sale)”.

- Cod 1-10: „Pericol persistent de auto- sau hetero-agresiune gravă (de exemplu, accese repetate de violență) sau incapacitate durabilă de a menține o igienă corporală minimă sau gest suicidar prezentînd căutarea precisă a morții”.

## 2. Criterii de diagnostic explicite

*DSM III* și *IV* se bazează pe un sistem operațional de criterii diagnostice. Acest lucru a fost motivat de necesitatea imperioasă de a îmbunătăți fidelitatea diagnostică, de obicei redusă, în psihiatrie (Spitzer & Fleiss, 1974).

Criteriile operaționale de includere și excludere într-o categorie diagnostică au fost introduse de așa-numita școală de la Saint-Louis (Feighner *et al.*, 1972). Aceste criterii vin să compenseze absența în psihiatrie a semnelor patognomonice și a examenelor de laborator (Bourgeois, 1985).

Criteriile diagnostice sînt descriptive. Definirea lor este precisă și univocă, fiind astfel comunicabilă. Ele au fost validate empiric și posedă o înaltă fidelitate inter-evaluatori (Pichot & Guelfi, 1985).

În Introducerea la *DSM III-R*, Spitzer și Williams (1989a) aduc două precizări importante. Prima se referă la faptul că, pentru majoritatea categoriilor, criteriile diagnostice se bazează pe inferențe clinice și nu au fost încă validate în totalitate. A doua precizare menționează o revizuire a criteriilor diagnostice pentru anumite categorii de tulburări - în special pentru tulburările de personalitate - și adoptarea unui demers diagnostic numit **politetic**. Aceasta înseamnă că diagnosticul unei tulburări necesită prezența unui număr precis de simptome printre cele ce figurează pe lista elaborată pentru tulburarea respectivă. Se precizează, în același timp, că nici unul dintre simptomele de pe listă nu este indispensabil pentru a diagnostica tulburarea respectivă. Spitzer și Williams consideră că politetismul criteriilor va îmbunătăți fidelitatea inter-evaluatori în materie de diagnostic, comparativ cu un demers *monotetic* în care, pentru a face un diagnostic, este necesară prezența fiecărui simptom-criteriu. Acest lucru rămîne valabil și pentru *DSM IV*.

Pentru a ilustra formularea criteriilor diagnostice și modul lor de utilizare, să luăm drept exemplu tulburarea autistă (American Psychiatric Association, 1994\*). Pentru acest diagnostic, *DSM IV* oferă o listă de 12 itemi grupați în trei clase.

**(1) Alterarea calitativă a interacțiunilor sociale.** Printre cei patru itemi ai acestei clase, itemul (b) este formulat astfel: „incapacitatea de a stabili cu cei de aceeași vîrstă relații adecvate nivelului său de dezvoltare”.

**(2) Alterarea calitativă a comunicării.** Această clasă este constituită din patru itemi, dintre care al treilea are următorul conținut: „folosirea stereotipă și repetitivă a limbajului sau utilizarea idiosincrasică a cuvintelor sau frazelor”.

**(3) Restrîngerea sferei comportamentelor, intereselor și activităților, cu tendință spre repetiție și stereotipie.** Al patrulea item al acestei clase este formulat astfel: „preocupare persistentă pentru anumite părți ale unui obiect”.

Pentru a realiza un diagnostic de tulburare autistă, *DSM IV* indică drept necesare (criteriul A) prezența a cel puțin 6 din cei 12 itemi menționați. În plus, este nevoie să fie prezenți cel puțin doi itemi din grupul (1) și cîte un item din grupul (2) și respectiv (3). Autorii *DSM IV* menționează, de asemenea, că tulburarea autistă trebuie să se manifeste înaintea vîrstei de trei ani, prin întîrzieri sau o funcționare anormală în cel puțin unul dintre domeniile următoare: interacțiune socială, limbaj folosit în comunicarea socială, jocuri simbolice. Acesta constituie criteriul B. Se precizează, în sfîrșit (criteriul C), că tulburările decelate trebuie să conducă mai curînd la diagnosticul de autism decît la cel de sindrom Rett sau Heller.

Să luăm acum cazul unei entități codate pe Axa II, personalitatea histrionică (numită isterică în alte clasificări), definită în *DSM IV* drept „mod general de răspuns emoțional excesiv și de căutare a atenției, apărut la începutul vîrstei adulte și prezent în contexte diverse, după cum arată cel puțin **cinci**” din cele opt manifestări menționate ulterior. În această listă figurează faptul că subiectul resimte „disconfort în situațiile în care el/ea nu se află în centrul atenției celorlalți” (nr. 1); faptul că „expresia sa emoțională este rapid schimbătoare și superficială” (nr. 3) sau că el este „sugestibil, adică ușor influențabil de către ceilalți sau de către circumstanțe” (nr. 7).

## C. CRITICI ȘI PERSPECTIVE

### 1. Critici ale ateorismului

Respingerea de către autori *DSM* a oricărei teorii care nu ar avea consecințe practice deranjează, fără îndoială, pe numeroși clinicieni europeni. Aceasta nu trebuie să ne surprindă, întrucît tradiția europeană pretinde elaborarea unor teorii psihopatologice generale, care să servească drept suport pentru nosologie.

Una din primele ținte ale criticii formulate după difuzarea în Franța a *DSM* a fost orientarea sa comportamentalistă, rezultat direct al ateismului său. Această alunecare și consecințele sale sînt adesea menționate în publicațiile disponibile. Fiind ateoretică, spun unii autori, *DSM* nu utilizează abordarea structurală care caută să recunoască efectele unei structuri într-un tablou clinic dat. De aceea, *DSM III* nu se preocupă, în mod inevitabil, decît de „simptomele de suprafață”<sup>22</sup>, adică de comportamente și, după cum subliniază Tremine *et al.* (1985), această referință comportamentalistă nu poate fi ascunsă sub umbrela agnosticismului.

în contextul comportamentalist menționat trebuie, de asemenea, examinat problema includerii unei grile semiologice a trăsăturilor latente, problemă pusă de tulburările de personalitate descrise pe *Axa II*. Problema este de a ști, după cum arată Widlocher (1985), din ce moment anumite date observabile sau deducibile din situația psihanalitică pot fi regăsite în condițiile standard de examen.

Cotarea pe simptome și repertoriul redus de itemi, consideră unii critici ai *DSM*, ar obliga pe clinician, atunci cînd realizează un diagnostic, să nu aleagă simptomele decît dintre cele care îi sînt oferite (Tremine *et al.*, 1985). Legat direct de aceasta, să menționăm criticile vizînd recurgerea continuă și cvasisistematică la cuantificare, pentru a defini simptomele după regula „totul sau nimic”, pentru a valida anumite simptome în funcție de durata lor, pentru a afirma un sindrom atunci cînd este atins un anumit număr de semne<sup>23</sup>. Este vorba aici de un aspect ce surprinde pe numeroși clinicieni francezi care subliniază tocmai faptul că atunci cînd cuantificarea devine determinantă, aceasta se face cu riscul pierderii de informație.

Alunecarea spre o orientare comportamentalistă nu este singurul argument propus pentru a demonstra că obiectivul de a prezenta o psihopatologie ateoretică este departe de a fi atins în *DSM*. Vorbînd despre aceasta, Pelsser (1989) scria că *DSM III*, în ansamblul său, se fundamentează pe numeroase postulate teoretice implicite care ar putea fi puse în discuție. Pellet *et al.* (1985) subliniază în special abundența formulărilor „datorat”, „imputabil”, prezente în mod regulat în enunțul criteriilor diagnostice, formulări care lasă loc dubiilor privind ateismul *DSM*. Realitatea acestei remarci făcute în cursul reuniunii privind *DSM III* și psihiatria franceză (Paris, 1984) a fost admisă de Spitzer, care anunța că o schimbare de formulare este luată în calcul (cf. Samuel Lajeunesse, 1985). Și totuși, formulări precum cele menționate mai sus continuă să apară și în *DSM IV*, de fiecare dată cînd dovezile empirice o permit.

După ce a examinat bazele conceptuale ale mai multor categorii diagnostice, Singer (1985) scrie că ateismul *DSM III* nu este decît o **iluzie**. Noțiunea de schizofrenie ar rezulta dintr-un compromis între conceptele lui Kurt Schneider și, parțial, cele ale lui Bleuler. în categoria „stări anxioase” predomină conceptele comportamentaliste și biologice. în fine, Singer notează că unele concepte psihodinamice<sup>24</sup> persistă în stările somatoforme și în tulburările de conversie.

Toate acestea ar putea să ne conducă în mod justificat la întrebarea dacă ateismul nu ascunde existența unui politeism real<sup>25</sup>, profund ancorat în structura *DSM*. O astfel de ipoteză este alimentată de afirmațiile a numeroși autori. Berner *et al.* (1983), de exemplu, consideră că *DSM III* a dezvoltat un sistem de clasificare de compromis, care îi afectează logica și claritatea. Singer (1985) merge mult mai departe atunci cînd notează: „compromisul se bazează adesea pe un conglomerat eteroclit de criterii provenind de la autori diferiți și din școli diferite, care riscă să utilizeze în mod diferit aceste aporturi”.

## 2. Perspective

în ciuda difuzării largi a *DSM*, constatăm astăzi că nosologia traversează o perioadă de relativă instabilitate, rezultat nu doar al criticilor la adresa ultimelor ediții ale manualului APA, ci și al multiplicării sistemelor de clasificare<sup>26</sup>. La acestea se adaugă proliferarea sistemelor operaționale de criterii diagnostice pentru anumite entități clinice cum ar fi schizofrenia și tulburările afective, situație care generează riscul ca fiecare cercetător să utilizeze o definire diferită a entităților supuse studiului.

în acest context dificil, diverși autori au preconizat o **abordare poli-diagnostică** în măsură să înglobeze mai multe sisteme operaționale și să permită astfel eliminarea inconvenientelor unui sistem unic. Kendell (1982), de exemplu, sugerează utilizarea simultană a două sau trei sisteme. LICET constituie o tehnică ce permite utilizarea simultană a mai multor sisteme diferite de clasificare (Puui & Boyer, 1985). Ea este compusă din mai multe Liste Integrate de Criterii de Evaluare Taxinomice. LICET nu impune nici un criteriu clinicianului care este, din contra, invitat să-și formuleze diagnosticul după propriul său obicei. Numai după aceea el completează lista (sau listele) de criterii corespunzînd grupelor de tulburări vizate. Listele disponibile LICET-S (Puui *et al.*, 1981)<sup>27</sup> și LICET-D (Puui *et al.*, 1984) reușesc ansamblul criteriilor propuse în zece sisteme diferite utilizate în domeniul

psihozelor non-afective (în principal schizofrenia) și, respectiv, șapte sisteme diferite utilizate în diagnosticul depresiei. Pentru fiecare dintre clasificările reținute, analiza datelor se face după un arbore de decizie.

O altă perspectivă - complementară, cel puțin un timp, abordării poli-diagnostice prezentate mai sus - o constituie dezvoltarea și perfecționarea *DSM*. Apariția la doar șapte ani după *DSM III-R*, a unei forme profund revizuite (*DSM IV*) arată că această nosologie și nosografie psihopatologică nu este o lucrare intangibilă. Pregătirea *DSM IV* a suscitat numeroase polemici, după cum dovedesc, de exemplu, scrisoarea adresată editorului revistei *Archives of General Psychiatry* de către Taylor (1989) - ca urmare a articolului în care Spitzer & Williams (1988) lansau un apel pentru propuneri în vederea elaborării *DSM IV* - și răspunsul acestor autori (Spitzer & Williams, 1989b)<sup>28</sup>. Tonul ferm al acestor schimburi epistolare prevestește polemicele provocate de noua ediție a *DSM* și, în special, dezbaterile pe tema „sindromului premenstrual” sau al „personalității dependente”, în special între femeile psihiatre, precum și criticile generate de faptul că totul se schimbă foarte repede (prea repede!) și că asistăm la o „deprecie planificată”.

La toate acestea se poate răspunde că există aici, fără îndoială, premisele unei reale ameliorări a *DSM* ca instrument utilizabil și util în practica și cercetarea din psihopatologie. Comparat de către Pichot (1985) cu unul dintre marile evenimente ale sfârșitului secolului al XIX-lea (a șasea ediție a *Tratatului* lui Kraepelin), considerat de Pichot & Gueffi (1985) drept criticabil, dar imposibil de ignorat, *DSM*, în ciuda lacunelor și impreciziilor sale, definește o abordare ateoretică a psihopatologiei, al cărei câmp se va restrânge pe măsură ce cunoștințele noastre etiologice vor progresa.

## REZUMAT

Psihopatologia în cadrul căreia descrierea tulburărilor se dorește ateoretică a fost creată în Statele Unite, o dată cu elaborarea celei de-a doua și, ulterior, a celei de-a treia ediții a *Manualului diagnostic și statistic al tulburărilor mintale*, cunoscute sub numele de *DSM II* și *DSM III*. Abordarea ateoretică vizează depășirea limitelor cunoștințelor noastre actuale privind etiologia tulburărilor psihice și facilitarea comunicării între clinicieni cu orientări teoretice diferite.

În cazul *DSM III* și *DSM IV*, adoptarea unui sistem multiaxial de diagnostic este consecința ateismului etiologic ce a făcut necesară înregistrarea ansamblului informațiilor disponibile: tulburările mintale (Axele I și II), tulburările sau afecțiunile fizice prezente la persoana evaluată și susceptibile de a avea importanță în

înțelegerea sau tratamentul cazului (Axa III), problemele psiho-sociale și de mediu care ar putea influența diagnosticul, tratamentul sau pronosticul tulburărilor mintale (Axa IV) și, în fine, funcționarea psihologică, socială și profesională a persoanei evaluate (Axa V).

Pentru a ameliora fidelitatea diagnostică, *DSM III* și *IV* se bazează pe un sistem operațional de criterii diagnostice. Aceste criterii sînt descriptive, definirea lor este precisă și univocă. Ele au fost validate empiric și posedă o înaltă fidelitate inter-evaluatori. Aceste criterii se bazează totuși pe un raționament clinic și nu au fost încă validate complet.

Ateorismul *DSM* este ținta diferitelor critici. Printre acestea se află orientarea sa comportamentalistă, faptul că nu se interesează decât de „simptomele de suprafață”. Unii autori remarcă faptul că obiectivul de a prezenta o psihopatologie ateoretică este departe de a fi atins în *DSM*. De fapt, acesta s-ar baza pe numeroase postulate teoretice implicite. Unii autori merg pînă la a se întreba dacă ateorismul afișat nu ascunde existența unui politeorism real, profund ancorat în structura *DSM*.

În ciuda tuturor acestor critici, *DSM* poate fi un instrument util în practica și cercetarea psihopatologică. *DSM* definește o abordare ateoretică a psihopatologiei, al cărei câmp se va restrânge pe măsură ce cunoștințele noastre vizînd etiologia tulburărilor mintale vor progresa.

## NOTE

1. O primă variantă a *DSM III* a fost prezentată în 1975, în cadrul unei sesiuni speciale a reuniunii anuale a APA. Ulterior, în cadrul fiecărei reuniuni anuale, o sesiune specială a fost consacrată unui aspect anume al *DSM III*.
2. O serie de cercetări de teren a fost condusă începînd din 1977. Cea mai importantă a durat doi ani (1977-1979).
3. În Introducerea la *DSM III*, Spitzer (1985, p. 10) scrie: „Abordarea aleasă în *DSM III* este ateoretică în ceea ce privește etiologia și fiziopatologia, cu excepția tulburărilor pentru care acestea sînt clar stabilite, și deci incluse în definiție. Cu timpul, nimeni nu se îndoiște că vor fi descoperite pentru unele tulburări de etiologie necunoscută, etiologii biologice specifice, pentru altele cauze psihologice specifice, iar pentru altele o interacțiune de factori psihologici, sociali și biologici”.
4. Termenul de „agnosticism” desemnează fie atitudinea ce constă în a considera orice metafizică (ontologică) drept fără valoare, fie ansamblul doctrinelor filosofice (în special relativismul sau pozitivismul) ce admit existența unui nivel al realității ce nu poate fi cunoscut prin înșși natura sa.
5. În *DSM III-R*, „fiecare tulburare mintală este concepută ca un sindrom sau un ansamblu comportamental sau psihologic semnificativ clinic” (p. 453).
6. Spre deosebire de tulburarea mintală, noțiunea de boală mintală implică o etiologie și o patogenie specifice.
7. Termenul de nosografie desemnează clasificarea metodică a bolilor.

8. Sindromul Briquet este o paralizie diagrafmatică de origine isterică.
9. Punctul de vedere neo-kraepelinian se referă, de asemenea, la existența unei frontiere între normalitate și boală, precum și la existența reală a bolilor mintale (care nu sînt mituri). Pentru neo-kraepelinieni, cercetarea vînzînd ameliorarea fidelității și validității diagnosticului și a clasificării ar trebui să folosească tehnicile avansate ale cercetării cantitative.
10. În cercetarea și practica clinică actuală, majoritatea neo-kraepelinienilor subliniază, de fapt, bazele biologice ale tulburărilor mintale și sînt neutri, ambivalenți sau uneori chiar ostili abordărilor psihiatrice psihodinamice, interpersonale și sociale.
11. Cei care, conform clasificării lui Engel (1977), pot fi desemnați ca exclușiști - reprezentanți de susținători ideilor lui Thomas Szasz (1975) -, neagă noțiunea însăși de boală mintală. Raționamentul lor este următorul: (a) dacă, pe de o parte, tulburările psihice pot fi reduse la alterări neurochimice, ele tîin de domeniul medicinei în general și de al neurologiei în special; (b) dacă, pe de altă parte, aceste tulburări nu pot fi explicate prin alterări neurobiologice, ele sînt rezultatul problemelor existențiale, care nu mai tîin de domeniul medicinei.
12. Charles Sanders Peirce (1839-1914), filosof american al științei și matematician, a prezentat în 1873, în cadrul unei reuniuni a „Clubului metafizic” pe care îl fondase împreună cu un număr de prieteni la Cambridge (Massachusetts), un articol în care formula pentru prima oară principiile de bază ale pragmatismului. Articolul a fost ulterior remaniat și transformat în două texte: „Stabilirea credinței” și „Cum să ne facem ideile clare”, reproduse în 1877 și 1879 în *Popular Science Monthly*. Al doilea articol fusese inițial scris în franceză pentru *Revue philosophique*, unde a apărut în 1879. Titlul său se referea la doctrinele lui Descartes și Leibnitz privind ideile clare și distincte. Peirce susținea ideea conform căreia criteriul clarității și distincției (în sensul folosit de Descartes și Leibnitz) trebuie subordonat unei a treia condiții, „al treilea nivel de claritate a cunoașterii”, formulat în „Cum să ne facem ideile clare” drept „principiu al pragmatismului”: „Să luăm în calcul care sînt efectele practice pe care credem că obiectul concepțiilor noastre le poate produce. Conceperea tuturor acestor efecte este conceperea completă a obiectului”.
13. În *DSM III* (p. 305), homosexualitatea ego-disonică era caracterizată printr-o „dorință de a obține sau a crește o excitație de tip heterosexuel pentru a putea iniția și menține relații heterosexuale”, iar pe de altă parte, prin „existența manifestă a unui mod de excitație de tip homosexual, descris explicit de către subiectul însuși ca fiind contrară propriei voințe și sursă permanentă de suferință”.
14. Motivele acestei decizii au fost multiple: (a) categoria homosexualitate ego-disonică putea da de înțeles că homosexualitatea însăși ar fi considerată drept o tulburare; (b) conceptul de homosexualitate ego-disonică a fost rar folosit în clinică, fiind foarte puțin utilizat în publicațiile științifice; (c) programele ce vizau ajutarea bisexualilor spre a deveni heterosexuali nu s-au referit la acest diagnostic; (d) observațiile conduse în Statele Unite au arătat cum toți homosexualii trec printr-o fază în care homosexualitatea lor este ego-disonică.
15. Această categorie cuprinde: întîrzierea mintală (codificată totuși pe Axia II), tulburările de învățare, tulburările de aptitudini motorii, tulburările de limbaj și de vorbire, tulburările copleșitoare ale dezvoltării (autism, sindromurile Rett, Heller și Asperger),

deficitul de atenție și comportame manifestă în cursul primei copilării, și subcategoria alte tulburări.

icluse în aceasta categorie a lara ntecedente de atacuri de par »1-compulsivă, stresul post-trau ecțiuni sau unei tulburări fizice

ine grupează

rba de  
scop sa

FGI” ti  
i (GAS)

edic împi  
pentru explorare. În acest mod, funcția minim. Se știe însă că în psihanaliză, ca abolută (Wiener, 1985). într-un articol i lului, Lefevre *et al.* (1983) scriu că „tul simptomul (fără a-i neglija însă incident, deficiențele nu se s uit la nivelul simptomelor și comportamentelor cit la cel al posibilităților de n e a personalității subiacente” (p. 468).

Tremine *et al.* (1985) notează că deși astfel de metode sînt folosite de autorii *DSM III* pentru a elimina subiectivitatea, aceasta persistă în alegerea cantităților.

De fapt, poziția *DSM* față de teoria psihanalitică este cu mult mai complexă. Widlocher (1985) notează că sistemul de clasificare a nevrozelor în *DSM III* nu este neutru și descriptiv: el arată abandonarea referințelor exclusive la psihopatologia psihanalitică și influența noilor puncte de vedere din patogenie. În același timp, preocuparea de a îndepărta orice referință la o teorie explicativă sau la ipoteze etiologice verificabile imediat, precum și utilizarea exclusivă a datelor empirice identificabile de către toți clinicienii pot apărea, după cum scrie Widlocher (1985), drept o critică la adresa influenței psihanalizei. Această critică nu a rămas, se pare, fără replică. În sinteza finală a reuniunii de la Paris privind *DSM III* și psihiatria franceză, Samuel-Lajeunesse (1985) remarcă faptul că aspectul pur descriptiv al *DSM III* creează controverse mai aprinse la participanții care aparțin unei orientări dinamice în psihopatologie.

Samuel-Lajeunesse (1985) citat de M. de Bonis, care sublinia că nu se poate confunda ateorismul total și politeorismul.

Printre sistemele de clasificare franceze, pot fi citate „Clasificarea INSERM” (1968) și „Sistemul de documentare psihiatrică automatizat” (SDPA), sistem multiaxial ce

ui perturbator, tulburările de alimentație care se curile, tulburările conduitei excrementale, precum rile de panică (cu sau fără agorafobie), agorafobia fobia specifică, fobia socială, tulburarea obsesio-c. stresul acut, tulburarea anxioasă datorată unei xietatea provocată de substanțe psihoactive.

:a. tulburările somatoforme nediferențiate, conver- și teama de o dismorfie corporală.

te de simptome fizice sau psihice produse cu un



- funcționează din 1976 în serviciile de psihiatrie din regiunea pariziană, elaborat de Barrois, Bazot, Moutin și Vincent (cf. Lefebvre *et al.*, 1985).
27. LICET-S reunește 70 de criterii, fiecare fiind propus în cel puțin unul dintre următoarele sisteme: (1) criteriile evolutive ale lui Kraepelin; (2) simptomele fundamentale ale lui Bleuler; (3) simptomele de gradul întâi ale lui Kurt Schneider; (4) simptomele procesuale ale lui Langfeldt; (5) criteriile de la Saint-Louis; (6) indexul schizofrenic de la New Haven; (7) criteriile lui Taylor; (8) simptomele discriminante ale Studiului Pilot Internațional asupra Schizofreniei; (9) criteriile sindromului axial schizofrenic conform școlii din Viena; (10) criteriile *DSM III* pentru tulburările schizofrenice, tulburările paranoice și tulburările psihotice neincluse în altă parte (Pui & Boyer, 1985).
28. în cadrul acestei polemici, Taylor (1989) critică frecvențele schimbări ale *DSM* și îl citează pe Jampala *et al.* (1986, 1988), care sublinia dificultățile provocate deja de învătarea unei singure variante a acestui manual. în răspunsul lor, Spitzer și Williams (1989b) apără principiul unei revizii periodice a *DSM*, al ameliorării sale continue pe baza progreselor științifice și a rezultatelor aplicării pe teren a *DSM*. După Spitzer și Williams, problema imperfecțiunii clasificării nu este specifică psihiatriei. Un specialist recunoscut al nosografiei, Feinstein (1988), observa recent starea științifică „deplorabilă” a clasificării din medicina clinică, așa cum apare ea în Clasificarea Internațională a Bolilor.

## CAPITOLUL 2

### Psihopatologie behavioristă

Articolul lui Watson, intitulat „Psihologia așa cum o vede un behaviorist”, considerat a fi manifestul a ceea ce avea să devină unul din curentele importante ale psihologiei, a apărut în 1913<sup>1</sup>. în cele aproape nouă decenii care s-au scurs de atunci, dezvoltarea behaviorismului și, prin urmare, a abordării behavioriste asupra psihopatologiei a urmat mai multe direcții, dintre care trei sînt mai importante<sup>2</sup>. De fapt, după cum sublinia Maher (1966), mult timp nu a existat un veritabil „model behaviorist” integrat al psihopatologiei. Dispunem însă de o mare cantitate de date privind diferitele tipuri de răspunsuri umane.

Prima orientare în dezvoltarea behaviorismului este bazată pe studiile asupra condiționării clasice, legate de cercetările lui Ivan Petrovici Pavlov. în cadrul acestui tip de condiționare, un stimul neutru (sunetul unui clopoțel, de exemplu) prezentat de un număr suficient de ori în același timp cu un stimul necondiționat (hrana), ajunge să declanșeze un răspuns similar cu cel declanșat de stimulul necondiționat.

De-a lungul activității sale științifice, Pavlov a fost preocupat de bolile mintale. Spre sfîrșitul vieții el a elaborat o carte asupra reflexelor condiționate și psihiatriei, publicată în engleză în 1941. Cercetările efectuate în laboratorul său privind nevrozele experimentale sînt prezentate în capitolul 10 al acestui volum.

Paradigma condiționării clasice este utilizată în cercetările **curentului sud-african de terapie behavioristă**, reprezentat în special de Joseph Wolpe (Wolpe, 1959, 1969; Wolpe și Lazarus, 1966), precum și de școala engleză de terapie comportamentală, care, la inițiativa lui Shapiro (1951), va începe studii experimentale al cazurilor clinice, la departamentul de psihologie al spitalului Maudsley din Londra. Această inițiativă a fost puternic încurajată de directorul acestui departament, Eysenck, cel mai cunoscut reprezentant al școlii engleze (Eysenck, 1960, 1964).

A doua orientare în dezvoltarea behaviorismului este cea privind condiționarea operantă sau instrumentală, elaborată de Thorndike și Skinner (Skinner, 1953, 1971) și prezentată publicului francophon de Richelle (1972), într-o lucrare devenită clasică. Pentru reprezentanții acestui curent, răspunsul este emis spontan de organism și determină o schimbare în mediu. Răspunsurile sînt emise cu o anumită frecvență, iar probabilitatea lor de apariție crește dacă ele sînt întărite<sup>3</sup>. După Skinner, orice comportament este controlat de consecințele sale asupra mediului. Mediul are deci un rol fundamental în behaviorismul skinnerian : el selecționează anumite răspunsuri ale organismului.

Ultima orientare în dezvoltarea behaviorismului este reprezentată de behaviorismul de a treia generație, denumit social sau paradigmatic<sup>4</sup>. Elaborat de Staats<sup>5</sup>, acest behaviorism se prezintă ca o teorie ierarhică cu mai multe niveluri<sup>6</sup>, teorie ce constituie o tentativă de unificare a diferitelor curente ale psihologiei. Al cincilea nivel în teoria lui Staats este atribuit comportamentului anormal. Valoarea demersului lui Staats, precum și faptul că psihopatologii de limbă franceză cunosc mai puțin această nouă abordare<sup>7</sup> explică de ce o parte a acestui capitol este consacrată behaviorismului social sau paradigmatic. Această parte este precedată de o foarte scurtă expunere a elementelor de bază ale abordării behavioriste clasice asupra comportamentelor anormale. Prezentări detaliate ale acesteia abordări sînt disponibile în volumele consacrate în principal utilizării terapeutice a behaviorismului, semnate de Seron, Lambert și Van Der Linden (1977), Ladouceur, Bouchard și Granger (1977), Fontaine (1978), Cottraux (1984), Fontaine, Cottraux și Ladouceur (1984), Leveau *et al.* (1989).

## A. ABORDAREA BEHAVIORISTĂ A COMPORTAMENTELOR ANORMALE

În optica behavioristă, comportamentele anormale și normale sînt dobîndite și menținute prin mecanisme identice și urmînd legile generale ale învățării (Seron *et al.*, 1977)<sup>8</sup>. Publicațiile disponibile ne oferă un mare număr de exemple de dobîndire, prin învățare, a tulburărilor psihopatologice, în special Paul și Bernstein (1973) constată existența a trei moduri de dobîndire a răspunsurilor anxioase inadapte. Alți autori discută modelele comportamentale ale achiziției unei fobii (Mollard și Cottraux, 1984), a obsesiilor-compulsiilor (Cottraux *et al.*, 1984) sau a conduitelor inadapte ale copilului (Forget și Otis, 1977).

Behavioriștii resping orice fel de cauză internă drept cauză ultimă a comportamentului și leagă apariția oricărui comportament de mediu. Aceasta explică importanța acordată analizei funcționale a comportamentului anormal, analiză destinată să precizeze variabilele de mediu ce se află în relație cu respectivul comportament. O astfel de analiză se realizează cu ajutorul informațiilor culese prin diverse tehnici (Bouchard *et al.* 1980).

După o definire operațională a comportamentului studiat, clinicianul încearcă să determine durata, frecvența sau intensitatea acestuia. El va încerca, de asemenea, să precizeze condițiile specifice de mediu care preced, însoțesc sau urmează comportamentele studiate. Aceasta permite precizarea stimulilor care preced comportamentul vizat, descrierea acestui comportament (în termeni de frecvență, durată sau intensitate) și stabilirea consecințelor sau modificărilor de mediu ce apar imediat după comportamentul studiat.

Pentru a atinge acest obiectiv, cercetătorul poate folosi, cu sau fără un alt observator independent, o examinare directă, prin modalități cum ar fi observarea continuă (în care se notează tot ce se întîmplă), observarea de tip evenimențial (care constă în înregistrarea frecvenței comportamentului), observarea duratei comportamentului, observarea pe interval temporal sau eșantion de timp<sup>9</sup>.

Atunci cînd observarea în mediu natural este dificilă sau imposibilă, clinicianul poate realiza observații de laborator, simînd pe cît posibil o situație analogă.

Alte metode utilizate pentru a realiza analiza comportamentelor sînt: (a) auto-observarea (subiectul își notează el însuși frecvența sau durata comportamentelor sale inadapte); (b) convorbirea care, în acest context, este directivă și centrată pe obținerea de informații concrete specifice și pertinente (întrebările încep prin „cum?”, „cînd?”, „unde?”, „ce?”); (c) jocul de rol, considerat drept o alternativă interesantă la observarea comportamentului în mediu natural; (d) chestionare vizînd obținerea unui eșantion din ceea ce face subiectul în diverse situații precise<sup>10</sup>; (e) măsurări fiziologice ce permit aprecierea valorii emoționale a unei situații.

Poziția behaviorismului în legătură cu apariția tulburărilor psihopatologice a condus la elaborarea unei serii de tehnici cu scopul eliminării comportamentelor calificate drept patologice, deviante, inadapte sau indezirabile. Aceste tehnici sînt cunoscute sub numele de terapie comportamentală sau modificarea comportamentului<sup>11</sup>. Condușe după reguli precise și implicînd o monitorizare continuă, tehnicile de terapie comportamentală

se centrează pe simptomele pacienților. Disparația simptomului-țintă nu înseamnă doar că tehnica utilizată este bună. Ea validează în același timp poziția teoretică subiacentă terapiei comportamentale<sup>12</sup>. Ori, pentru adversarii abordării behavioriste a psihopatologiei, simptomul nu este decât semnul unui conflict intern, nu este decât soluția cea mai economică pe care pacientul a găsit-o pentru a rezolva parțial acest conflict. În aceste condiții, a trata simptomul nu afectează în nici un fel conflictul-cauză. Din acest motiv, adversarii terapiei comportamentale vorbesc de substituția simptomelor: dispariția simptomului-țintă conduce la apariția unui nou simptom, care este mai inadapdat, mai dezorganizant decât precedentul. În analiza pe care o fac asupra **substituției simptomelor**. Seron *et al.* (1977) notează că Yates (1958), Eysenck (1959) și Rachman (1963) au constatat pe un mare număr de bolnavi faptul că substituția este rară<sup>13</sup>. Ea nu ar apărea decât la 5-10% dintre pacienți, iar pentru aceștia pot fi propuse și alte explicații (provenind, de asemenea, din teoria behavioristă):

- noul simptom este rezultatul apariției unor condiții de mediu imposibil de controlat sau de prevăzut pe parcursul terapiei;
- întrucât terapia behavioristă vizează un comportament-țintă, probabil cel mai important dintr-o serie ierarhizată de comportamente inadapate, dispariția acestui comportament-țintă ar fi revelatoare pentru cele ce îl urmează în această serie.

Este posibil, de asemenea, ca însuși comportamentul-țintă să reapară atunci când terapia nu a luat în calcul toți stimulii ce controlează apariția sa. Este normal deci ca în condițiile în care acești stimuli se manifestă, comportamentul să reapară. Aceasta se întâmplă în special atunci când mediul nu este favorabil schimbării produse în context terapeutic.

## B. BEHAVIORISMUL PARADIGMATIC SAU SOCIAL

Staats a adus contribuții importante în domeniul nosologiei și nosografiei psihopatologice, precum și în cel al comprehensiunii proceselor de dobândire și menținere a comportamentelor anormale. Poziția sa în materie de nosografie constituie o reacție față de categoriile tradiționale considerate drept inadecvate. Din 1963, Staats **propune** o nosografie în care **comportamentul anormal este abordat în termeni „de lacune comportamentale, de comportamente incorecte, de control incorect al stimulului și de sisteme inadecvate de întărire”**. Mai târziu, Staats (1986) notează că această primă taxonomie a

comportamentului anormal<sup>14</sup> este prescurtată și expeditivă. Constatînd că datele care să-i permită să completeze un sistem behaviorist de descriere și clasificare a comportamentelor anormale nu sînt încă disponibile, el propune totuși o serie de modificări și completări la schema inițială.

Comportamentele anormale sînt grupate, de data aceasta, în două categorii de bază:

- lacunele comportamentale, categorie ce reunește comportamentele care, prin absența lor, dăunează adaptării persoanei la mediul său social sau fizic;
- comportamentele incorecte sau inadecvate, care dăunează adaptării prin prezența lor.

Statutul celorlalte categorii din clasificarea inițială, cea a controlului incorect al stimulului și al sistemelor de întărire inadecvate este reexaminat, ele fiind considerate acum drept subdiviziuni ale celor două categorii de bază.

Lacunele comportamentale și comportamentele incorecte pot surveni într-una din cele trei sfere ale personalității descrise de Staats: (a) sistemul A-R-D (emoțional-motivațional); (b) sistemul lingvistic și (c) repertoriile instrumentale<sup>15</sup>. Această punere în relație a categoriilor de comportamente anormale și a sferelor personalității derivă din concepția lui Staats, conform căreia personalitatea este constituită din repertorii comportamentale de bază. În aceste condiții, una din sarcinile importante ale psihopatologiei este studierea cazurilor de boli mintale în termeni de personalitate, deci de repertorii comportamentale de bază, examinînd ulterior fiecare sferă a personalității în termeni de lacune comportamentale sau de comportamente incorecte. În paragrafele ce urmează, vor fi utilizate trei exemple pentru a ilustra această manieră de abordare a tulburărilor psihopatologice.

- Lipsa interesului, a ambiției, a scopurilor, precum și indiferența afectivă înfîlnite la pacienții ce prezintă o schizofrenie sînt interpretate drept lacune ale sistemului emoțional-motivațional. Este situația contrară celei a unei persoane motivate și interesate de ceva, care a învățat să dea răspunsuri emoționale pozitive intense la anumiți stimuli înfîlniți anterior, în decursul vieții. Acești stimuli devin ulterior scopuri și determină la acea persoană comportamente de lungă durată, continui și pretențioase. Acești stimuli emoționali sau reprezentarea lor (așa cum o găsim în limbaj, de exemplu) au o funcție directivă și servesc la recompensarea și, în consecință, menținerea comportamentului actual al persoanei.

- Mecanismele de apărare, puse în evidență și studiate în cadrul abordării psihanalitice, constituie comportamente verbale. Când o persoană face apel

aproape exclusiv la astfel de secvențe verbale, ea este lipsită de mijloacele ce îi permit să gîndească, să raționeze, să planifice și să ia decizii adaptate la realitate. În asemenea condiții, mecanismele de apărare apar drept comportamente incorecte ce se manifestă la nivelul sistemului lingvistic (sau lingvistic-cognitiv) al personalității.

- Numeroși pacienți psihotici spitalizați prezintă lacune la nivelul repertoarelor de comportamente instrumentale. Lacune severe privind abilitățile sociale pot conduce chiar la spitalizarea permanentă a acestor pacienți. Staats (1986) notează că uneori, în clinică, nu sînt luate în considerare decît comportamentele care apar drept problematice în ochii comunității, neglijîndu-se astfel alte lacune la nivelul comportamentelor instrumentale. Aceasta poate avea consecințe importante asupra dinamicii dobîndirii unor comportamente instrumentale necesare adaptării pacientului la mediul său social sau fizic.

În cadrul abordării comportamentului normal, Staats (1986) insistă asupra importanței istoricului învățării pacientului. Studiind acest istoric, clinicianul ar ucbui să se intereseze de condițiile de învățare pe care Staats le descrie drept lacunare sau inadecvate

! Teniu a ilustra efectele mediilor lacunare. Staats reia cazul publicat anterior  
i de Cameron și Garner (1951). al unui tînar diagnosticat ca avînd o psihopatie  
i constituțională.

Pacientul, care se găsea în înfisoare pentru că falsificase cecuri, avea o atitudine nialistă : „bl admite la început fapta sa, recunoaște că a fost incorectă și își cere scuze”. Caneron și Garner sînt de părere că indulgența excesivă a mamei pacientului (care îl idolatriza) și protecția excesivă din partea familiei sale stau la baza problemelor lui. În orice situație tensionată cu ceilalți copii sau cu profesorii, mama și surorile „îi dădeau de înțeles că el a avut dreptate, iar ceilalți au greșit”. Atunci cînd profesorii le-au împărțit „cît de dificil este să ai încredere în acest copil”, mama și surorile sale au fost indignate „susținînd că astfel de afirmații sînt false...”. Pacientul a lucrat timp de trei ani în marina comercială, de unde a trebuit să plece „fîind indezirabil”. Căsătorit între timp cu o femeie mai în vîrstă, fostă profesoară, pe care o impresionase povestindu-i aventuri false, el se întoarce în mijlocul familiei împreună cu soția sa. Descoperindu-i minciunile, soția le iartă, considerîndu-le drept „mici exagerări”. După întoarcerea acasă a fost arestat pentru prima oară, într-unui din statele vecine. În această situație, mama și soția sa au mers peste tot unde el semnase cecuri false și au plătit sumele respective, făcînd posibilă eliberarea sa.

După Staats, acest caz demonstrează modul în care un mediu lacunar poate determina pe de o parte comportamente anormale, iar pe de altă parte lacune în repertoriile de comportamente ale sferelor personalității. Datorită

atitudinii mediului său familial, pacientul nu a avut ocazia să trăiască situațiile în care copiii învață în mod obișnuit să nu prezinte conduite aversive la adresa celorlalți (Staats, 1963). În același timp, ar fi vorba despre lacune (legate de caracteristicile mediului de viață al copilului) în achiziția anumitor stimuli verbali aversivi („nu fă...”, „periculos”, „oprește”, „interzis”, „ilegal” etc), stimuli care provoacă răspunsuri emoționale negative ce suscită răspunsuri instrumentale de evitare, care diminuează comportamentele antisociale (Staats, 1963). Ar mai fi prezente aici ceea ce Staats (1963) numea lacune în învățarea secvențelor de raționament ce permit evitarea comportamentelor ce determină pedepse. Ansamblul acestor elemente evocate arată că lacunele mediului afectează dezvoltarea adecvată a sistemelor A-R-D (emoțional-motivațional) și lingvistic-cognitiv, ceea ce explică (cel puțin în parte) dificultățile pacientului.

Cazul de psihopatie prezentat mai sus, precum și alte exemple ce pot ilustra efectul mediilor inadecvate de învățare, ne permit să înțelegem în ce mod un subiect a dobîndit un comportament anormal. O altă problemă, de asemenea fundamentală, este cunoașterea mediului care menține comportamentul în cauză. Pornind de la conceptul de „paradox nevrotic” elaborat de Mowrer (1950) pentru a defini menținerea, în absența consecințelor pozitive, a comportamentelor de averse, devalorizante și nefuncționale asociate nevrozelor, Staats (1986) consideră că, în interacțiunile lor cu pacienții, specialiștii pot „alimenta” simptomele care îi interesează. Mai multe observații în acest sens (Staats, 1957; Ayllon & Michael, 1959; Harris *et al.*, 1964) par să confirme faptul că o „sentiment de simpatie, oricît de bine intenționate ar fi ele, asociate cu o incompletă cunoaștere a comportamentului uman, pot de fapt să provoace [și să mențină] mai curînd decît să elimine problemele de manifestare a comportamentelor și stărilor emoționale interne” (Staats, 1973). Evident, analiza mediului poate devăluși și alte condiții ce explică menținerea unui comportament anormal, în ciuda caracterului său inadecvat pentru subiect<sup>15</sup>.

Staats are o viziune dinamică, interactivă asupra comportamentului anormal. Considerat, simultan, drept variabilă independentă și dependentă, acest comportament este în permanentă interacțiune cu mediul în care survine. Dacă mediul poate produce un comportament, acesta poate influența la rîndul său mediul. Într-o perspectivă psihopatologică, lacunele comportamentale sau comportamentele inadecvate ale subiectului afectează mediul social al acestuia, care, la rîndul său, influențează dezvoltarea comportamentală viitoare a subiectului.

Pentru a facilita înțelegerea comportamentelor anormale, Staats elaborează trei principii ale învățării (Staats, 1986):

1. Principiul competiției behavioriste, sau al competiției între învățarea normală și cea anormală (Staats, 1971). Să luăm drept exemplu un copil care obține ceea ce dorește folosind diferite modalități inadecvate de comunicare (gesticuli, țipete, mormăieli, plîns). Învățarea unui limbaj adecvat la acest copil este dificilă, întrucât așteptarea necesară oricărei învățări va provoca la el aversiunea și va întări mai puternic comportamentele anormale de comunicare.

2. Principiul caracterului ierarhic și cumulativ al învățării comportamentelor anormale este un principiu valabil și pentru comportamentele normale, dezirabile. Conform acestui principiu, învățarea presupune dobîndirea unor repertorii suprapuse, ierarhizate de comportamente, în care un nivel servește drept bază pentru achiziția nivelului următor.

3. Principiul spiralei descendente a învățării cumulative și ierarhice a comportamentelor anormale. În cazul unui copil care învață mai lent un repertoriu comportamental de bază, Staats (1986) descrie înlănțuirea următoare: „Cu cît performanța sa este mai redusă, cu atît ea este mai puțin recompensată. Cu cît gratificațiile sînt mai reduse, cu atît se mențin mai greu comportamentele de învățare. Cu cît învățarea este mai redusă, cu atît mai puțin este ea recompensată, și așa mai departe. Copilul întîrziat mintal se găsește adesea într-o astfel de spirală descendentă a progresului relativ al învățării”. În plus, învățarea unor comportamente indezirabile dăunează învățării comportamentelor adecvate. Putem asista chiar la o accelerare a caracterului descendent al spiralei atunci cînd dobîndirea de comportamente anormale antrenează o modificare totală a învățării ce nu afectează decît comportamentele indezirabile: „achiziția anumitor comportamente anormale va permite dobîndirea și altor comportamente de același tip sau va crea condiții propice pentru învățarea unor comportamente anormale”.

Un bilanț al contribuțiilor behaviorismului paradigmatic la comprehensiunea tulburărilor psihopatologice evidențiază mai multe aspecte. Preocuparea lui Staats de a integra abordări diferite ale psihopatologiei se concretizează, în acest domeniu specific, în ponderea acordată investigării sistemelor de personalitate. În acest sens, behaviorismul paradigmatic este în acord cu alte abordări tradiționale, ce recunosc importanța dimensiunii personalitate în psihopatologie. Acest mod de abordare a comportamentelor considerate anormale are implicații importante în ceea ce privește clasificarea, într-adevăr, comportamentele anormale pot surveni în mai multe categorii diagnostice. Lacune ale repertoriilor de bază ale limbajului pot fi înlătinate în

categorii foarte diferite cum ar fi deficiența mintală, autismul, schizofrenia, tulburările afective. Lacune ale sistemului emoțional-motivațional pot fi găsite în schizofrenie, în cazurile de personalități psihopate, în neurastenii. Această situație îl face pe Staats să scrie: „s-ar părea că sistemul A-R-D constituie un nivel de descriere mai fundamental decît entitățile bolilor mintale”. Din această perspectivă, studiul comportamentului anormal ar trebui bazat pe o analiză a repertoriilor comportamentale complexe ce constituie cele trei sfere ale personalității. Acest studiu ar trebui să se refere, de asemenea, la condițiile de mediu, de context social, care au condus la dobîndirea și menținerea repertoriilor comportamentale ale pacientului, ținînd cont de interacțiunile între comportamentele emise și mediul în care acestea apar.

## REZUMAT

Trei direcții principale în dezvoltarea behaviorismului - primele două bazate pe paradigme condiționării clasice și condiționării operante, iar a treia reprezentată de behaviorismul social sau paradigmatic - au influențat nu doar intervenția terapeutică, ci au marcat, într-o manieră importantă, și modul de înțelegere a tulburărilor psihopatologice.

În optica behavioristă, comportamentele anormale și normale sînt dobîndite și menținute prin mecanisme identice și respectînd legile generale ale învățării. Behavioriștii resping orice cauză internă ca fiind cauza ultimă a comportamentului și leagă apariția oricărui comportament de mediul în care se află subiectul. Din acest motiv, clinicianul caută să precizeze condițiile specifice de mediu care preced, însoțesc sau urmează comportamentele studiate. Este vorba de o analiză ce are ca scop precizarea variabilelor de mediu ce sînt în relație cu comportamentele respective.

O problemă care a suscitat multe dezbateri este statutul simptomului în cadrul abordării behavioriste. Dispariția acestuia prin folosirea tehnicilor de terapie comportamentală validează în același timp metodologia de intervenție și poziția teoretică subiacentă terapiei comportamentale. Contrar celor afirmate în mod frecvent, dispariția unui simptom-țintă nu duce decît într-un număr foarte redus de cazuri la apariția unui alt simptom.

Behaviorismul paradigmatic sau social acordă o pondere deosebită investigării sistemelor de personalitate descrise de Staats și constituite din repertorii comportamentale de bază. Aceasta implică examinarea fiecărei sfere de personalitate în termeni de lacune comportamentale sau de comportamente incorecte. În cadrul acestei abordări, o importanță deosebită este acordată istoricului învățării pacientului și condițiilor de învățare descrise drept lacunare sau inadecvate. Condițiile ce contribuie la menținerea comportamentelor considerate anormale și interacțiunea acestor comportamente cu mediul în care sînt emise constituie alte două ținte ale abordării behavioriste de tip social.

## NOTE

1. Principalele idei conținute în acest text sînt : „(1) Psihologia este știința comportamentului și nu studiul conștiinței prin introspecție. (2) Ea este o ramură obiectivă și strict experimentală a științelor naturii. (3) Psihologia trebuie să negligeze orice aspect mentalist și să se bazeze exclusiv pe entități comportamentale vizibile, cum sînt stimulul și răspunsul. (4) Scopul psihologiei este predicția și controlul comportamentului” (Seron *et al.*, 1977).
2. Weckowicz (1984) distinge trei modele behavioriste ale bolii mintale. În două din cazuri, modelele evocate de Weckowicz și orientările pe care le-am menționat în acest capitol sînt identice: condiționarea clasică și condiționarea operantă. La aceste două orientări am adăugat behaviorismul social sau paradigmatic Weckowicz nu îi menționează, citind în schimb modelul lui Huli. autor al teoriei Stimul-Răspuns (S-R), cunoscută „ca teoria reducerii pulsionii (Huli. 1943. 1964). Huli propune o relație matematică între cele patru construcții principale ale teoriei sale: pulsionea, forța obișnuinței, inhibiția reactivă și inhibiția condiționată. Teoria sa ia influențat pe numeroși psihologi, dintre care N. Miller (Dollard & Millor. 1950). O. Hobart Mowrer (1950) și L.J. Shoben Jr. (1949) Aceștia au încercat să traducă teoria psihianalitică în limbajul teoriei S-R a lui Huli. Să menționăm, de asemenea, că Sarnoff Mednick (1958) a propus <> teorie a schizofreniei bazată pe teoria S-R.
3. Întăririle pot fi pozitive (de exemplu obținerea hranei, suprimarea unui stimul dăunător etc.) sau negative (de exemplu retragerea hranei, prezentarea unui stimul dăunător etc.). Pot fi utilizate diverse scheme sau programe de întărire. Întărirea poate fi continuă sau parțială. Aceasta din urmă. la ritului ei, poate fi de tip „proporție” (cînd întărirea apare după un anumit număr - fix sau variabil - de răspunsuri) sau de tip „interval” (situație în care întărirea urmează primul răspuns ce apare după un anumit interval de timp, care poate fi, de asemenea, fix sau variabil).
4. Adjectivul *paradigmatic* vine de la substantivul *paradigmă*, care desemnează cuvîntul dat drept exemplu de declinare sau conjugare. Prin extindere, este vorba de o normă de gîndire, un model de acțiune ce se impune fiecăruia. În sociologie, *paradigmă* înseamnă „schemă sau model care, după ce a sintetizat un ansamblu de achiziții, dirijează cercetările ulterioare ce urmăresc să-l aducă precizări suplimentare sau să o pună în discuție” (Foulque, 1978). Cu acest sens este utilizat adjectivul *paradigmatic* pentru a denumi behaviorismul de a treia generație.
5. Arthur W. Staats, profesor la departamentul de Psihologie al Universității Hawai este autorul a numeroase publicații, printre care șase cărți (Staats, 1963, 1964, 1968, 1971, 1975, 1983). *Behaviorismul social* a fost tradus în franceză în 1986, la Editions Behaviora.
6. Aceste niveluri sînt prezentate detaliat în Staats (1986) și în lucrarea coordonată de Aimee Leduc (1984), *Recherches sur le behaviorisme paradigmatic ou social*.
7. O importantă activitate de cercetare este condusă pe această temă în Quebec, sub direcția lui Aimee Leduc, profesor la Universitatea Laval din Quebec. Să menționăm că în 1984 a fost creată Asociația pentru promovarea behaviorismului paradigmatic din Quebec.
8. Teoriile behavioriste nu prezintă nici o definiție intrinsecă a comportamentului anormal (Seron *et al.*, 1977). Prin urmare, identificarea sa este rezultatul unei aprecieri subiective ce implică o discriminare între comportamentele neașteptate și așteptate, bazate pe o judecată socială influențată de valorile morale și normele sociale ale judecătorilor, de anumite caracteristici ale persoanei care emite comportamentul respectiv (vîrstă, sex, clasă socială etc.) și de contextul în care apare acest comportament.
9. În cazul observării pe interval de timp, perioada totală de observare este împărțită în intervale egale, iar observatorul notează pentru fiecare interval prezența sau absența comportamentului. Atunci cînd folosește procedeul observării pe eșanțon de timp, clinicianul notează ceea ce se petrece în decursul ultimilor cîteva secunde ale fiecărui interval. Pentru restul timpului, el poate nota apariția altor comportamente.
10. În general, aceste chestionare cuprind descrieri ale situațiilor în raport cu care subiectul trebuie să-și evalueze comportamentul sau reacțiile. Inventarul „fricilor” („Fear survey Schedule”) al lui Lang și Lazovik (1963), de exemplu, permite identificarea stimulilor ce provoacă manifestări comportamentale de tip fobie. Subiectul trebuie să evalueze pentru fiecare item intensitatea ficii pe care o resimte.
11. În modificarea comportamentului, intervenția urmărește în aceeași măsură comportamentele patologice și comportamentele normale, indivizii și grupurile. Astfel, termenul de terapie comportamentală are tendința de fi înglobat în cel de modificare a compor-
12. Relația între etiologie' și terapie nu are aceeași importanță pentru toți autorii, iar uneori pragmatismul se manifestă într-o manieră foarte netă. În Introducerea la un volum recent intitulat *Therapies comportamentales en psychiatrie* (Leveau *et al.*, 1989). putem citi : „Sarcina noastră în calitate de clinicieni necesită metode de tratament eficiente, iar rezultatul terapeutic are mai mare importanță decît o cercetare etiologică asupra tulburărilor, în terapia comportamentală, atitudinea este mai adevărat terapeutică decît euristică”.
13. Faptul că eliminarea simptomelor nu antrenează substituția lor a fost constatat și de Bergin (1966), Davison (1967), Eysenck și Rachman (1965), Grossberg (1964).
14. Bandura (1968), care a folosit acest sistem de clasificare, l-a numit „abordare socială a învățării comportamentului anormal”. În manualul său de psihopatologie, Suinn (1970) utilizează și el nosografia propusă de Staats.
15. **Sistemul A-R-D** se referă la diferiții stimuli (de exemplu biologici, ocupaționali, recreaționali etc.) care, declanșînd la nivelul subiectului reacții emoționale (pozitive sau negative), au un caracter afectiv sau condițional de întărire și directiv. În cadrul behaviorismului social, stimulii din mediu declanșează răspunsuri emoționale care, la rîndul lor, determină comportamentul subiectului prin funcția de întărire și directivă a stimulilor care le-au declanșat. Răspunsurile emoționale sînt învățate prin condiționare clasică. Diferențele în istoricul învățării fac ca subiecții să aibă sisteme A-R-D diferite. Al doilea sistem de personalitate este **sistemul verbo-cognitiv** compus din trei repertorii comportamentale : limbajul receptiv, expresiv și receptiv-expresiv. Repertoriile limbajului au un rol important în toate etapele rezolvării de probleme. Printre aspectele cele mai importante ale sistemului de personalitate se află conceptul de sine (etichetarea pe care subiectul o face privind comportamentele și caracteristicile sale fizice) și inteligența (compusă din repertorii specifice de comportamente). **Sistemul instrumental** constituie

al treilea sistem de personalitate. El cuprinde repertorii comportamentale foarte variate, mergînd de la primele abilități senzorio-motorii (a lua un obiect, a merge) și de atenție, pînă la abilități sociale.

16. Două situații, dintre cele citate de Staats (1986) permit ilustrarea acestei aserțiuni. Supraprotecția și o mare indulgență din partea părinților nu permit copilului să învețe să aibă grijă de el, să se joace în grup, să-și dezvolte comportamente sociale. Ne aflăm aici în fața unor carențe în condițiile de învățare ale copilului. În plus, ceea ce este admis în casă este considerat inacceptabil și anormal într-un grup mai larg. Menținerea unui comportament nedorit poate să rezulte și din decalajul temporal între întărirea sa imediată și apariția tardivă a consecințelor sale aversive. De exemplu, acesta este cazul individului care comite un viol și obține imediat o întărire sexuală susceptibilă de a contribui la menținerea comportamentului său sexual, chiar dacă o senzație cu caracter aversiv important este pronunțată mult mai târziu.

## CAPITOLUL 3

### Psihopatologie biologică

Adaptînd o definiție dată de Pichot (1987) psihiatriei biologice, putem afirma că psihopatologia biologică desemnează o orientare specifică a concepțiilor și cercetărilor în care accentul este pus în principal pe influența modificărilor morfologice sau funcționale ale sistemului nervos asupra genezei tulburărilor mintale.

Ideea că afecțiunile mintale au un substrat organic este destul de veche, iar evoluția ei este trasată în mod detaliat în lucrări specializate de istorie a psihiatriei sau a psihopatologiei (Alexander & Selesnick, 1972 ; Poștei & Quetel, 1983 ; Beauchesne, 1986). În textul de față ne vom limita la o scurtă prezentare a principalelor momente ale acestei evoluții.

În 1822, Antoine L.J. Bayle (1799-1858) a descoperit cauza anatomică (o meningită cronică) a paraliziei generale, a cărei natură sifilitică, susținută în 1879 de Fournier, nu va fi admisă în mod definitiv decît după lucrările lui Noguchi și Moore, în 1913. Benedict Augustin Morel (1809-1873) elaborează teoria degenerescenței, concepută ca „o deviere în raport cu tipul uman normal, care este transmisă ereditar și se agravează încetul cu încetul pînă la stingerea familiei”. Această teorie este reluată ulterior de Victor Magnan (1835-1912). În Germania, Wilhelm Griesinger (1817-1868) consideră că suportul bolilor mintale trebuie căutat la nivelul sistemului nervos, într-o suferință organică, chiar dacă existența acesteia nu poate fi întotdeauna dovedită. Psihiatria engleză este și ea dominată de punctul de vedere organicist al lui Henry Maudsley (1835-1918), asemănător celui al lui Griesinger. La Moscova, Serghei Sergheevici Korsakov (1854-1900) descrie în 1887 sindromul care îi poartă numele și în cadrul căruia tulburările mintale (amnezie, în special anterogradă, dezorientare, confabulare) sînt asociate unei polinevrite și au în general alcoolismul drept cauză determinantă. Puțin mai târziu, Alois Alzheimer (1864-1915) și Arnold Pick (1851-1924) izolează demențele presenile.

Opera lui Emil Kraepelin poate fi considerată drept apogeul psihiatriei organiciste (Beauchesne, 1986). Trebuie totuși notat că, în clasificările sale, Kraepelin nu se sprijină pe criterii etiologice precise. Într-adevăr, dacă anumite sindromuri au o etiologie definită (toxică, infecțioasă, de exemplu), altele, recunoscute clinic, sînt legate de o afecțiune endogenă. Demența precoce și psihoza maniaco-depresivă constituie două entități foarte importante printre aceste maladii endogene, afecțiuni care țin numai de individul bolnav, de „terenul său”, de „constituția sa”, precum și de „caracterul său moral”. Păstrînd ideea unei origini organice a bolilor mintale. Eugene Bleuler (1857-1939) pune accentul pe mecanismele psihopatologice și nu pe descrierea bolilor.

Evoluția ulterioară a organicismului implică apariția a două curente, psihobiologia și organodinamismul, care vor marca dezvoltarea psihopatologiei biologice.

Psihobiologia apare o dată cu lucrările lui Adolf Meyer (1866-1950), neurolog orientat spre psihopatologie, care a dominat timp de circa o jumătate de secol didactica patologiei psihice în Statele Unite și și-a pus amprenta pe prima ediție a *DSM*. Oponindu-se concepției kraepelinene a maladiilor-entități, Meyer consideră patologia drept o patologie funcțională a adaptării (Lidz, 1973). Bolile sînt modalități variate de reacție, iar bolnavul trebuie considerat ca un întreg, în ansamblul său „psihobiologic”. Meyer refuza punctele de vedere opuse conform cărora maladiile mintale rezultă doar dintr-o tulburare cerebrală sau din influențe negative ale mediului. El introduce ambele categorii de cauze, creînd termenul *ergasia*, care înseamnă „activitate mentală integrată”.

Autor al volumelor *Etudes psychiatriques* (publicate între 1948 și 1954), *La conscience* (1963), *Trăite des hallucinations* (1973), urmat de *Des idées de Jackson d'un modele organo-dynamique en psychiatrie* (1975), Henry Ey (1900-1977) elaborează teoria organo-dinamismului. Este vorba de o tentativă de a depăși punctele de vedere organiciste bazate pe localizări și anatomopatologie, ținînd cont de aporturile psihologiei: „orice formă psihopatologică necesită pentru apariția sa, simultan și împreună, o tulburare organică primordiale și o structură psihologică necesară, care va constitui fenomenologia tulburării, baza ei existențială”. Această concepție a lui Ey a exercitat o influență considerabilă nu doar în Franța, ci și în alte țări.

Dezvoltarea extraordinară în cursul ultimelor decenii a psihopatologiei biologice este rezultatul, în primul rînd, al progreselor tehnologice care au permis noi abordări în studiul tulburărilor psihopatologice. Este vorba, de exemplu, de tehnici ce permit studiul receptorilor sinaptici sau de tehnici de

imagistică cerebrală (cameră cu pozitroni și rezonanță magnetică nucleară) care permit explorarea metabolică și morfologică a creierului prin metode neinvazive. Fără îndoială că dezvoltarea psihopatologiei biologice este și ea legată de progresul tehnicilor biologice de intervenție terapeutică și în special al psihofarmacologiei. Ar fi poate interesant de amintit faptul că singurul psihiatru care a primit premiul Nobel a fost Julius Wagner von Jauregg (1857-1940), inventatorul malarioterapiei<sup>1</sup>.

Datele acumulate în cadrul abordării biologice a psihopatologiei sînt foarte numeroase. Diferite lucrări de sinteză, printre care și primul manual publicat în franceză (Mendlewicz, 1987), o demonstrează. Totuși, abordarea biologică a adus puține răspunsuri definitive, în ciuda unor eforturi importante.

În unele cazuri, cum ar fi autismul infantil, rezultatele disponibile tind să arate că, deși existența unor baze biologice este neîndoielnică, diversitatea aspectelor biologice ce caracterizează un același diagnostic clinic este tulburătoare (Leboyer, 1985; Gremy *et al.*, 1987; Cohen & Donnellan, 1987; Schopler & Mesibov, 1987; Foglio Bonda, 1987; Courchesne *et al.*, 1988)<sup>2</sup>. Sîntem obligați să constatăm pluralitatea regiunilor anatomice potențial implicate în patogenia autismului. În plus, restul datelor din acest domeniu, biochimice sau genetice, sînt foarte bine caracterizate de cuvîntul „eterogenitate”. Este situația inversă față de ceea ce se întîmplă în cazul acțiunii unui agent etiologic cunoscut pentru neurotropismul său, virusul HIV, cauza SIDA, care determină manifestări psihopatologice foarte diverse, practic lipsite de orice fel de specificitate (Ionescu, 1989). Exemplul autismului (ar putea fi propuse și altele) sugerează complexitatea relațiilor dintre tabloul clinic sau expresia psihopatologică și aspectele biologice concomitente. Aceasta este, fără îndoială, una dintre cele mai pasionante direcții de cercetare viitoare în psihopatologia biologică.

Din cauza multiplelor teme care ar putea fi reținute pentru a ilustra domeniul psihopatologiei biologice, alegerea nu a fost ușoară. Am reținut în cele din urmă isteria, entitate pentru care majoritatea clinicienilor exclud orice idee de bază biologică. Cîțiva cercetători au încercat totuși să identifice astfel de baze care, în anumite momente ale istoriei, erau plasate nu în creier, ci mai curînd lîngă uter (Trillat, 1986).

A doua temă este cea a bazelor biologice ale comportamentului suicidar, unul din rarele domenii unde dispunem de rezultate concludente.



## A. CERCETĂRI PRIVIND BAZELE BIOLOGICE ALE ISTERIEI

Cercetările întreprinse în acest domeniu au vizat trei aspecte particulare : (a) verificarea ipotezei genetice ; (b) studiul modificărilor psihofiziologice și a tulburărilor neuropsihologice ; (c) studiul asocierilor între isterie și afecțiunile cerebrale organice.

**Verificarea ipotezei genetice** implică studii familiale și studii pe gemeni. Studiile familiale disponibile tind la prima vedere să confirme existența unei componente genetice în apariția isteriei. Statisticile compilate de Briquet în secolul al XIX-lea<sup>3</sup> și rezumate în urmă cu zece ani de Mai & Merskey (1981) arată că persoanele ai căror părinți sînt isterici au de 12 ori mai multe șanse să dezvolte o isterie decît subiecții ai căror părinți nu sînt isterici. Studiul lui Ljungberg (1957) este, de departe, cel mai amplu studiu modern asupra riscului familial de a prezenta o formă de isterie. El implică 381 de probanți<sup>4</sup>. Coeficientul de coincidență pentru tații, frații și fiii probanților isterici sînt de respectiv 2%, 3% și 5%, comparativ cu mamele, surorile și fiicele pentru care procentajele sînt de respectiv 7%, 6% și 7% și cu procentul estimat pentru populația generală, care ar fi doar de 0,05%. Dacă pentru datele obținute în secolul al XIX-lea pot fi formulate o serie de rezerve privind fiabilitatea culegerii lor, pot fi identificate și limitele studiului lui Ljungberg, nefiind precizate criteriile folosite pentru diagnosticul isteriei în familia probanților. Studiul publicat doi ani mai tîrziu de Ey și Henric (1959) privind ereditatea nevrozelor nu a adus rezultate mai concludente. Recent, Manchanda și Merskey (1989) au concluzionat că datele disponibile sprijină mai curînd o etiologie multifactorială a fenomenului isteriei.

Studiul concordanței la gemeni nu a adus dovezi privind implicarea unor factori genetici specifici în apariția isteriei. Cercetarea lui Slater (1961) vizează 24 de probanți diagnosticați clinic ca suferind de isterie. Diagnosticul de isterie nu a putut fi formulat pentru nici unul dintre cei 24 de gemeni - 12 monoziagoți (MZ) și 12 dizigoți (DZ) - cu excepția unei perechi de DZ de sex masculin, identificați ulterior ca prezentînd diagnosticul de isterie (Shields, 1982). Torgersen (1986) a studiat contribuția factorilor ereditari la apariția tulburărilor somatoforme așa cum sînt ele definite în *DSM-III*<sup>5</sup> și constată o concordanță de 29% pentru MZ și de 10% pentru perechile de DZ. El concluzionează că similaritatea experiențelor trăite în cursul copilăriei ar influența mai mult concordanța decît factorii genetici.

Rezultatele studiilor de concordanță pe gemeni conduc autorii a trei sinteze bibliografice asupra problemei la respingerea ipotezei genetice a isteriei (Inouye, 1972; Shields, 1982; Manchanda și Merskey, 1989).

**Studiul psihofiziologic** al pacienților isterici a dezvăluit existența unei hiperactivări<sup>6</sup>. Într-o cercetare asupra unui număr mic ( $n=10$ ) de pacienți diagnosticați ca prezentînd o „conversie isterică”, Lader și Sartorius (1968) constată că aceștia au un nivel de activare (măsurat prin indicatori psihofiziologici periferici cum ar fi, de exemplu, fluctuațiile spontane ale rezistenței cutanate, ritmul cardiac) mai ridicat decît la un grup de 71 de pacienți anxiofobici. Pacienții grupului „conversie isterică” relatează o anxietate mai mare, deși apar a fi mai puțin anxioși la o evaluare obiectivă. Totuși, pacienții exprimă o suferință emoțională relativ redusă, ceea ce se potrivește cu „frumoasa indiferență” descrisă ca o caracteristică a istericilor.

Într-un alt studiu, Meares și Horvath (1972) constată că șapte din cei unsprezece pacienți ce manifestau simptome cronice de conversie prezentau o activitate vegetativă mai intensă decît normal. La acești pacienți, habituația (obișnuirea cu stimulii) era afectată global. Într-un studiu ulterior, Horvath *et al.* (1980) concluzionează că dificultățile sau imposibilitatea de a realiza habituarea nu erau legate de nivelurile anormal de ridicate de activare, ci mai degrabă de incapacitatea pacienților de a face abstracție de stimulii aferenți inadecvați, de a nu fi atenți la aceștia. Prezența dificultăților de obișnuire sau a unei lenterii în obișnuire au fost corelate cu o predominanță a emisferei drepte (Gruzelier, 1981).

**O investigație neuropsihologică** detaliată a isteriei sugerează existența unor probleme de lateralizare cerebrală (Flor-Henry *et al.*, 1981). Această cercetare a implicat evaluarea, cu ajutorul unei baterii de teste neuropsihologice, a patru grupe de cîte zece subiecți: isterici, depresivi psihotici, schizofrenici și martori. Analiza vizînd identificarea variabilelor neuropsihologice care discriminează cel mai bine grupurile studiate arată că grupul de subiecți isterici prezintă, în comparație cu subiecții normali și depresivi, o disfuncție mai pronunțată a emisferei dominante. În cazul grupului de schizofrenici, analiza a relevat o disfuncție mai importantă a emisferei nedominante, comparativ cu grupul de isterici. Legat de problemele de lateralizare, trebuie menționat că alte cercetări au arătat că simptomele de conversie apar mai frecvent pe jumătatea stîngă a corpului (Galín *et al.*, 1977) și că această preponderență este valabilă **afî pentru** dreptici, cît și **pentru** stîngaci (Stern, 1977).

**Pentru Flor-Henry *et al.* (1981), principalele deficite centrale în isterie sînt: o afectare a comunicării verbale, incongruența răspunsurilor afective**

și un deficit în comprehensiunea semnalelor somatice endogene. Toate acestea ar fi consecința unei disfuncții a emisferei dominante care produce, atunci când apare la femeie, o dezorganizare secundară a emisferei contralaterale (nedominante) care determină ceea ce unii clinicieni numesc „fațada strălucitoare” a isteriei feminine, dar care, în același timp, maschează substratul legat de emisfera stângă.

O metodă de investigare a tratamentului cerebral al stimulilor este studiul potențialelor evocate<sup>7</sup>. Această metodă a fost utilizată în repetate rânduri, pe pacienți diagnosticați cu isterie. Hernandez-Peon *et al.* (1963) studiază potențialele evocate somato-senzoriale la o fetiță de 15 ani prezentând tulburări analgezice și o anestezie<sup>8</sup> termică la nivelul membrului superior stâng. Atunci când membrul drept indemn era stimulat, puteau fi înregistrate potențiale evocate somato-senzoriale la nivelul ariei parietale stângi. Nu a putut fi însă obținut nici un răspuns clar în zona parietală dreaptă atunci când antebrațul stâng era stimulat. Pe această bază, autorii cercetării au formulat ipoteza că anestezia isterică ar fi rezultatul inhibării transmisiei aferente a stimulului. Rezultatele altor studii (Levy & Behrman, 1970; Levy & Mushin, 1973) sînt interpretate în relație cu o scădere a sensibilității receptorului periferic și cu existența unui mecanism central de inhibare ce acționează pe calea aferentă<sup>4</sup>. Alte studii nu au sprijinit aceste rezultate, răspunsurile evocate fiind normale (Halliday, 1968; Behrman, 1969; Behrman & Levy, 1970; Moldofsky & England, 1975; Kaplan *et al.*, 1985; Howard & Dorfman, 1986).

Asocierea isteriei cu o boală cerebrală organică constituie un subiect foarte controversat. Numeroși clinicieni consideră că isteria reprezintă prototipul afecțiunii funcționale, fără corelații organice. Informații deosebit de interesante în legătură cu acest aspect ne sînt oferite de studiile ce urmăresc evoluția cazurilor în timp și în special de cele ale lui Slater (1965) și Slater & Glithero (1965). Acești autori au examinat și diagnosticat inițial 112 pacienți. Nouă ani mai târziu, un bilanț al evoluției lor a fost disponibil pentru 85 de pacienți. Dintre aceștia, 12 muriseră, 4 prin suicid și 8 din cauza unor maladii organice. Din grupul rămas, doar 7 pacienți prezentau simptomele clasice de conversie ca răspuns la stres, iar alți 14 prezentau o tulburare cronică de personalitate și simptome multiple. Ceea ce ilustrează aceste studii într-o manieră destul de surprinzătoare, este faptul că 49 dintre pacienții (58% din 85) la care diagnosticul inițial fusese de isterie, prezentau o maladie organică. Aceste date l-au condus pe Slater la concluzia, frecvent citată, că diagnosticul de isterie este „o iluzie și o capcană”. Asocierea

isteriei cu o patologie organică este confirmată, într-un număr important de cazuri, de Whitlock (1967), Kligerman & McKegney (1971), Merskey & Buhrich (1975). La o proporție cuprinsă între 12 și 65% dintre pacienții prezentînd crize isterice, se raportează o asociere, prezentă sau trecută, cu epilepsia (Merskey, 1979; Fenton, 1982; Lesser, 1985).

Mai multe lucrări arată că în practica medicală, locul unde sînt înfîlțite cel mai frecvent simptome isterice este clinica neurologică (Merskey, 1979; Trimble, 1983; Marsden, 1986). Marsden (1986) se situează pe o poziție foarte neurologică și propune noțiunea de „isterie neurologică”, definită ca pierderea sau distorsiunea unei funcții neurologice, incomplet explicată de o maladie organică (vizibilă) sau funcțională (invizibilă, dar probabil biochimică).

O analiză transculturală arată că simptomele isterice morții fără afecțiune organică apar destul de frecvent în țările în curs de dezvoltare. Probabil că în țările dezvoltate, mai urbanizate, simptomele isterice au o legătură mai clară cu boala fizică și în special cu tulburările cerebrale organice (Kaplan *et al.*, 1985).

Dacă ipoteza genetică nu are prea multe cercetări care să o sprijine, celelalte două direcții de cercetare referitoare la bazele biologice ale isteriei par a fi mai fructuoase. Studiul psihofiziologic dezvoltă existența unei hiperactivări și a unor dificultăți de obținere a răspunsurilor la stimuli. În același timp, investigația neuropsihologică sugerează existența unor probleme de lateralizare incluzînd o hipofuncție a sistemelor emisferei dominante, care conduce la o hiperactivare disfuncțională a emisferei nedominante. Asocierea isteriei cu o maladie organică cerebrală este frecventă.

## B. BIOLOGIA COMPORTAMENTELOR SUICIDARE

Principala direcție de cercetare în domeniul biologiei comportamentelor suicidare<sup>10</sup> este cea privind studiul acidului 5-hidroxiindolacetic (5-HIAA), metabolit al neurotransmițătorului numit serotonină. Legătura, stabilită de multă vreme, între depresie și suicid explică de ce o parte dintre cercetările trecute în revistă în acest capitol au fost efectuate pe pacienți depresivi, într-o sinteză pe această problemă, Post *et al.* (1980) constată că nivelul 5-HIAA în lichidul cefalo-rahidian (LCR) al pacienților depresivi corespunde la 78% din nivelul măsurat la subiecții-martor. Acest procentaj constituie media datelor conținute în cele 15 studii analizate. Datele obținute de alți cercetători merg în același sens (Åsberg *et al.*, 1984). Făcînd această

constatare, trebuie, de asemenea, subliniat faptul că anumiți subiecți din grupul-martor, perfect sănătoși, au niveluri ale 5-HIAA identice cu ale pacienților depresivi. Aceasta reduce, fără îndoială, valoarea patognomonică a scăderii concentrației 5-HIAA. Este însă interesant de notat faptul că subiecții normali respectivi tind să aibă în familie un număr mai mare de cazuri de afecțiuni depresive (Sedvall *et al.*, 1980).

Suprapunerea parțială a distribuțiilor nivelurilor de 5-HIAA la pacienții depresivi și la subiecții normali a condus la formularea a două ipoteze destul de apropiate privind relația dintre tulburările depresive și metabolismul serotoninei. Conform ipotezei „permissive” (Prange *et al.*, 1974), un deficit central de transmisie serotoninergică permite apariția tulburării depresive, dar este insuficient pentru a o produce. Conform celei de-a doua ipoteze, numită ipoteza „dispoziției” sau a „vulnerabilității” (Van Praag, 1977), tulburările metabolismului central al serotoninei predispun la depresie, fără a avea însă o semnificație cauzală directă.

Încă de la început, studiul nivelului 5-HIAA în LCR a arătat că grupul de pacienți depresivi nu este omogen. Doar un subgrup de pacienți depresivi are niveluri reduse de 5-HIAA (Van Praag & Korf, 1971 ; Åsberg *et al.*, 1976a)<sup>12</sup>.

Echipa lui Mărie Åsberg, de la Institut Karolinska din Stockholm, a urmărit corelațiile clinice ale scăderii 5-HIAA. Acești cercetători (Åsberg *et al.*, 1976b) identifică o frecvență foarte înaltă a tentativelor de suicid, în special prin metode active și violente, la pacienții deprimați prezentând valori sub normal ale 5-HIAA în LCR. Într-adevăr, 40% dintre pacienții deprimați prezentând concentrații reduse de 5-HIAA au avut o tentativă de suicid, față de numai 15% dintre cei care prezentau niveluri normale. Această diferență este statistic semnificativă.

O problemă metodologică s-ar pune totuși în cazul acestei cercetări. Grupul de subiecți cu nivel redus de 5-HIAA număra mai mulți bărbați. De obicei însă, concentrația 5-HIAA este mai redusă la bărbați. În plus, bărbații folosesc mai frecvent decât femeile metode violente pentru a se sinucide. Efectele variabilei sex, precum și ale vârstei și taliei<sup>13</sup> au fost controlate de Träskman *et al.* (1981), care au constatat că nivelurile de 5-HIAA erau efectiv inferioare mediei la un grup de pacienți suicidari, față de un grup-martor echivalent cu primul în privința celor trei variabile menționate. Existența unei relații între comportamentele suicidare și concentrația redusă de 5-HIAA a fost verificată și în Ungaria (Banki *et al.*, 1984) și în Spania (Perez de los Cobos *et al.*, 1984). O diferență trebuie totuși semnalată între

aceste două cercetări: dacă în Ungaria, relația se referă la suicidul violent, în cercetarea spaniolă este independentă de mijloacele utilizate de pacienți pentru a se sinucide. Într-o singură lucrare (Roy-Byrne *et al.*, 1983) relația dintre concentrația 5-HIAA și comportamentul suicidar nu a fost confirmată. Dar, chiar și în această cercetare relația descrisă este confirmată pentru subiecții cu depresie unipolară. Ea nu se confirmă însă pentru pacienții din grupul bipolar (maniaco-depresivi).

Alte cercetări arată că scăderea nivelului 5-HIAA în LCR poate fi pusă în legătură cu tentativele de suicid observate la subiecții nedeprimați, dar prezentând alte diagnostice cum ar fi, de exemplu, tulburări ușoare de personalitate și stare limită (Brown *et al.*, 1982), tulburări ale personalității cu angoasă (Träskman *et al.*, 1981), schizofrenie (Van Praag, 1983 ; Ninan *et al.*, 1984 ; Banki *et al.*, 1984), alcoolism și tulburări ale adaptării sociale (Banki *et al.*, 1984)<sup>14</sup>.

Dacă cercetările prezentate pledează în favoarea existenței unei relații între valorile reduse de 5-HIAA și tentativele de suicid, Träskman *et al.* (1981) notează că printre pacienții care au avut o tentativă de suicid, cei care prezentau un nivel redus de 5-HIAA au un risc de suicid reușit mai mare, atingând 22% din decese în anul următor tentativei. Åsberg *et al.* (1987) confirmă că printre pacienții care fac o tentativă de suicid, cei care prezentau niveluri reduse de 5-HIAA riscă de zece ori mai mult decât ceilalți să moară prin suicid.

Pe baza datelor disponibile, Åsberg (1987) formulează ipoteza că o concentrație redusă de 5-HIAA în LCR poate fi considerată drept un indicator al vulnerabilității, reflectând un caracter familial (genetic) al funcțiilor serotoninergice<sup>15</sup>, ceea ce nu exclude caracteristicile dobândite<sup>16</sup>. Existența unui factor biochimic transmis genetic ar putea face ca sistemul serotoninergic să fie caracterizat de o producție redusă (*low output*) de transmițător sau, mai probabil, de un sistem instabil. În aceste condiții, persoana în cauză ar fi mai predispusă spre a manifesta, în situații de criză, acte impulsive și autodistructive.

O tentativă de suicid nu se produce, probabil, înainte ca persoana prezentând vulnerabilitatea menționată să se găsească într-o situație pe care o percepe ca fiind disperată. Evident, faptul de a fi trăit anterior evenimente traumatiche, precum și absența unei rețele de suport social, contribuie la faptul că persoana comite o tentativă de suicid.

În două lucrări din 1987 (Åsberg, 1987; Åsberg *et al.*, 1987), ipoteza vulnerabilității biologice este lărgită pe baza unei serii de date experimentale

și clinice. Legătura între tulburarea metabolismului serotoninei și prezența unui comportament suicidar s-ar realiza prin intermediul unei insuficiențe în controlul agresivității.

La animal, se știe că neuronii serotoninergici participă la controlul agresivității. Administrarea de inhibitori ai sintezei de serotonină poate determina o „furie necontrolată” la pisici domestice, iar femelele de șobolan pot ajunge să-și omoare puii (Copenhaver *et al.*, 1978). Se poate considera că veridicitatea legăturii dintre hipoactivitatea serotoninergică și agresivitate a fost demonstrată la animal (Valzelli, 1981)<sup>17</sup>.

Numeroase date clinice sprijină noua ipoteză lărgită. Încă din 1927, Abraham sublinia existența unei componente agresive în depresie sau suicid. Asberg *et al.* (1976b), notind caracterul adesea nepremeditat și brutal al tentativelor de suicid la persoanele cu niveluri reduse de 5-HIAA, presupun că, în aceste cazuri, ar putea fi vorba de probleme de control al pulsioniilor de tip agresiv. Brown *et al.* (1979) găsesc o corelație negativă semnificativă între concentrația de 5-HIAA în LCR la un grup de oameni și comportamentul lor agresiv studiat prin intermediul tuturor informațiilor accesibile.

Observațiile privind criminalii sînt deosebit de interesante în studiul legăturii dintre metabolismul serotoninei, comportamentul suicidar și agresivitate<sup>18</sup>: nivelul 5-HIAA este mai redus la persoanele ale căror acte criminale au un caracter impulsiv (Linnoila *et al.*, 1983) sau la subiecții care și-au ucis partenerul sexual, față de alți criminali (Lidberg *et al.*, 1985)<sup>19</sup>. În acest context, de o valoare deosebită este studiul lui Lidberg *et al.* (1984), care au publicat trei studii ale unor cazuri în care părinții și-au ucis copiii după care au încercat, fără succes, să se sinucidă. O puncție lombară, făcută imediat după aceea, arată că subiecții respectivi aveau niveluri extrem de reduse de 5-HIAA în LCR. Aceste date susțin ipoteza că serotonină joacă un rol important în capacitatea de a stăpîni impulsurile agresive în situații tensionate din punct de vedere emoțional. S-ar părea, prin urmare, că există o relație între tulburările metabolismului cerebral al serotoninei și tulburările reglării agresivității, independent de obiectul agresivității. Descoperirea relației dintre comportamentele suicidare și concentrațiile reduse de 5-HIAA în LCR demonstrează utilitatea studierii metaboliților serotoninei în evaluarea riscului suicidar și constituie un important pas înainte în domeniul psihopatologiei biologice.

## REZUMAT

Psihopatologia biologică este abordarea în care accentul este pus în principal pe influența modificărilor morfologice și funcționale ale sistemului nervos asupra genezei tulburărilor mintale.

Ideea că afecțiunile mintale au un substrat organic este veche, iar opera lui F. Mill Kraepelin este considerată, în general, drept apogeul psihiatriei organiciste. Evoluția ulterioară implică apariția a două curente: psihobiologia dezvoltată de Adolf Meyer și organodmamsimul lui Henry Ev.

Dezvoltarea actuală a psihopatologiei biologice este ilustrată prin două exemple, dintre care primul este cel al isteriei. Cercetările întreprinse în acest domeniu arată că ipoteza genetică este slab sprijinită de rezultatele obținute. În plan psihofiziologic au putut fi evidențiate o lueractivare și o lentoare a obișnuirii cu stimulii. Investi-garea neropsihologică a dezvăluit unele probleme de lateralizare. În fine, asocierea isteriei cu o boală organică cerebrală apare a fi destul de frecventă.

Al doilea exemplu se referă la biologia comportamentelor suicidare, în care principala direcție de cercetare este cea a studiului acidului 5-hidroxindolacetic (5-HIAA). Metabolit ai neurotransmițătorului serotonină. Niveluri sub normal de 5-HIAA în lichidul cefalo-rahidian sînt legate de apariția comportamentelor suicidare și constituie un marcator al vulnerabilității. Rezultatele recente au evidențiat existența unei relații între tulburările metabolismului cerebral al serotoninei și tulburările reglării agresivității, independent de obiectul acestei agresivități.

## NOTE

1. Wagner von Jauregg inoculează (în 1917) trei bolnavi diagnosticați cu paralizie generală cu sînge prelevat de la un militar suferind de paludism. Von Jauregg a primit premiul Nobel pentru medicină în 1927.
2. În noiembrie 1988, revista *Sature* publică, simultan, două articole privind genetica schizofreniei. În primul dintre acestea, Sherrington *et al.* prezentau o primă dovadă importantă în favoarea implicării unei singure gene (localizată pe brațul lung al cromozomului 5). În al doilea articol, care prezenta un studiu realizat pe o altă populație, Kennedy *et al.* nu obțin același rezultat și ajung la concluzia că, în cazul schizofreniei, factorii cauzali genetici subiacenți sînt eterogeni.
3. Medic, ales membru al Academiei de Medicină în 1860 (secția fizică și chimie medicală), Paul Briquet (1796-1881) a fost, înainte de toate, un internist. În 1859 el publică o lucrare celebră, *Trăite clinique et therapeutique de l' hysterie*, apărută la Editura Bailliere, la Paris. În nota biografică ce îi este consacrată, Pierre Morel (1983) rezumă astfel contribuția lui Briquet în domeniul isteriei: „El respinge rolul frustrărilor sexuale, legînd boala de prezența emoțiilor prelungite sau a supărărilor violente apărute la pacienții predispuși ereditar sau printr-o «susceptibilitate» deosebită, contribuind la acreditarea realității unei isterii masculine, foarte contestată în acea vreme (un bărbat la douăzeci de femei, după el)...”
4. *Proband* (sau *propositus*) este numele dat subiectului bolnav care este **punctul de plecare într-o anchetă familială asupra bolii sale** (Garner *et al.*, 1989).

5. În *DSM III-R* (American Psychiatric Association, 1989) se precizează că „trăsăturile caracteristice ale acestui grup de tulburări constau în simptome fizice care evocă afecțiuni somatice (de unde numele : somatoforme), fără ca vreă anomalie organică să poată fi decelată sau ca vreun mecanism fiziopatologic să fie cunoscut”. În această categorie intră, printre altele, următoarele două tulburări :
  - Tulburarea de conversie (sau nevroză isterică de tip conversiv), care se referă la o afecțiune pentru care se consideră că factorii psihologici joacă un rol etiologic în pierderea sau alterarea funcțiilor fizice ce sugerează o tulburare somatică;
  - Tulburarea de somatizare, tulburare polisimptomatică frecventă și cronică ce survine timpuriu în decursul vieții și considerată anterior ca fiind de isterie sau de sindromul Briquet.
6. În 1937, Rheinberger și Jasper denumesc *pattern* de activare (*activation pattern*) înlocuirea pe traseul EEG a activității ample și lente (care traduce somnolența) cu unde rapide și de mică amplitudine. Conceptul de activare a intrat în vocabularul psihofiziologic în urma stabilirii de corespondențe între tabloul EEG și cel comportamental; traseul „activat” corespunde efectiv unui comportament atent, alert. Ulterior, descoperirea funcțiilor formațiunii reticulare (FR) a trunchiului cerebral și a nucleilor talamici nespecifici a oferit o interpretare fenomenului observat: stimularea FR produce „trezirea” comportamentală și activarea bioelectrică a creierului (Moruzzi & Magoun, 1949). Sistemul de neuroni a căror stimulare directă sau indirectă produce activarea cerebrală difuză a fost denumit „sistem reticular activator ascendent” (SRAA). În 1951, Lindsley formulează teoria activatoare a emoțiilor și încearcă de fapt să explice atât emoțiile, cit și motivația în termeni de activare cerebrală. Malmö (1959) se referă la gradul sau nivelul de activare, care corespunde grosso modo teoriei lui Lindsley, conform căreia avem de-a face cu un continuum de niveluri de activare, având fiecare corespondența lor comportamentală mergând de la somnul profund până la emoția puternică, frica sau anxietatea. Bloch (1966) propune termenul de activare pentru a desemna intensificarea activității SNC și a proceselor periferice care rezultă din aceasta (cu mobilizarea energetică implicită), deci o schimbare a stării funcționale. După Reuchlin (1981, p. 492), ar fi de dorit separarea „vigilenței (sau activității) ce se observă în planul conduitelor” de termenul de activare „care ar fi mai bine de păstrat pentru trecerea de la un anumit nivel de vigilență sau activitate la nivelul superior”. Eysenck (1976) se întreabă dacă poate fi considerată activarea drept un concept unitar sau dacă nu ar trebui divizată în componente electrocorticale, autonomă și comportamentală. Importanța activării în explicarea mecanismelor de activitate psihică normală explică din ce cauză cercetătorii s-au preocupat de studiul ei în patologia psihiatrică și în tulburările de dezvoltare psihologică. Ca urmare a unor studii experimentale, au fost puse în evidență, în aproape toate nevrozile și psihozele, modificări ale activării. Aceste tulburări se manifestă în special sub formă de hiperactivare, hipoactivarea fiind și ea prezentă în unele cazuri (Duffy, 1962).
7. Stimularea periferică este însoțită de apariția a două tipuri de răspunsuri corticale : răspunsuri locale sau potențiale evocate (PE) și răspunsuri generale, care implică ansamblul activității electrice corticale. PE sînt decelate în zona de proiecție a sistemului stimulat și au o morfologie specifică (Stamatou, 1974).
8. În cazul analgeziei, este vorba de o abolire a sensibilității la durere. Anestezia se referă la o lipsă generală sau parțială a capacității de a simți.
9. Într-o primă trecere în revistă a problemei, Miller (1984) abordează problema leziunilor **structurilor trunchiului cerebral, care ar modifica relațiile cu scoarța cerebrală și a doua arde somato-senzorială.**

10. Una dintre primele lucrări asupra biologiei suicidului este cea a lui Bunney și Fawcett (1965), care notează existența unei legături între comportamentul suicidal al pacienților depresivi și un nivel crescut al excreției urinare a metaboliților cortizolului și propun, pe această bază, estimarea riscului suicidal printr-un test biologic. Aparent, această propunere nu a fost urmată întrucât suicidul, la fel ca și nivelul crescut al excreției urinare de cortizol, se află în strînsă legătură cu stresul. O altă direcție de cercetare apare în lucrarea lui Linkowski *et al.* (1983) privind relația dintre răspunsurile la tiroestimulină și comportamentul suicidal la femei depresive.
11. Neurotransmițătorii sînt substanțe eliberate, sub influența excitației, de terminațiile nervoase. Ei sînt mesageri chimici întrucît transmit excitația (informația), la nivelul sinapsei, de la un neuron la celălalt în sistemul nervos și de la nervii la mușchii sau la diferite organe. Neurotransmițătorii mai cunoscuți sînt: acetilcolina și noradrenalina, dopamina, adrenalina, serotonina, histamina, acidul gamaaminobutiric (GABA). Neurotransmițătorul care ne interesează în acest capitol, serotonina (5-hidroxitriptamina, 5HT), se transformă în acid 5-hidroxiindolacetic (5-HIAA).
12. Nivelurile reduse de 5-HIAA se întîlnesc mai ales în depresiile severe, adică în depresiile psihotice (Davis *et al.*, 1981).
13. Nivelurile 5-HIAA cresc o dată cu vîrsta și scad o dată cu înălțimea. Pe de altă parte, majoritatea tratamentelor antidepresive influențează concentrațiile 5-HIAA.
14. Concentrații reduse ale 5-HIAA au fost găsite și la alcoolicii cronici în faza de abstenență (Ballenger *et al.*, 1979) și la pacienți cu tulburări obsesiv-compulsive (Thoren *et al.*, 1980). Nu ar fi exclus ca pacienții lui Thoren *et al.* să fi fost și depresivi. De asemenea, un fond depresiv exista, fără îndoială, la pacienții studiați de Ballenger *et al.*
15. Schulzinger *et al.* (1979) au studiat subiecți care avuseseră tentative de suicid și care fuseseră adoptați pe cînd erau copii. Ei găsesc o frecvență mai ridicată a suicidului în familiile naturale decît în cele adoptive ale acestor pacienți, iar aceasta atît în cazul pacienților ce prezentau o suferință psihiatrică, cît și în cazul celor fără o astfel de patologie. Schulzinger *et al.* au formulat ipoteza că aceste rezultate ar putea fi explicate prin existența unui factor biochimic, transmis genetic. Acest factor ar fi asociat unui risc ridicat de comportament suicidal, independent de tipul eventualei maladii psihiatrice.
16. Experiențele realizate pe animale demonstrează posibilitatea dobîndirii unor astfel de tulburări. Anisman *et al.* (1980) constată că situațiile de neajutorare dobîndită (aspect abordat în capitolul de psihopatologie cognitivă) pot conduce, în cazul șoarecilor, la apariția unor modificări funcționale ale monoaminelor. Izolarea socială prelungită poate provoca la șoareci o slăbire a procesului de sinteză a serotoninei (Valzelli, 1981).
17. Experiențele lui Valzelli (1981) ilustrează interacțiunile între factori genetici și cei legați de mediu, deopotrivă în ceea ce privește sinteza de serotonină și comportamentul agresiv dezvoltat ca o consecință a izolării. În aceste experiențe, intensitatea scăderii sintezei de serotonină, precum și frecvența comportamentelor agresive variază în funcție de tipul genetic de șoarece.
18. Numeroase observații arată că cuicagii constituie un grup cu risc înalt de suicid.
19. Într-o sinteză privind această problemă, Van Praag (1984, cf. Van Praag, 1987) notează că mai multe grupe de cercetători au identificat un nivel redus de 5-HIAA în LCR la **definiți** **condamnați pentru crime violente, precum și la persoanele prezinzînd tulburări ale personalității cu o puternică tendință de exteriorizare agresivă.**

## CAPITOLUL 4

## Psihopatologie cognitivă

Originea conceptului de cogniție se situează, după cum ne reamintește Hardy (1986), în divizarea platoniciană a *psyche-ului* în trei domenii: emoția, cogniția (sau exercitarea gândirii conștiente și raționale) și conația (noțiune ce se referă la motivație, voință și acțiune). Dezvoltarea psihologiei și a psihopatologiei cognitive, extrem de importantă începînd cu anii '60, a determinat o lărgire a conceptului de cogniție, care se referă acum la ansamblul de procese prin care o persoană dobîndește informații despre sine și mediul său și le asimilează pentru a-și regla comportamentul (Hardy, 1986)<sup>1</sup>. Acest lucru este exprimat într-o manieră sintetică de unul dintre psihologii cognitiști, Neisser (1976), atunci cînd definește cogniția ca fiind dobîndirea, organizarea și utilizarea cunoștințelor.

Progresele realizate în cadrul abordării cognitive a psihopatologiei (abordare centrată în mod prioritar pe aspectele cognitive ale tulburărilor psihopatologice) sînt rezultatul dezvoltării simultane a cercetărilor clinice în domeniul terapiei cognitive și a studiilor teoretice vizînd explicarea într-un context cognitiv a apariției tulburărilor psihopatologice. Aceste două orientări nu mai sînt independente, în special datorită faptului că majoritatea cercetărilor din acest domeniu au fost interesați, în același timp, de aspectele teoretice și de intervenție.

Abordarea cognitivă a condus la elaborarea mai multor teorii (Weckowicz, 1984). Dintre acestea, unele pun accent în special pe tulburările sau distorsiunile structurii cognitive și se interesează mai ales de „intrările” informaționale (*input*). Este cazul a ceea ce am putea considera a fi precursorii teoriilor cognitive actuale: teoria „constructelor personale” ale lui Kelly (1955)<sup>2</sup> și cadrul teoretic ce fundamentează terapia relațional-emoțională a lui Ellis (1962)<sup>3</sup>. În același grup se situează teoria cognitivă privind depresia formulată de Aaron Beck (1967, 1976), autor ale cărei contribuții la dezvoltarea psihopatologiei cognitive sînt fundamentale.

Teoria lui Beck s-a dezvoltat pornind de la lucrări ce aveau drept obiectiv testarea unor ipoteze psihanalitice privind visele pacienților deprimați. Studiile lui Beck, profesor de psihiatrie la Universitatea Pennsylvania din Philadelphia, au permis, pe de o parte, structurarea unui cadru teoretic capabil să explice apariția depresiei, iar pe de altă parte, elaborarea unui ansamblu de tehnici de intervenție psihoterapeutică tot mai cunoscut și utilizat (Blackburn & Cottraux, 1988). Contrar așteptărilor, abordarea cognitivă și în special terapia cognitivă nu au drept unică țintă depresia. Manualele lui Kendall și Hollon (1979), Emery *et al.* (1981) arată acest lucru în mod destul de clar.

O a doua grupare reunește teoriile preocupate în special de strategiile comportamentale ineficace, deci de „ieșirile” comportamentale (*output*). Printre acestea, cea mai cunoscută este teoria depresiei ca neajutorare dobîndită, elaborată de Martin Seligman (1974, 1975), denumită în prezent teoria disperării a lui Abramson, Seligman și Teasdale (1978). Interesul teoretic și practic al teoriilor lui Beck și Abramson *et al.* explică faptul că primul capitol le este consacrat<sup>4</sup>.

Demersul conceptual dominant în psihologia și psihopatologia cognitivă este reprezentat actualmente de paradigma tratamentului informației. Conform acestei paradigme, funcționarea umană poate fi conceptualizată și înțeleasă în termeni de: „modul în care sînt tratate și utilizate informația provenind din mediul înconjurător și informația internă” (Ingram și Kendall, 1986). Subiectul este astfel conceput ca un sistem de tratare a informației. Această problematică făcînd obiectul unui mare număr de cercetări, am ales să abordăm în a două secțiune a acestui capitol unul dintre aspectele cele mai provocatoare: tratamentul inconștient al informației.

## A. TEORIILE COGNITIVISTE PRIVIND DEPRESIA

Două dintre teoriile cognitive explică apariția depresiei: teoria lui Beck (1967) și teoria elaborată de Abramson *et al.* (1978). Dacă Peterson și Seligman (1984)<sup>5</sup> considerau că studiile disponibile demonstrează validitatea teoriilor cognitive ale depresiei, alți autori cum ar fi Coyne și Gotlib (1983) ajung la concluzia contrară<sup>6</sup>. Constatînd acest dezechilibru, Abramson *et al.* (1988) consideră că nu este posibilă evaluarea validității teoriilor cognitive asupra depresiei pe baza studiilor realizate pînă în prezent. Conform acestor autori, strategiile de cercetare utilizate nu permit testarea într-o manieră

adecvată a postulatelor de bază ale celor două teorii menționate, nu evaluează toate tipurile de relații cauzale pe care aceste teorii le implică și, în fine, nu țin cont de eterogenitatea tulburărilor depresive (nu există o singură depresie, ci mai multe depresii). Din toate aceste motive, Abramson *et al.* (1988) propun o clarificare și o reformulare, iar în unele cazuri chiar o modificare a postulatelor de bază ale celor două teorii cognitive ale depresiei.

Întrucât lucrarea lui Abramson *et al.* (1988), pe lângă faptul că este recentă, deschide perspective interesante pentru dezvoltarea ulterioară a abordării cognitive a depresiei, ea va fi utilizată în această secțiune a capitolului în special pentru a organiza datele deja clasice. Analiza lui Abramson și a colaboratorilor săi se bazează pe o serie de precizări terminologice privind noțiunea de cauză. Într-un prim moment, Abramson *et al.* (1988) definesc, în funcție de relațiile lor cu apariția simptomelor, trei tipuri de cauze: necesare, suficiente și contributive<sup>7</sup>.

- Cauza necesară reprezintă un factor etiologic ce trebuie să fie prezent pentru ca simptomele să apară. Aceasta nu înseamnă că apariția simptomelor este obligatorie în toate cazurile în care este prezentă cauza necesară.

- Cauza suficientă este un factor a cărui prezență garantează apariția simptomelor. În același timp, aceasta înseamnă că, dacă nu apar simptomele, atunci factorul etiologic respectiv nu este prezent sau nu se manifestă.

- Cauza contributivă reprezintă un factor etiologic ce mărește probabilitatea apariției simptomelor, dar nu este nici necesară și nici suficientă pentru apariția lor.

Cauzele pot fi astfel diferențiate și în funcție de relația lor secvențială cu apariția simptomelor (Abramson *et al.*, 1988)<sup>8</sup>. Dacă ne vom referi la un lanț etiologic sau la o secvență de evenimente ce culminează cu apariția unui ansamblu de simptome, atunci anumite cauze pot acționa spre sfârșitul lanțului, aproape de momentul apariției simptomelor (cauze **proximale**), în timp ce altele pot acționa la celălalt capăt al lanțului, la mare distanță de apariția simptomelor (**cauze distale**). Abramson și colaboratorii săi prezintă distincția între cauzele proximale și distale în termeni de dihotomie. Ei consideră, totuși, că ar fi mai corectă descrierea unui continuum distal-proximal.

În lucrarea lui Abramson *et al.* (1988), noțiunea de cauză este fundamentală, întrucât ea permite abordarea secvenței de evenimente care conduce la simptomele depresive. În paragrafele următoare, această secvență (în care sînt plasate principalele concepte clasice) va fi examinată pentru fiecare din cele două teorii cognitive ale depresiei.

## 1. Teoria lui Beck

Această teorie poate fi schematizată sub forma unui lanț causal secvențial care merge de la cauze contributive distale la cauze contributive proximale și conduce la cauza suficientă proximală a depresiei.

În teoria lui Beck, cauzele contributive distale sînt diateza cognitivă și stresul produs de evenimentele negative din viață. Conform lui Beck (1967), există o diateză (o dispoziție) care face ca anumite persoane să aibă tendința de a prezenta mai frecvent decît altele distorsiuni cognitive negative cu privire la sine, la lume și viitor. În teoria lui Beck, diateza cognitivă este constituită de ceea ce el numește o schemă. La fel ca și psihologii cognitiști (de exemplu Neisser, 1967), Beck definește schema ca fiind o reprezentare organizată a cunoștințelor anterioare care orientează tratarea informației actuale. Schema se constituie pornind de la informații culese în decursul experiențelor trecute. Stocată în memorie pe termen lung, schema funcționează în mod automat. Schema depresogenă are un conținut negativ care face referință la noțiuni cum ar fi pierderea, eșecul, inadecvarea etc. (Alloy *et al.* 1985; Beck *et al.* 1979; Kuiper *et al.*, 1988). Ea selecționează, filtrează și interpretează informația, dînd un sens depresiv evenimentelor trăite de subiect. Activată de stresul provocat de evenimentele negative ale vieții, schema depresogenă conduce la distorsiuni cognitive ale informației primite de subiect (Beck, 1967).

Distorsiunile cognitive (cauze contributive proximale) sînt considerate drept produse relativ automate ale tratamentului informației. Beck susține că persoanele predispușe la depresie realizează inferențe nerealiste, extreme și ilogice referitoare la ei și la mediul lor. Distorsiunile cognitive cuprind următoarele tipuri de **erori logice** (Beck *et al.*, 1979):

- inferența arbitrară, eroarea logică cea mai frecventă, constă în extragerea de concluzii fără dovezi;
- abstracția selectivă este prezentă atunci cînd subiectul se concentrează pe un detaliu și nu percepe semnificația globală a situației;
- suprageneralizarea, ce constă în aplicarea la toate situațiile posibile a elementelor unei situații izolate;
- majorarea și minimizarea, erori logice care constau în atribuirea unei mai mari valori eșecurilor și evenimentelor negative și devalorizarea reușitelor și situațiilor pozitive, fericite;
- personalizarea este prezentă atunci cînd subiectul supraestimează propriile sale legături cu evenimentele negative, defavorabile;

- gândirea absolută, dihotomică, înfîlînită atunci cînd subiectul se închide în alternativa totul sau nimic, fără modulele posibile între extreme.

După Abramson *et al.* (1988), triada cognitivă negativă ar constitui cauza suficientă proximală în teoria lui Beck. Această triadă implică un punct de vedere negativ (sau o opinie negativă) despre sine însuși, judecări pesimiste referitoare la lumea din jur și un punct de vedere negativ privind viitorul, în special așteptarea ca dificultățile prezente să persiste<sup>9</sup>.

Prezența triadei cognitive negative este însoțită de apariția simptomelor depressive<sup>10</sup> care sînt, conform lui Beck :

- auto-reproșul (sau auto-critica) de a nu fi reușit, de exemplu, o sarcină așa de bine cum ar fi fost de dorit;
- \*- culpabilitatea (atunci cînd lucrurile merg rău, persoana depresivă consideră că aceasta se întîmplă din cauza sa);
- dependența crescută, consecința a viziunii negative a subiectului asupra propriei persoane și a lumii.

## 2. Teoria lui Abramson, Seligman și Teasdale

Elaborată de Abramson *et al.* (1978, 1987, 1988), a doua teorie cognitivă privind depresia este denumită teoria disperării (*hopelessness*). Anterior ea a mai fost cunoscută sub denumirea de teoria reformulată a neajutorării (*helplessness*)<sup>11</sup> și depresiei.

Teoria lui Abramson și a colaboratorilor săi face referință la o secvență de cauze ce se termină prin cauza proximală suficientă a depresiei: disperarea. Secvența debutează printr-o cauză contributivă distală, apariția evenimentelor de viață negative, sau ne-apariția evenimentelor de viață pozitive. O altă cauză contributivă distală este stilul depresogen de atribuire sau diateza privind atribuirea. Este vorba aici de faptul că anumite persoane, spre deosebire de altele, manifestă o tendință generală de a atribui evenimentele negative unor factori interni, stabili și globali<sup>12</sup>, considerînd aceste evenimente drept foarte importante. În absența evenimentelor de viață negative sau în prezența celor pozitive, persoanele ce manifestă acest stil depresogen de atribuire nu prezintă un risc mai mare decît altele de a dezvolta o patologie depresivă. Acest aspect al teoriei depresiei este conceptualizat sub denumirea de componentă diateză-stres (Abramson *et al.*, 1987; Kaye *et al.*, 1987; cf. Abramson *et al.*, 1988; Metalsky *et al.*, 1982; Metalsky *et al.*, 1987): tendința de a atribui evenimentele negative

unor factori interni, stabili și globali și de a considera aceste evenimente drept foarte importante reprezintă o cauză contributivă distală a depresiei, care acționează doar în prezența și nu în absența evenimentelor de viață negative. În înlănțuirea cauzală descrisă de Abramson *et al.*, faptul că, pe de o parte, subiectul atribuie evenimentele de viață negative unor factori stabili și globali, iar pe de altă parte, acordă o mare importanță acestor evenimente, constituie cauza contributivă proximală<sup>13</sup>.

În teoria lui Abramson *et al.*, cauza suficientă proximală este disperarea, termen ce descrie următoarele două elemente centrale:

- așteptări negative legate de obținerea unor rezultate valorizate;
- sentimente de disperare legate de incapacitatea de a modifica probabilitatea de apariție a acestor rezultate, nici unul dintre răspunsurile din repertoriul subiectului nepermițîndu-i efectuarea unei astfel de modificări.

Este important de subliniat că Abramson *et al.* (1978) au formulat ipoteza că disperarea este cauza proximală suficientă, dar nu și necesară a depresiei. Recunoscînd caracterul eterogen al depresiei, ei iau în discuție posibilitatea ca și alți factori să fie suficienți pentru a o putea provoca.

Depresia la care se referă teoria disperării ar fi caracterizată de cel puțin trei simptome majore :

- o înfrînzare a apariției răspunsurilor voluntare (simptom motivațional);
- dificultatea înfîpinată de subiect în a realiza că răspunsurile sale pot avea un efect asupra acestor rezultate negative, rezultate aflate în legătură cu disperarea sa (simptom cognitiv);
- tristețe (simptom emoțional).

Depresia ce face obiectul teoriei lui Abramson *et al.* include și un al patrulea simptom, scăderea stimei de sine, constatată atunci cînd subiecții se așteaptă ca alte persoane să obțină rezultate importante pe care ei nu pot spera să le atingă, adică atunci cînd ei fac atribuirii interne, stabile și globale pentru rezultatele lor negative (Abramson *et al.*, 1978).

Alte simptome pot, de asemenea, să caracterizeze acest tip de depresie : ideile suicidare și tentativele de suicid (Beck *et al.*, 1975 ; Kazdin *et al.*, 1983 ; Minkoff *et al.*, 1987 ; Petrie & Chamberlain, 1983) sau lipsa de energie, apatie, înfrînzarea psihomotorie, simptome ce constituie expresia unei scăderi importante a motivației de a oferi răspunsuri voluntare (Beck, 1967).

În ciuda unor diferențe importante, cele două teorii cognitive ale depresiei prezintă și asemănări care îi fac pe Abramson *et al.* (1988) să conceptualizeze aceste teorii drept modele cognitive diateză-stres ale depresiei.



După părerea noastră, o altă asemănare importantă o constituie posibilitatea de a utiliza, în cadrul ambelor teorii, instrumente de măsură care să permită studiul rolului cognițiilor în apariția depresiei. Printre aceste instrumente se numără „chestionarul privind stilul de atribuire” (Seligman *et al.*, 1979; Peterson *et al.*, 1982), „testul de stil cognitiv” (Blackburn *et al.*, 1986) care măsoară cele trei elemente ale triadei negative și scala de disperare denumită „chestionar H” (Beck *et al.*, 1974; Cottraux *et al.*, 1985). Toate aceste instrumente de măsură sînt aproape invariabil auto-evaluări prin chestionare cu itemi închiși. Premisele acestui tip de evaluare [puse de altfel în discuție de Nisbett și Wilson (1977) și Langer (1978)] implică faptul că subiecții au acces la propriile lor cogniții și, în plus, că sînt dispuși să le dezvăluie.

## B. APORTUL CERCETĂRILOR PRIVIND TRATAMENTUL INCONȘTIENT AL INFORMAȚIEI

Interesul acordat în psihopatologia cognitivă problemei tratamentului inconștient al informației reprezintă un episod relativ recent al unei lungi serii de contribuții la studiul noțiunii de inconștient. Aceasta, după cum arată mai mulți autori, este anterioară lui Freud. „Ea începe o dată cu «percepțiile confuze» ale lui Leibnitz; s-a dezvoltat cu Herbart; a fost întărită de curentul romantic, iar apoi de către Schopenhauer, culminînd în celebra lucrare apărută în 1859 a lui Ed. von Hartmann, cunoscută de Freud: *Philosophisches Unbewusstes (Filosofia inconștientului)*...” (Anzieu, 1975). Două lucrări refac pasionanta istorie a acestui concept, ilustrînd diversitatea abordărilor utilizate: *L'inconscient avant Freud* (Whyte, 1971) și *À la découverte de l'inconscient* (Ellenberger, 1974).

Reticenți inițial în a utiliza termenul de inconștient, cercetătorii cogniviști au creat termeni noi cum ar fi „pre-atențional” sau „pre-cognitiv”, contribuind la o anumită confuzie terminologică. Acumularea unor numeroase dovezi privind existența unui tratament inconștient al informației a făcut practic să dispară reticențele menționate. Astfel, s-a constituit un nou domeniu de cercetare : o demonstrează unele lucrări cum ar fi cea a lui Dixon (1981) și capitolul lui Williams *et al.* (1987), elaborat pentru recentul volum intitulat *Psychologie cognitive et troubles émotionnels*.

Cunoștințele referitoare la tratamentul inconștient al informației provin din studii ce abordează trei probleme diferite : 1) relatarea verbală a operațiilor cognitive de nivel superior, ce stau la baza comportamentelor de

alegere dintre mai multe alternative, de formulare a judecăților sau de rezolvare a problemelor ; 2) efectul informației pe care subiectul trebuie să o ignore în timp ce recepționează o altă informație; 3) efectul stimulilor subliminali.

1. Urmînd direcția inițiată de alți autori (Miller, 1962 ; Neisser, 1967 ; Mandler, 1975), Nisbett și Wilson (1977) concluzionează o importantă trecere în revistă a problemei, afirmînd că numeroase date sprijină existența unui tratament inconștient al informației în cadrul operațiilor cognitive de nivel superior. Într-adevăr, atunci cînd li se cere subiecților să-și verbalizeze activitatea cognitivă, ei sînt adesea foarte imprecizi. Un exemplu, printre altele, ne este oferit de Storms și Nisbett (1970), care au administrat un placebo unor subiecți cu insomnie. Aceștia au negat cu toții faptul că s-ar fi gîndit măcar puțin la pilulele luate, explicînd ameliorarea stării lor prin aceea că problemele care îi deranjau înainte ar fi fost rezolvate și, prin urmare, ar fi mai destinși. Subiecții nu menționau influența atribuirilor pe care le-au făcut în mod indiscutabil, oferind explicații „plauzibile” în loc.

Sprijinindu-se pe datele trecute în revistă, Nisbett și Wilson susțin că noi nu sîntem conștienți decît de produsele proceselor noastre mintale. De asemenea, introspecția nu ne permite accesul la procesele reale<sup>14</sup>. Relatările verbale nu sînt bazate pe o adevărată introspecție, ci mai curînd pe teorii cauzale implicite, provenind din mediul cultural al subiecților.

Rezultatele studierii relatărilor verbale ale operațiilor cognitive de nivel superior pot fi explicate și în alte două moduri. Prima explicație pleacă de la faptul că între momentul de început al procesului și momentul în care se realizează relatarea verbală există un interval de timp. În aceste condiții, imprecizia relatării ar putea fi consecința unui deficit mnestic. O a doua explicație ține de dificultățile întîmpinate de subiecți la transcrierea în cod verbal a reprezentării conștiente a procesului. Datele obținute prin studii mai recente (Berry & Broadbent, 1984; Broadbent *et al.*, 1986) sprijină această a doua explicație. În aceste cercetări subiecții trebuiau să lucreze cu sisteme dinamice complexe de control (cum ar fi simulările pe ordinator ale unor sisteme de transport sau a sistemelor economice), modificînd diferiți parametri și observînd efectul acestor schimbări. În aceste experimente, performanța subiecților se ameliorează, atîngînd niveluri aproape imprevizibile pornind de la capacitatea lor limitată de a descrie verbal dinamica sistemelor respective. Cele două explicații menționate anterior arată că imposibilitatea de a prezenta verbal un proces nu înseamnă neapărat că subiectul nu este conștient de procesul respectiv.

2. A doua sursă de informații privind tratamentul inconștient al informațiilor este constituită de cercetările referitoare efectul informației pe care subiectul trebuie să o ignore atunci când este atent la o altă informație. Procedul tipic a fost introdus de Cherry (1953): subiectul ascultă și repetă cu voce tare mesajul emis spre una dintre urechile sale, ignorând mesajul care îi este prezentat simultan la cealaltă ureche. Deși subiecții nu sînt conștienți de conținutul mesajului pe care trebuie să-l ignore, numeroase date demonstrează că informația conținută în mesajul respectiv este tratată din punct de vedere semantic. Subiecții pun în legătură această informație cu experiența lor anterioară și dau răspunsuri adecvate, totul într-o manieră inconștientă (Corteen & Wood, 1972; Corteen & Dunn, 1974; Von Wright *et al.*, 1975; Forster & Govier, 1978; Govier & Pitts, 1982).

În cursul fazei inițiale a acestor studii a fost realizată o condiționare a răspunsului electrodermografic (EDG)<sup>15</sup> de o anumită categorie de cuvinte-stimuli (nume de orașe, de exemplu), prezentînd aceste cuvinte simultan cu niște șocuri electrice. Ulterior, aceleași cuvinte erau prezentate, împreună cu altele, urechii ce recepționa mesajul care trebuia ignorat. În aceste condiții, subiecții continuau să prezinte răspunsuri EDG la cuvintele-stimuli condiționate, precum și la sinonime sau la cuvinte din aceeași categorie.

Cu toate că autorii acestor studii și-au luat un oarecare număr de precauții metodologice<sup>16</sup>, demersul propus nu a fost ferit de critici. Putem cita, de exemplu, pe acei care presupun că din timp în timp subiecții iau la cunoștință (parțial sau integral) mesajul respectiv, trăindu-l din punct de vedere semantic, deși această conștientizare este atît de scurtă încît nu permite subiectului să-și amintească sau să recunoască ulterior mesajul. Această presupunere pare a fi confirmată de diverse date, printre care cele ale lui Newstead și Dennis (1979), care au adoptat mai multe măsuri pentru a reduce probabilitatea deplasării atenției spre sursa de informații pe care subiectul trebuie să o neglijeze: reducerea pauzelor dintre fraze și adăugarea de material de umplutură pentru ca stimulii critici să nu apară după o perioadă de liniște (fapt ce atrage de obicei atenția). În aceste condiții experimentale nu se mai poate pune în evidență vreun efect al informației pe care subiectul nu ar trebui să o asculte. Se poate conchizi că efectele notate anterior au fost provocate de conștientizări momentane produse de deplasarea atenției în direcția sursei pe care subiectul ar fi trebuit să o neglijeze.

3. Studiile asupra efectului stimulilor subliminali constituie a treia sursă de cunoștințe privind tratamentul inconștient al informațiilor. Aceste studii oferă dovezi incontestabile referitoare la faptul că stimuli nedetectabili la

nivelul conștient sînt tratați din punct de vedere structural și semantic. Pentru a face un stimul nedetectabil, se poate fie reduce intensitatea sau durata sa, fie folosi tehnica mascării<sup>17</sup>. În cazul din urmă, un stimul maschează alt stimul care îi este anterior acestuia și care, dacă nu ar fi fost mascat, ar fi fost perceput în mod conștient. Mascarea poate fi realizată cu un stimul omogen cu o intensitate lămoasă mare (mascare „energie”) sau cu un stimul figurativ, structurat (mascare „structurală”). Cercetările efectuate asupra acestor două tipuri de mascare (Turvey, 1973; Marcel, 1983) tind să arate că mascarea „energie” acționează la periferie, înaintea oricărui tratament central. Mascarea „structurală” poate acționa, din contra, la nivel central, permițînd astfel producerea unui tratament inconștient.

Cercetările privind tratamentul informației subliminale au atras atenția mai multor clinicieni, care au început să examineze utilitatea diagnostică și terapeutică potențială a prezentării subliminale a anumitor stimuli. Utilizarea în scopuri diagnostice se bazează pe ipoteza că prezentarea subliminală (avînd o durată de 4 milisecunde) a anumitor stimuli și enunțuri este capabilă să activeze conflictele legate de diferite tulburări psihopatologice. Acest proces este cunoscut sub numele de paradigma activării psihodinamice. Rezultatele obținute în cadrul unei vaste serii de cercetări conduse de Silverman și colaboratorii săi sprijină anumite ipoteze psihanalitice referitoare la schizofrenie (Silverman & Spiro, 1968), depresie (Miller, 1973), balbism (Silverman *et al.*, 1972) și homosexualitate (Silverman *et al.*, 1973). În aceste cercetări, stimuli și enunțuri de control prezentate subliminal, precum și enunțuri pertinente pentru conflictele pacienților, dar prezentate la un nivel supraliminar, nu au avut nici un efect asupra psihopatologiei respective.

Stimulii utilizați în cercetarea lui Silverman și Candell (1970), realizată pe bărbați diagnosticați cu schizofrenie, au fost următorii:

- desenul unui bărbat pe punctul de a înjunghia o femeie (stimul agresiv), însoțit de mesajul verbal „discuție aprinsă”;
- desenul a doi bărbați cu o expresie binevoitoare, situați unul în fața celuilalt (stimul neutru), însoțit de mesajul verbal „oameni care discută”;
- desenul unui bărbat și al unei femei în picioare, împreună, liniile de separare dintre cele două figuri fiind șterse, unindu-se astfel ca doi gemeni siamezi (stimul fuzional), însoțit de mesajul verbal „mama și cu mine una sîntem”.

În studiul făcut pe adolescenți cu balbism, Silverman *et al.* (1972) au formulat ipoteza că tulburările de vorbire se intensifică după prezentarea unor desene comunicînd teme anale sau oral-agresive.

în această cercetare, stimulul **anal** are reprezentat de un câine în timpul defecației, stimulul **oral-agresiv** de imaginea unui leu care rage, iar stimulul **control** - de imaginea unei păsări ce se așază cu aripile întinse.

Silverman a aplicat același tip de abordare în terapie<sup>18</sup>. Pentru a contracara, de exemplu, tulburările emoționale la un adult, el a administrat mesaje subliminale vizând satisfacerea unei dorințe simbiotice precoce. În acest context, formularea „mama și cu mine una sîntem” s-a dovedit a fi remarcabil de eficace (Kaye, 1975; Silverman *et al.*, 1976; Silverman, 1980, 1983, 1984). Alte studii folosind procedee de acest tip au ajuns la rezultate pozitive în raport cu obiectivele, cum ar fi reducerea tulburărilor de gândire la schizofreni (Silverman & Candell, 1970), diminuarea anxietății la persoane homosexuale (Silverman *et al.*, 1973), scăderea în greutate la persoane obeze (Silverman *et al.*, 1978), sau ameliorarea rezultatelor școlare (Ariam, 1979).

Pe lângă rezultatele favorabile, terapia realizată prin mesaje subliminale ar avea un alt avantaj major : ea nu provoacă anxietatea și disconfortul creat de recepționarea conștientă a mesajelor respective. Tyrer *et al.* (1978), precum și Lee și Tyrer (1980) au reușit să desensibilizeze pacienți cu agorafobie folosind filme referitoare la situația fobogenă, proiectate la un nivel de iluminare care nu permitea o percepere conștientă. Procedul subliminal a fost trăit în mod semnificativ mai puțin stresant decât prezentarea supraliminală, și chiar decât situația de control, în care nu exista film în aparatul de proiecție. Într-o experiență ulterioară, Lee *et al.* (1983) au constatat că o tehnică implicînd trecerea - pe măsura progreselor terapeutice - de la prezentări subliminale la prezentări supraliminale ar fi mult mai eficace decât procedeele ce constau în prezentări strict subliminale sau strict supraliminale. Deși încurajatoare, astfel de cercetări au fost obținute pe loturi reduse (cinci-șase subiecți într-un grup), fiind necesară verificarea lor pe populații mai importante. De asemenea, trebuie notat că încercările de replicare a paradigmei activării psihodinamice nu au reușit întotdeauna (Condon & Allen, 1980; Heilbrun, 1980; Oliver & Burkhman, 1982; Haspel & Harris, 1982; Porterfield & Golding, 1985). Silverman (1985) atribuie totuși multe dintre eșecurile unor diferențe de procedură.

Dacă vom analiza din nou cele trei surse de cunoștințe privind tratamentul inconștient al informației, vom constata că studiul efectului stimulilor subliminali reprezintă direcția de cercetare cea mai promițătoare pentru psihopatologie, în special pentru verificarea unor ipoteze etiologice. Cercetările viitoare vor trebui să fie relaționate în mod sistematic cu postulatul lui Shevrin și Dickman (1980) referitor la „inconștientul psihologic”. Dacă

datele disponibile confirmă ceea ce numim forma „slabă” a acestui postulat (procesele inconștiente există și afectează în mod activ procesele conștiente), psihopatologia ar avea, fără îndoială, de profitat dacă ar dispune de rezultatele unor cercetări legate de a două forme, numită „puternică”, a postulatului lui Shevrin și Dickman, care precizează că procesele conștiente și inconștiente sînt guvernate de reguli diferite. Descoperirea unor astfel de legi ar constitui un avans important în cîmpul psihopatologiei cognitive.

## REZUMAT

Abordarea cognitivă a psihopatologiei vizează explicarea tulburărilor mintale ținînd cont de procesele prin intermediul cărora o persoană dobîndește informații despre sine și mediu, asimilîndu-le pentru a-și regla comportamentul.

Această abordare poate fi ilustrată de cele două teorii care explică apariția depresiei. Prima, teoria lui Aaron Beck, poate fi schematizată sub forma unei secvențe ce cuprinde următoarele cauze : (a) cauzele contributive distale reprezentate de schema depresogenă (care constituie o diateză sau predispoziție) și de stresul generat de evenimentele de viață negative; (b) cauzele contributive proximale reprezentate de distorsiunile cognitive (diferitele tipuri de erori logice comise de subiect); (c) cauza suficientă proximală constituită din triada negativă (un punct de vedere negativ privind propria sa persoană, judecăți pesimiste privind lumea exterioră și un punct de vedere negativ referitor la viitor).

A doua teorie, elaborată de Abramson, Seligman și Teasdale, este denumită teoria disperării. Ea se referă la o secvență care începe prin două cauze contributive distale : (a) apariția de evenimente de viață negative sau ne-apariția de evenimente pozitive; (b) o diateză legată de atribuire (stil depresogen de atribuire), care înseamnă că anumite persoane au tendința generală de a atribui evenimentele negative unor factori interni, stabili și globali și de a considera aceste evenimente ca fiind foarte importante. Cauza contributivă proximală o reprezintă faptul că, pe de o parte, subiectul atribuie evenimentele de viață negative unor factori stabili și globali, iar pe de altă parte el acordă o mare importanță acestor evenimente. În teoria lui Abramson *et al.*, cauza suficientă proximală o constituie disperarea, termen ce descrie așteptările negative privind obținerea unor rezultate valorizate, precum și sentimente de disperare legate de incapacitatea de a schimba probabilitatea de apariție a acestor rezultate, nici unul dintre răspunsurile din repertoriul propriu al subiectului nepermîiindu-i realizarea unei astfel de schimbări.

Demersul conceptual dominant în psihopatologia cognitivă este actualmente paradigma tratamentului informației. Numeroase cercetări sînt consacrate tratamentului inconștient al informației, problematică importantă pentru psihopatologie. Cunoștințele referitoare la tratamentul inconștient al informației provin din studii ce urmăresc trei probleme: (1) relatarea verbală a operațiilor cognitive de nivel

superior; (2) efectul informației pe care subiectul ar trebui să o ignore atunci când este atent la altă sursă de informații; (3) efectul stimulilor subliminali, care reprezintă direcția de cercetare cea mai promițătoare, în special pentru verificarea anumitor ipoteze etiologice de origine psihiatrică.

## NOTE

- Hardy (1986) notează că definiția actuală a proceselor cognitive permite analiza, în termeni de cogniție, a unor aspecte ale activității emoționale „care constituiau deja pentru Wundt o formă de judecată precognitivă”.
- Este vorba de o teorie a personalității în care „constructele personale” permit stabilirea - cu scopul de a identifica un sens al evenimentelor - a „unei relații comparative între două lucruri pe o dimensiune bipolară de tip bine-rău” (Blackburn & Cottiaux, 1988).
- Obiectivul acestei metode este acceptarea necondiționată de sine. Din această perspectivă, judecări de tipul: „Sînt un ratat” trebuie înlocuite cu judecări care să pună accentul pe relativismul eșecurilor: „Am eșuat în acea zi, la acel examen”.
- Teoriile cognitive au suferit și suferă numeroase remaniere. De exemplu, la începutul cercetărilor sale, Beck (1967) susținea că distorsiunea cognitivă ar fi elementul causal din care ar deriva ansamblul simptomelor depresive. Mai târziu, Beck (1984) și b) considera că perturbarea cognitivă nu este prin ea însăși o cauză a depresiei. Această disfuncție a gândirii face mai curind parte integrantă din structura stării depresive și reprezintă în același timp un factor declanșator și unul de menținere a depresiei.
- Peterson și Seligman (1984) au trecut în revistă studii realizate între 1978 și momentul apariției articolului lor, studii ce au urmărit testarea teoriei lui Abramson *et al.* (1978).
- Fapt interesant, Coyne și Gotlib (1983) ajung la această concluzie analizând o bună parte din studiile care le-au servit lui Peterson și Seligman (1984) pentru demonstrarea validității abordării cognitive a depresiei.
- Între aceste trei tipuri de cauze există diverse relații: un factor etiologic poate fi necesar și suficient, necesar, dar nu suficient, sau suficient, dar nu necesar pentru apariția ansamblului de simptome. De asemenea, dacă o cauză este contributivă, ea nu poate fi nici suficientă, nici necesară, și viceversa.
- Abramson *et al.* (1988) precizează că diferitele concepte menționate - cauze necesare, suficiente, contributive sau proximale și distale - nu epuizează toate tipurile posibile de relații între cauze și simptome.
- Punctul de vedere negativ asupra propriei persoane include convingerea de a fi imperfect, inadecvat sau nedemn de încredere. Această opinie negativă se concretizează în afirmații cum ar fi: „Pe plan profesional sînt mai puțin bun decît Cutare”, sau „Mi-am ratat complet rolul de părinte” etc. Viziunea negativă asupra lumii se exprimă prin judecări pesimiste referitoare la lumea exterioară. În fine, punctul de vedere negativ referitor la viitor se manifestă prin faptul de a anticipa în manieră negativă rezultatele oricărei sarcini specifice („Sînt sigur că nu voi reuși”) sau faptul de a considera că în viitor eșecul și ghinionul sînt inevitabile.
- Întrucît în modelul lui Beck imaginea de sine negativă este considerată a fi una din cauzele depresiei, pentru a evita o tautologie, Abramson *et al.* (1988) nu includ stima de

sine redusă printre simptomele acestui tip de depresie. Trebuie notat, de asemenea, că Beck (1967, 1976) include dispararea în triada cognitivă negativă.

- Seligman (1975) a studiat pe ciini rolul evenimentelor aversive. Procedul experimental cuprindea trei etape. În cursul primei etape, Seligman i-a învățat pe ciini să sară într-un compartiment neelectricificat pentru a evita șocurile electrice pe care le puteau primi în compartimentul în care se aflau, și care era electricificat. În a doua etapă a experienței, jumătate din animalele incluse în studiu au primit șocuri electrice inevitabile (îndiferent de compartiment). În fine, într-o a treia etapă, animalele erau situate din nou în dispozitivul inițial. Seligman constată că 2/3 dintre ciinii ce fuseseră supuși unor șocuri electrice inevitabile și-au pierdut capacitatea învățată de a scăpa de șocuri, adică erau incapabili să sară în celălalt compartiment, neelectricificat. Acest comportament inhibat a fost denumit „neajutorare învățată” (*learned helplessness*) sau, după cum mai traduc alți autori, „resemnare învățată”. Considerat drept un model analog experimental pentru depresie, transpunerea sa în clinica umană a necesitat o reformulare.
- Caracterul stabil se referă la durată. Calificativul de „global” (antonimul său este „specific”) semnaleză că factorii respectivi afectează un număr important de rezultate ale subiectului.
- Formularea în 1978 a teoriei disperării nu preciza în mod clar dacă atribuțiile cauzale contribuie doar la cronicizarea (sau generalizarea) simptomelor, sau dacă ele contribuie și la apariția însăși a simptomelor. În textul din 1988, Abramson *et al.* precizează că această cauză proximală contribuie atît la apariția, cit și la cronicizarea sau generalizarea simptomelor depresive.
- Aceste afirmații pot fi criticate folosind argumente de tip logic (Smith & Miller, 1978 ; White, 1980). Deoarece nu dispunem actualmente de o definiție satisfăcătoare a produselor, respectiv a proceselor mintale, nu avem criterii care să ne permită să definim un eveniment mintal ca fiind un produs sau un proces. Dacă folosim drept criteriu de discriminare caracterul conștient - numind tot ceea ce este conștient „produs”, iar tot restul „proces” -, riscăm să formulăm un raționament circular, întrucît nici o predicție experimentală nu poate fi făcută pornind de aici.
- Răspuns fiziologic ce apare la excitarea senzorială sau la o emoție, și care este legat de o creștere a activității glandelor sudoripare ce modifică rezistența electrică a pielii.
- La sfîrșitul experimentului, subiecții erau de obicei întrebați dacă pot reproduce ceva din mesajul căruiu să-i acorde atenție. În alte cazuri, subiecții trebuiau să recunoască, în cadrul unui test ulterior experimentului, unele cuvinte dintre cele prezentate în acest mesaj.
- În capitolul consacrat psihopatologiei experimentale sînt prezentate mai multe cercetări în care este utilizat procedul mascării, pentru a studia viteza de tratare a informației în cazul schizofreniei.
- Mesajele subliminale au fost folosite, de asemenea, pentru a testa ipoteza că performanța în situație de competiție este influențată de conflictul oedipian. Silverman *et al.* (1978) prezintă patru studii în care performanța la aruncarea săgeților a fost puternic afectată de prezentarea subliminală (cu o durată de 4 milisecunde) a mesajului: „E rău să-l lovești pe tata” și respectiv îmbunătățită, atunci cînd mesajul era: „E bine să-l lovești pe tata”. Prezentările supraliminare nu au avut un astfel de efect.

## CAPITOLUL 5

# Psihopatologia din perspectiva dezvoltării umane

Constituirea unei astfel de abordări în psihopatologie este rezultatul mai multor contribuții. Printre acestea, un loc important îl ocupă cercetările inițiate la începutul anilor '60 de Edward Zigler și colaboratorii săi. Un capitol publicat în *Manuel de psychologie de l'enfant* lui Mussen (Rutter & Garnezy, 1983), două articole apărute în 1984 în revista *Child Development* (Cicchetti, 1984; Stroufe & Rutter, 1984) și mai ales volumul lui Edward Zigler și Marion Glick (1986), *Une approche développementale de la psycho-pathologie adulte*, atestă importanța contribuțiilor școlii lui Zigler. Aceasta își are originea la Spitalul de Stat din Worcester și la Universitatea Clark, spații unde conceptele lui Heinz Werner (1937, 1948, 1957; Werner & Kaplan, 1963) au servit drept cadru teoretic pentru înțelegerea fenomenelor psihopatologice.

Influența lui Werner se manifestă în utilizarea unei conceptualizări „organizaționale” a dezvoltării (Zigler & Glick, 1986), dezvoltare văzută ca reprezentând o serie de reorganizări calitative ce s-ar realiza în concordanță cu principiul ortogenic (Werner, 1948). Acest principiu afirmă că organismul în dezvoltare trece, datorită diferențierilor și integrării ierarhice, de la o stare relativ difuză și global nediferențiată, la o stare cu o mai mare articulare și de complexitate organizată. Din această perspectivă, cercetătorul se interesează de schimbare nu ca funcție de timp, ci mai curând ca o grupare de procese „organismice” care au loc în decursul timpului<sup>1</sup>. Considerând că dezvoltarea este constituită dintr-o serie de schimbări structurale sau formale, poziția „organismică” conferă un rol minor secvenței temporale și cronologiei.

Din perspectiva dezvoltării după Zigler, dezvoltarea normală nu se definește în termeni de nivel mediu de funcționare, ci mai curând în termeni de competențe sociale, emoționale și cognitive, care se intersectează. Faptul că

o persoană este competentă în cursul unei perioade a dezvoltării sale explică adaptarea sa la mediu și pregătește, în același timp, formarea competenței pentru perioada de dezvoltare următoare.

Școala lui Zigler concepe dezvoltarea patologică drept o lipsă a integrării competențelor sociale, emoționale și cognitive, importante pentru adaptarea la un nivel de dezvoltare specific. Pentru Zigler și colaboratorii săi, o idee fundamentală este aceea că tulburările funcționării psihologice pot fi înțelese în contextul dezvoltării normale. Ținând cont de concepția despre dezvoltarea normală expusă în cele două paragrafe precedente, aceasta înseamnă că orice tulburare precoce poate fi la originea tulburărilor de mai mare anvergură ce apar mai târziu. Demersul lui Zigler și Glick (1986) oferă un cadru conceptual care permite compararea diferitelor tulburări prezente la adult. În acest demers, accentul este pus, în același timp, pe asemănările și diferențele dintre procesele psihopatologice și rezultatele evoluției lor.

Printre diferitele concepte care permit clarificarea abordării din perspectiva dezvoltării a lui Zigler, cel de nivel de dezvoltare ni se pare fundamental<sup>2</sup>. Este vorba despre o noțiune (*construct*) dificil de operaționalizat. În demersul care a condus la elaborarea abordării lor, Zigler și Phillips (1960) au ales competența premorbidă drept indice global al nivelului de dezvoltare al pacienților studiați. Indicele de competență premorbidă este calculat pornind de la șase variabile, a căror combinare s-ar presupune că ar putea oferi o evaluare fidelă a diferențelor în dezvoltarea adulților: vîrstă, nivel intelectual, nivel educațional, statut marital, statut ocupațional și istoric profesional. În lucrarea lor din 1986, Zigler și Glick observă că această competență socială premorbidă, noțiune fundamentală a demersului lor, este prezentă în *DSM UI* în calitate de axa a V-a.

Deși sînt foarte importante, lucrările lui Zigler și ale colaboratorilor săi nu constituie unica viziune a psihopatologiei din perspectiva dezvoltării. Lucrarea lui Achenbach (1982), autor care a colaborat de altfel cu Zigler, constituie un exemplu de perspectivă sensibil diferită. Mai întîi, acest caz constituie un adevărat tratat de psihopatologie a copilului și adolescentului. Achenbach este de acord că o abordare din perspectiva dezvoltării poate lămuri toate fazele ciclului vieții, însă modificările dramatice care apar de la naștere la maturitate fac această abordare esențială pentru înțelegerea problemelor ce se manifestă în cursul copilăriei și adolescenței<sup>3</sup>. În al doilea rînd, maniera însăși de a concepe utilizarea teoriei dezvoltării în studierea tulburărilor psihologice este diferită: Achenbach afirmă că psihopatologia din perspectiva dezvoltării pune întrebări privind cursul dezvoltării comporta-

mentelor adaptative și rău adaptate, și oferă indicații pentru a răspunde la acestea. Achenbach precizează că acest demers este mai degrabă un mod de a privi problemele decât o soluție totală oferită acestor probleme. Rolul său ar fi de a ne ajuta să înțelegem comportamentele anormale în lumina proceselor de dezvoltare. În acest context, Achenbach subliniază că nu există (și probabil nu va exista niciodată) o teorie a dezvoltării unice pentru toată psihopatologia<sup>4</sup>.

O altă direcție majoră în psihopatologia din perspectiva dezvoltării este reprezentată de urmărirea sistematică a desfășurării vieții diferitelor persoane, pentru a decela indicii privind originile și dezvoltarea tulburărilor mintale<sup>5</sup>. Diferite componente ale lucrării publicate sub direcția lui Erlenmeyer-Kimling și Miller (1986) fac bilanțul principalelor cercetări întreprinse în această direcție:

- identificarea, la descendenții schizofrenicilor, a indicilor predictivi ai unei viitoare schizofrenii (Cornblatt & Marcuse, 1986; Marcuse & Cornblatt, 1986);
- studiul după 20 de ani (Srole & Fischer, 1986) al subiecților examinați în cadrul proiectului Midtown Manhattan Study, proiect conceput inițial pentru a examina severitatea simptomelor psihiatrice într-un eșantion ales la întâmplare din populația generală;
- evaluarea, după 15-20 de ani, a unei cohorte de pacienți internați prima oară în anii '50 cu diagnosticul de schizofrenie și psihoză afectivă (Clausen, 1986);
- studii predictorilor evoluției schizofreniei, pornind de la datele culese pe o cohortă („Iowa 500”) excepțional de bine studiată și urmărită conștient timp de 30-40 de ani (Tsuang, 1986);
- tentativa de a defini fenotipul comportamental al persoanelor susceptibile de demență, folosind material colectat în cadrul unei reexaminări după 20 de ani a unor perechi de gemeni (Larue & Jarvik, 1986).

Pentru a ilustra abordarea din perspectiva dezvoltării, vom analiza mai detaliat două aspecte în acest capitol. Primul este clasificarea simptomelor, aspect fundamental pentru psihopatologie. Al doilea este reprezentat de abordarea problemei alcoolismului din această perspectivă, demers care a contribuit la înțelegerea polimorfismului clinic al acestei entități. Datele utilizate pentru a prezenta aceste teme au fost obținute de cercetările școlii lui Zigler.

## A. O CLASIFICARE A SIMPTOMELOR DIN PERSPECTIVA DEZVOLTĂRII

Sindromurile psihiatrice tradiționale sînt definite prin constelații de simptome a căror grupare se bazează pe observațiile clinicienilor (iar mai recent, pe rezultatul analizelor statistice), care arată că anumite simptome, spre deosebire de altele, apar în același timp.

Moduri alternative de grupare a simptomelor au fost elaborate pe baza abordării din perspectiva dezvoltării. Grupurile de simptome astfel obținute au fost interpretate, în unele lucrări, în funcție de orientarea rolului, iar în altele în funcție de relația cu dimensiunile acțiune-gîndire. Datorită interesului teoretic al unui astfel de demers, aceste două noi tipuri de grupare a simptomelor vor fi prezentate destul de detaliat în această secțiune a capitoului.

### 1. Gruparea simptomelor în funcție de orientarea rolului asumat

Dosarele a 604 pacienți admiși între 1948 și 1952 la Worcester State Hospital au fost examinate de Phillips și Rabinovitch (1958). Aceștia au studiat simptomele observate de un psihiatru în cursul primei convorbiri la spital și cele notate de medicul care a trimis pacientul. Populația studiată includea numai pacienți pentru care fuseseră înregistrate cel puțin două simptome. Studiul lui Phillips și Rabinovitch a permis izolarea a trei grupe de simptome corespunzătoare, după cum vom vedea, pentru trei orientări ale rolului asumat de către pacient, în fiecare grupă se găseau reunite simptome cu tendința de a apărea în același timp și care, din contra, nu apăreau simultan cu simptomele celorlalte două grupuri.

Primul grup include simptome conceptualizate ca reflectînd o **retragere în raport cu celelalte persoane**: retragere, suspiciune, halucinații, apatie etc. Al doilea grup cuprinde simptome care ar reflecta o **întoarcere împotriva celorlalți și sibaritismul**<sup>6</sup>: amenințări cu violența, ingestia de băuturi, furt calificat, comportamente iraționale etc. În fine, simptomele din al treilea grup ar indica o **orientare împotriva propriei persoane**: tentative de suicid, suferințe legate de corp, insomnie, anorexie<sup>7</sup>.

O dată realizate aceste grupări, Phillips și Rabinovitch au formulat ipoteza ordonării lor în dezvoltare. „Evitarea celorlalți” a fost conceptualizată drept

expresia unei absențe a diferențierii între Eu și lumea exterioară și ar reprezenta, prin urmare, gruparea cu nivelul de dezvoltare cel mai coborât. Categoria „orientat contra celorlalți” și „sibaritism” s-ar situa la un nivel de dezvoltare intermediar, ce ar indica absența interiorizării normelor sociale, în fine, a treia categorie, cea care grupează simptomele unei „orientări împotriva propriei persoane”, a fost conceptualizată drept orientarea cea mai matură din punctul de vedere al dezvoltării.

Ipoteza că cele trei categorii de simptome descrise de Phillips și Rabinovitch pot fi ierarhizate din punctul de vedere al dezvoltării a fost verificată în două studii ulterioare (Zigler & Phillips, 1960, 1962), în prima, Zigler și Phillips (1960) clasifică simptomele inițiale notate în fișele a 1053 de pacienți (652 bărbați și 401 femei), utilizând drept criteriu orientarea rolului. Ei calculează apoi scorurile pacienților pentru fiecare din cele șase componente ale indicelui de competență premorbidă, instrument utilizat în cercetările școlii lui Zigler pentru a evalua nivelul de dezvoltare. Ipoteza majoră a acestui studiu (ipoteză conform căreia subiecții cu simptome din categoria „orientare împotriva propriei persoane” au scorurile de competență socială cele mai ridicate) a fost confirmată. În schimb, scorurile de competență socială a pacienților aparținând categoriei „orientați împotriva altora” nu sînt mai ridicate decît cele ale persoanelor din categoria „evitarea celorlalți”. Datele obținute confirmă, în consecință, existența a două niveluri de dezvoltare : un nivel mai ridicat corespunzător grupării „orientare împotriva propriei persoane” și două niveluri alternative inferioare, reprezentate de categoriile „orientare împotriva celorlalți” și „evitarea celorlalți”.

O cercetare ulterioară (Zigler & Phillips, 1962) a confirmat absența diferențelor între indicatorii dezvoltării la categoriile „orientare împotriva celorlalți” și „evitarea celorlalți”. De această dată, populația a fost constituită din 806 pacienți aparținând următoarelor categorii diagnostice : schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă, psihonevroză și tulburări de caracter. După o clasificare a simptomelor inițiale ale acestor pacienți în funcție de orientarea rolului, a fost calculat un „scor-simptom”. Acesta exprimă predominanța, în tabloul clinic al fiecărui pacient, a categoriei „orientare contra propriei persoane”, în raport cu celelalte două categorii.

Rezultatele obținute arată că, pentru pacienții schizofreni, la fel ca și pentru cei cu alte diagnostice, persoanele care au scoruri ridicate de competență socială tind să obțină scoruri-simptom „orientare contra propriei persoane” mai ridicate. În același timp, subiecții care au scoruri reduse de competență socială manifestă mai frecvent simptome care implică fie „evitarea celorlalți”, fie „sibaritismul” sau „orientarea împotriva celorlalți”.

Relația dintre orientarea rolului și competența socială premorbidă a mai fost obținută și în alte studii (Raskin & Golob, 1966 ; Sanes & Zigler, 1971 ; Mylet *et al.*, 1979) și a fost confirmată transcultural în special în Japonia (Phillips, 1968; Draguns *et al.*, 1970; Seifert *et al.*, 1971). Ideea că pacienții care prezintă simptome ce corespund *pattern-ului* „orientare împotriva propriei persoane” au un statut mai ridicat din punctul de vedere al dezvoltării decît cei care prezintă simptome din categoria „orientare împotriva celorlalți” este sprijinită și de faptul că pacienții suicidari (care au amenințat cu suicidul sau au avut deja tentative) au obținut scoruri ale dezvoltării mai ridicate la Rorschach, comparativ cu cei care au comis sau amenințat cu comiterea agresiunilor (Phillips, 1966, cf. Phillips, 1968).

## 2. Clasificarea simptomelor în funcție de dimensiunile acțiune și gîndire

Clasificarea simptomelor în funcție de dimensiunile acțiune și gîndire pornește de la constatarea că acțiunea este anterioară, din punct de vedere ontogenetic, gîndirii. În 1961, Phillips și Zigler clasifică simptomele în funcție de dimensiunile acțiune și gîndire, formulînd ipoteza că această clasificare este legată de nivelul de maturitate evaluat prin scorurile de competență premorbidă. Simptomele prezentate la internare de 793 de pacienți (480 bărbați și 313 femei) au fost clasificate în categoria acțiune (acuzaii de crimă, tentativă de agresiune, tulburări de comportament, ingestie de băuturi, tentative de suicid etc.) sau în categoria gîndire (suspiciune, fobii, obsesii, idei suicidare, depersonalizări). Cei 793 de pacienți au fost ulterior împărțiți în trei grupuri: „acțiune pură”, „gîndire pură” și „mixt”. Primele două grupuri erau constituite din pacienți prezentînd fie doar simptome de tip acțiune, fie doar simptome de tip gîndire. Cei care manifestau, în proporție egală, simptome ale categoriilor acțiune și gîndire erau repartizați în grupul mixt, constituit din 136 de subiecți. 429 de pacienți (54% din populația totală) prezentau fie simptome de tip acțiune, fie simptome de tip gîndire. Aceasta indică faptul că gruparea simptomelor în cele două clase este departe de a fi întîmplătoare<sup>3</sup>.

În concordanță cu perspectiva dezvoltării umane, Phillips și Zigler (1961) au obținut o relație puternic semnificativă între scorurile de competență socială globală premorbidă și clasificarea simptomelor pe ceea ce ei au numit un continuum acțiune -> gîndire. Astfel, pacienții mai puțin competenți în plan social tind să manifeste simptome din sfera acțiunii. În același timp,

simptomele pacienților mai competenți în plan social tind să apară în special în domeniile verbalizării și ideatei. Scorurile de competență socială ale pacienților din categoria mixtă se situează între cele ale pacienților din categoriile acțiune și gândire. De altfel, pe lângă legătura cu scorurile ridicate de competență socială globală, tendința de a manifesta simptome ale categoriei gândire a fost găsită a fi asociată cu scoruri mai ridicate la fiecare din cele șase componente ale indicelui de competență socială premorbidă.

Alte dovezi privind stadiul de dezvoltare relativ coborât al simptomelor din categoria acțiune provin din diferite cercetări. S-a constatat, de exemplu, că apariția, în cursul copilăriei, a simptomelor orientate spre acțiune sau exteriorizate se asociază cu niveluri mai reduse de competență școlară și interpersonală (Rolf, 1972 ; Garnezy *et al.*, 1979). Pe de altă parte, Prugh *et al.* (1953) și Santostefano (1970) au constatat că simptomele de tip acțiune scădeau în frecvență o dată cu înaintarea în vîrstă a copilului.

În cazul primelor internări în secții de psihiatrie, simptomele de tip acțiune sînt semnificativ mai frecvente la pacienții mai tineri (Glick *et al.*, 1985). În fine, rezultatele a două teze de doctorat (Kruget, 1954 ; Misch, 1954) arată că pacienții ale căror simptome sînt de tip acțiune obțin la testul Rorschach scoruri ale nivelului de dezvoltare mai mici decît pacienții prezentînd simptome de tip gândire.

În 1966, Phillips *et al.* (1966) au adăugat sferelor acțiune și gândire o a treia sferă, afectul, categorie ce regroupează simptome cum ar fi apatia, depresia, euforia, sineuarea etc. În această cercetare, Phillips *et al.* clasifică simptomele inițiale a 504 pacienți psihiatrici (287 bărbați și 217 femei) avînd diagnostice diferite. Ei calculează ulterior scorurile de competență socială pentru fiecare simptom sau combinație de simptome aparținînd uneia sau alteia dintre categoriile gândire, acțiune și afect. Pe această bază, au fost construite următoarele scale : (a) scala gândire, cu trei niveluri de competență socială (superior, intermediar și scăzut); (b) scala acțiune, cu doar două niveluri de competență socială (ridicat și coborît) și (c) scala afect, care are, asemeni scalei gândire, trei niveluri de competență socială.

Într-o altă cercetare publicată doi ani mai tîrziu, Phillips *et al.* (1968) au studiat relațiile dintre clasificarea bazată pe orientarea rolului și cea bazată pe dimensiunile acțiune-gîndire-afect. Autorii citați au pus în evidență următoarele relații:

- pacienții avînd în special simptome de tip gîndire manifestă o orientare a rolului de tipul „evitarea celorlalți” și tind să nu manifeste simptome care să reflecte o „orientare împotriva propriei persoane și împotriva celorlalți” ;

- pacienții ale căror simptome aparțineau în special categoriei acțiune tind să fie clasăți ca prezentînd simptome de tip „orientare împotriva propriei persoane și a celorlalți” și să nu manifeste simptome din categoria „evitarea celorlalți”.

Aceste relații arată importante discordanțe între cele două clasificări ale simptomelor. Astfel, de exemplu, pacienții care prezintă simptome considerate ca exprimînd o competență socială scăzută (adică din sfera acțiune) tind să prezinte simptome caracteristice unui nivel de dezvoltare ridicat în clasificarea bazată pe orientarea rolurilor (în acest caz, simptomele de tip „orientare împotriva propriei persoane și a celorlalți”). Aceste discordanțe îi determină pe Zigler și Glick (1986) să facă mai multe comentarii. În primul rînd, relația dintre categoriile gândire și evitarea celorlalți ar ține de existența problemelor privind statutul din punct de vedere al dezvoltării al categoriei „evitarea celorlalți” și ar face vizibil necesară o clasificare mai rafinată a simptomelor ce aparțin acestei categorii. În al doilea rînd, faptul că simptomele din categoria acțiune se asociază simultan cu simptome din grupările „orientare împotriva propriei persoane” și „orientare împotriva celorlalți” ar permite utilizarea dimensiunilor acțiune-gîndire pentru a diferenția în mod mai precis simptomele din categoria „orientare împotriva propriei persoane”.

Deși unele afecte (de exemplu, depresia comparativ cu furia) pot fi predominante la niveluri de dezvoltare diferite, unele dovezi atestă că emoțiile majore pot fi trăite în momente diferite ale dezvoltării (Werner, 1948). Pe de altă parte, adevărata problemă nu este dacă anumite emoții sînt trăite în anumite stadii de dezvoltare, ci modul în care diferențele de nivel de dezvoltare influențează maniera de a trăi și exprima afectele. Pe baza acestor considerații, Zigler, Glick și colaboratorii lor au renunțat la utilizarea în cercetările lor ulterioare a categoriei afect.

Cercetările conduse din perspectiva dezvoltării de Zigler și colaboratorii săi demonstrează că subiecții care au atins o mai înaltă maturizare în cursul funcționării lor premorbidă continuă să manifeste, în cazul unei evoluții patologice, forme de comportament superioare din punctul de vedere al dezvoltării. Studiile realizate arată că există, prin urmare, o congruență între perioadele premorbidă și patologică din viața pacientului. Aceste concluzii sînt valabile atît pentru cercetările privind dimensiunile acțiune-gîndire. cît și pentru cele referitoare la cele trei orientări ale rolului. Este, de asemenea, important de notat faptul că, în ciuda unei oarecare suprapunerii a simptomelor aparținînd celor două sisteme de clasificare, fiecare sistem păstrează o proporție considerabilă (circa 67%) de variantă independentă (Zigler & Glick, 1986).



Dacă psihopatologia din perspectiva dezvoltării, la fel ca și psihologia dezvoltării, și-a centrat mult timp interesul asupra copilăriei și adolescenței, lucrările efectuate de Zigler din perspectiva dezvoltării arată că este importantă adoptarea acestei abordări pentru înțelegerea patologiei adulților, în special a simptomelor psihopatologice. În decursul ultimelor decenii, a devenit evident faptul că o persoană se schimbă și se dezvoltă pe tot parcursul vieții, de la naștere la moarte. În acest context, abordarea din perspectiva dezvoltării se va referi la întregul ciclu al vieții (*life-span developmental approach*), axată (în cazul temei care a făcut subiectul acestei secțiuni) pe studiul apariției, modificării o dată cu înaintarea în vîrstă și, eventual, a dispariției simptomelor în decursul vieții.

## B. ABORDAREA ALCOOLISMULUI DIN PERSPECTIVA DEZVOLTĂRII

Începuturile cercetărilor din această perspectivă în domeniul alcoolismului sînt legate de distincția, deja clasică, propusă de Knight (1937) între două forme de alcoolism: esențial și reactiv. Alcoolismul **esențial** debutează mai precoce și fără a fi legat de evenimente precipitante. Persoana respectivă este imatură, dependentă în plan emoțional și economic, nesăbuită, în căutarea plăcerii, incapabilă de a menține relații profunde sau de a urmări scopuri pe termen lung. În această formă de alcoolism se constată și prezența simptomelor gastro-intestinale, corelate cu ingestia fără discriminare a oricărei băuturi sau medicament care permite atingerea efectului farmacologic dorit, precum și o tulburare frecventă a obiceiurilor alimentare.

Alcoolismul **reactiv** debutează mai tardiv, adesea ulterior unui eveniment cu caracter precipitant. Persoanele care prezintă această formă de alcoolism au o maturitate psihosexuală mai ridicată, un nivel educațional și ocupațional mai ridicat, sînt mai raționale, mai responsabile și au obiceiuri alimentare mai regulate decît cele care suferă de alcoolism esențial<sup>10</sup>.

Sprîjinindu-se pe descrierea clinică făcută de Knight (1937), Rudie și McGaughan (1961) elaborează o scală destinată discriminării tipurilor esențial și reactiv de alcoolism. Administrarea acestui instrument constituit din opt subscale<sup>11</sup> arată, efectiv, că alcoolicii pot fi diferențiați în funcție de indicii comportamentali puși în evidență de Knight.

Prima cercetare privind alcoolismul, condusă în conformitate cu abordarea din perspectiva dezvoltării a lui Zigler, apare în 1965. Autorii acesteia

cercetări, Sugerman *et al.*, pun în legătură scorurile la scala lui Rudie și McGaughan cu indicele de competență premorbidă al lui Zigler-Phillips, descris anterior în acest capitol. Rezultatele obținute arată că alcoolicii reactivi au o competență socială mai ridicată, situîndu-se, prin urmare, la un nivel de dezvoltare mai mare decît persoanele cu alcoolism esențial.

Descrierea, în această cercetare, a alcoolicii reactiv ca fiind o persoană care prezintă anxietate și sentimente de culpabilitate, care a atins un nivel mai înalt de dezvoltare psihosexuală, care a asimilat valorile culturale și care manifestă, cu excepția consumului de alcool, o responsabilitate și o competență socială considerabilă, evocă pentru Zigler și Glick (1986) o persoană cu nivel de dezvoltare ridicat, al cărei stil de viață este caracterizat de o orientare împotriva propriei persoane. În același timp, alcoolicii **esențial** este prezentat drept o persoană dependentă emoțional și economic, incapabilă de a-și controla emoțiile și sentimentele, cu o tendință hedonistă care o conduce la căutarea directă și imediată a plăcerii, care nu prezintă nici anxietate, nici culpabilitate și nici apărare prin intelectualizare. Descrierea acestei persoane cu un nivel de dezvoltare psihosexuală foarte scăzut se aseamănă foarte mult cu a persoanei cu un nivel de dezvoltare scăzut, al cărei stil de viață este caracterizat prin sîbaritism și orientare împotriva celorlalți.

Într-o cercetare ulterioară, Levine și Zigler (1973) au examinat legăturile între scorurile la scala lui Rudie și McGaughan și la cinci componente ale indicelui de competență socială al lui Zigler-Phillips<sup>12</sup>, la trei grupuri egale (N=20) de pacienți: (a) alcoolici; (b) cu reacții depresive non-psihotice; (c) suferind de probleme fizice relativ minore, care fac necesară spitalizarea în clinica medicală sau chirurgicală. La fel ca și Sugerman *et al.* (1965), Levine și Zigler constată o legătură puternic semnificativă între competența socială și scorul total la scala de evaluare a dimensiunilor esențial-reactiv ale alcoolismului: cu cît pacientul era mai competent social, cu atît alcoolismul tîindea să fie de tip reactiv. Cercetarea lui Levine și Zigler arată însă că legătura dintre scorurile la cele două instrumente este prezentă și la pacienții nevrotici sau la cei cu tulburări fizice. Acest rezultat este interpretat de Zigler și Glick (1986) drept o dovadă că psihopatologia este mai curînd un fenomen unitar decît o colecție de entități distincte care pot fi conceptualizate fiecare în termeni de dimensiuni și parametri unici.

Cele trei grupe studiate de Levine și Zigler sînt totuși semnificativ diferite în ceea ce privește scorurile la scala lui Rudie și McGaughan. În funcție de valoarea acestor scoruri, grupurile se clasifică în ordinea următoare: grupul

pacienților alcoolici (care prezintă scorurile cele mai ridicate, mergând deci în sensul tipului esențial de alcoolism), urmat de grupul de pacienți depresivi și de grupul de pacienți medico-chirurgicali, care au obținut scorurile cele mai reduse. Cu excepția scorurilor la subscalele „dependență emoțională” și „absorbția a orice poate determina efectul farmacologic dorit”, s-au obținut diferențe intergrupuri semnificative la scorurile celorlalte șase subscale ale instrumentului elaborat de Rudie și McGaughran.

Diferențele între grupuri pot fi explicate, fără îndoială, ținând cont de itemii care compun scala lui Rudie și McGaughran. 13 din cei 55 de itemi cotați sînt legați de consumul efectiv de alcool. Această explicație nu este însă suficientă, întrucît scalele care nu conțin nici un item legat de consumul de alcool sau conțin doar unul singur contribuie și ele la diferențele intergrupuri. În aceste condiții, Zigler și Glick (1986) presupun că cel puțin o parte din diferențe ar putea fi explicate considerînd că scala lui Rudie și McGaughran evaluează o dimensiune de dezvoltare generală. Deși au indicat de competență socială cvasiegală, cele trei grupuri nu ar fi egale din punctul de vedere al acestei dimensiuni de dezvoltare subiacente. În comentariile lor, Zigler și Glick (1986) evidențiază limitele clare ale indicelui de competență socială ca mijloc de evaluare a nivelului de dezvoltare al unei persoane, în special ca urmare a faptului că el nu acordă suficientă greutate relațiilor interpersonale, aspect bine reprezentat, însă, în scala lui Rudie și McGaughran. Ținînd cont de această explicație alternativă, vom constata că, deși cele trei grupe au indicat de competență socială relativ egală, cei normali au un nivel de maturitate mai ridicat decît nevrotic-depresivii care, la rîndul lor, au un nivel de dezvoltare superior alcoolicilor<sup>13</sup>.

Într-o altă cercetare, Finney și Moos (1979) studiază relația dintre competența socială premorbidă (măsurată cu ajutorul metodologiei puse la punct de Zigler și Phillips) și o serie de cinci parametri referitori la evoluția alcoolismului: (a) consumul de alcool; (b) abstenența; (c) tulburările fizice legate de băutură; (d) resocializarea pentru alcoolism; (e) funcționarea în plan ocupațional. Cercetarea a vizat 387 de alcoolici, tratați în cinci medii diferite. Rezultatele obținute arată că, la nivel global, competența premorbidă este într-o legătură semnificativă cu evoluțiile favorabile privind fiecare dintre cei cinci parametri descriși.

Pe baza unor analize statistice sofisticate (în care au utilizat variabile ale personalității și de mediu, precum și competența socială premorbidă), Finney și Moos au reușit să izoleze patru subtipuri de alcoolici cu un nivel redus de competență și alte patru cu un nivel ridicat. Deși pacienții care prezentau o

competență ridicată au avut o evoluție mai favorabilă (pe ansamblul parametrelor descriși), Finney și Moos notează că apartenența la una dintre cele opt subgrupe izolate explică aproape 13% din varianța totală a rezultatelor.

O altă dovadă că pacienții situați la niveluri de dezvoltare mai coborîte pot prezenta forme mai severe, mai handicapante de alcoolism este oferită de Morey *et al.* (1984), care studiază 725 de alcoolici, bărbați și femei. Folosind metode statistice elaborate (analize „în ciorchine”), acești autori descriu trei subtipuri diferite de alcoolism. În timp ce subiecții de tip A prezintă practici de ingestie de alcool și consecințe ale acestora de o severitate mai redusă, subiecții de tip C manifestă problemele cele mai grave. Pacienții de tip B ocupă o poziție intermediară.

În comparație cu subiecții de tip A și B, și în acord cu nivelul de dezvoltare indicat de scorurile lor de „competență socială”, pacienții de tip C erau mai frecvent șomeri sau asistați social, divorțați sau separați. În același timp, nivelul lor de educație a fost mai scăzut, au obținut scoruri mai slabe la subtestele scalei WAIS și aveau mai puține persoane în îngrijire decît persoanele aparținînd celorlalte două tipuri de alcoolism. Dintre cele trei tipuri descrise de Morey *et al.*, pacienții alcoolici de tip A aveau statutul socio-economic cel mai ridicat, manifestau cea mai mare stabilitate socială, precum și o rată mai redusă de șomaj. Rezultă că cele trei tipuri de alcoolism ale lui Morey *et al.*, diferite în ceea ce privește severitatea comportamentului de ingerare a alcoolului, pot fi puse în legătură cu componentele indicelui de competență socială<sup>14</sup>.

Abordarea alcoolismului din perspectiva dezvoltării arată că formele clinice ale acestei afecțiuni corespund unor niveluri de dezvoltare diferite. Această concluzie este valabilă atît pentru formele clinice deja clasice propuse de Knight, cît și pentru formele clinice mai recente, cum ar fi cele propuse de Morey *et al.* (1984). Pe această bază, rezultatele cercetărilor ulterioare vor permite, probabil, o mai bună anticipare a evoluției clinice și a rezultatelor intervențiilor.

## REZUMAT

Pîntre contribuțiile care au condus la constituirea abordării din perspectiva dezvoltării a psihopatologiei, lucrările lui Edward Zigler și ale colaboratorilor săi ocupă un loc important. Cercetările acestora sînt influențate de conceptualizarea „organizată” a dezvoltării propuse de Werner. Școala lui Zigler consideră dezvoltarea patologică drept o lipsă de integrare a competențelor sociale, emoționale și cognitive, importante pentru adaptarea la un anumit nivel de dezvoltare.

Printre celelalte contribuții la constituirea unei abordări a psihopatologiei din perspectiva teoriei dezvoltării, două sînt mai importante. Prima, cea a lui Achenbach, constituie - spre deosebire de Zigler, care s-a interesat de psihopatologia adultă - o abordare din perspectiva dezvoltării a psihopatologiei copilului și adolescentului. A doua contribuție a rezultat din studiul sistematic al derulării vieții diferitelor persoane cu scopul de a decela indici privind originile și dezvoltarea tulburărilor mintale.

Abordarea din perspectiva dezvoltării este ilustrată mai întîi prin cercetările privind clasificarea simptomelor, cercetări care au condus la descrierea a două moduri alternative de grupare a simptomelor: unul legat de orientarea rolului asumat de pacient, iar celălalt legat de dimensiunile acțiune-gîndire. Aceste cercetări arată că există o congruență între perioada premorbidă și cea patologică a vieții unui pacient.

A doua temă abordată în acest capitol, analiza din perspectiva dezvoltării a alcoolismului, permite constatarea că subtipurile clinice ale acestei entități corespund unor niveluri de dezvoltare diferite.

## NOTE

1. În acest context, vîrsta cronologică nu este considerată drept o variabilă psihologică și nu constituie un aspect major al analizei dezvoltării (Werner, 1957; Zigler, 1963, 1969; Kaplan, 1967; Wohlwill, 1970).
2. Alte două concepte sînt foarte importante, după părerea noastră: cel al regresiei și cel al disparității dintre Eu și Eul ideal. Spre deosebire de o definire a regresiei ca o pierdere a unor moduri superioare de funcționare psihologică, școala lui Zigler concepe regresia drept o slăbire a legăturilor structurale care asigură subordonarea și controlul nivelurilor de dezvoltare inferioare de către nivelurile superioare. Acest punct de vedere este sprijinit de evidențierea, la pacienții cu tulburări severe, a modurilor de funcționare psihologică specifice unor niveluri de dezvoltare superioare. Într-adevăr, pacienții cu tulburări psihologice importante nu funcționează uniform la niveluri de dezvoltare mai coborîte decît pacienții mai puțin afectați, sau chiar decît subiecții indemni (Blatt *et al.*, 1976; Russell & Beekhuis, 1976; Zigler *et al.*, 1979). Importanța imaginii de sine ca determinant al comportamentului a fost recunoscută de multă vreme (James, 1890; Mead, 1934; Allport, 1937; Maslow, 1954). În cadrul rogersian (Rogers, 1951; Rogers & Dymond, 1954), congruența între Eu și Eul ideal ar indica o imagine de sine mai pozitivă și ar fi legată de adaptarea personală și socială. Din perspectiva lui Zigler, disparitatea dintre Eu și Eul ideal ar fi un element concomitent cu dezvoltarea normală și ar fi semnificativ corelată cu nivelul competenței premorbide, dar nu ar avea vreo legătură cu statutul adaptativ (Achenbach & Zigler, 1963).
3. O descriere detaliată a acestor probleme poate fi găsită în lucrările de psihopatologie a bebelușului și a copilului mic (Mazet & Stoleru, 1988; Levovici & Weil-Halpern, 1989), de psihopatologie a copilului (Ajuriaguerra & Marcelii, 1982) sau de psihopatologie a adolescentului (Marcelii & Braconnier, 1984).
4. Una dintre cele mai bune lucrări consacrate teoriilor dezvoltării este cea a lui Patricia Miller (1989). Pentru ea, o teorie a dezvoltării se concentrează pe schimbarea în timp și

trebuie să atingă trei obiective: (a) să descrie schimbările dintr-una sau mai multe arii ale comportamentului; (b) descrierea schimbărilor în relațiile dintre mai multe arii ale comportamentului; (c) explicarea direcției descrise a dezvoltării. În lucrarea sa, Miller abordează șase teorii: (1) teoria stadiilor cognitive a lui Piaget; (2) teoriile psihanalitice ale lui Freud și Erikson; (3) teoria învățării sociale; (4) teoria tratamentului informației; (5) teoria etologică; (6) teoria dezvoltării perceptive a lui Gibson.

5. Unii autori se preocupă de studii, pe etape de vîrstă, a tulburărilor psihopatologice. Acest tip de abordare permite în special compararea prevalenței diverselor tulburări în funcție de vîrstă. Prima culegere de studii de cazuri de psihologie și psihopatologie din perspectiva dezvoltării (Meyer, 1989) se înscrie în abordarea ciclului vieții (*life-span*) și conține cazuri de tulburări ce apar în cursul a șapte vîrste diferite.
6. Utilizarea, în acest context, a termenului siberitism poate suscita oarecare surpriză, într-adevăr, siberitismul desemnează un mod de viață caracterizat prin satisfacerea egoistă a apetitelor, de căutarea plăcerii într-o atmosferă de lux, de lene și rafinament. Exemple de simptome citate în acest capitol - amenințări cu violența, furt calificat, ingestie de băuturi, comportament nesăbuit - ar avea în comun faptul de a procura, în mod egoist, plăcerea, prin „orientare împotriva celorlalți”.
7. În cursul cercetărilor ulterioare, unele dintre simptomele studiate în cercetarea inițială a lui Phillips și Rabinovitch au fost eliminate pentru că apăreau prea rar pentru a permite o analiză statistică.
8. Datele prezentate de Zigler și Glick (1986) arată că simptomele clasificate atît în funcție de dimensiunile acțiune-gîndire, cît și de orientarea rolului nu sînt distribuite în manieră aleatorie. Într-o populație de 448 de subiecți prezintă tulburări afective, nevrotice și de personalitate, 45% dintre ei prezentau o „configurație pură”; acești pacienți manifestau fie doar simptome de tip gîndire, fie doar pe cele de tip acțiune. Atunci cînd, la aceeași populație, a fost utilizat criteriul de clasificare în funcție de orientarea rolului, s-a constatat că 63% dintre pacienți prezentau „configurații pure”, adică aparțineau unei singure categorii de orientare a rolului. Pentru cele două categorii de simptome - acțiune-gîndire sau orientare a rolului - proporțiile „configurațiilor pure” depășeau în mod semnificativ valorile previzibile pe baza calculului probabilităților.
9. Forma finală a fiecărei scale conținea doar simptomele și combinațiile de simptome (a) care apăreau într-un număr suficient de cazuri pentru a face posibile calculele statistice și (b) pe care testele *t* le indicau a exprima aspecte semnificativ diferite pe axa competenței sociale.
10. Deși Knight a considerat că persoanele care prezintă un alcoolism reactiv sînt mai mature decît cele cu alcoolism esențial, el consideră - într-o perspectivă psihanalitică - că toți alcoolicii adulți sînt pasivi, dependenți și imaturi din punct de vedere emoțional.
11. Scala Rudie și McGaughan cuprinde 69 de itemi și este constituită din opt subscale ce evaluează următoarele aspecte: (1) dependența economică; (2) dependența emoțională; (3) implicarea persistentă în sarcini decurgînd din realitatea înconjurătoare; (4) vîrsta pacientului la începutul ingestiei de băuturi alcoolice și cauzele posibile ale acestei ingestii; (5) relațiile cu prietenii; (6) trăsăturile de caracter; (7) prezența simptomelor gastrointestinale și a gratificărilor orale multiforme; (8) absorbția oricărei substanțe care poate produce efectul farmacologic dorit.
12. Spre deosebire de Sugeran *et al.* (1965), Levine & Zigler (1973) nu au ținut cont de componenta vîrstă. Pe baza altor cinci componente reținute, Levine și Zigler creează

- două subgrupuri: (a) cel care reunește subiecții cu o competență socială ridicată (cei care au obținut scoruri maxime la cel puțin trei componente ale indicelui de competență socială); (b) subgrupul care reunește subiecții cu o competență redusă.
13. Un astfel de punct de vedere poate fi corelat cu observația că indiferent de diagnostic, pacienții psihiatrici spitalizați obțin scoruri de „competență socială” mai reduse decât cele ale populației generale (Zigler & Phillips, 1961).
14. Comparațiile intergrupuri privind alte variabile dezvăluie mai multe diferențe: (a) pacienții de tip C sînt mai agresivi; (b) la nivelul cvasitotalității variabilelor psihopatologice studiate, subiecții de tip C sînt cei mai perturbați; (c) pacienții de tip A sînt cei mai puțin impulsivi și prezintă un loc al controlului mai intern.

## CAPITOLUL 6

### Psihopatologie ecosistemică

La început, clinicienii, cercetători și practicieni, au privilegiat două orientări pe care Ekehammar (1974) le numește **personalism și situaționism**. Dacă în primul caz clinicianul se concentrează asupra persoanei și factorilor individuali, în al doilea, interesul său este îndreptat către mediu și factorii situaționali. O sinteză dialectică a acestor două poziții contradictorii a condus la apariția **interacționismului** (Kantor, 1924; Lewin, 1935) care, admitînd rolul, contribuțiile persoanei și situației, ține cont de un al treilea factor important: interacțiunea sau relația dintre persoană și situație. Aceasta înseamnă și trecerea de la explicații cauzale liniare, unidirecționale, de tip „cauză-efect” la un model de explicații cauzale multiple, bidirecționale.

După Jasnosi (1984), două progrese epistemologice au permis evoluția interacționismului spre o **abordare ecosistemică**: teoria generală a sistemelor (von Bertalanffy, 1968; Laszlo, 1972) și ecologia umană (Theodorson, 1961). Teoria generală a sistemelor stabilește, pornind de la examinarea funcționării și structurii unui grup de componente în interacțiune, că totalitatea grupului, acționînd împreună, este mai importantă decât suma părților inepedente. Teoria precizează că sistemele pot fi închise (atunci cînd interacțiunile au loc doar în interiorul sistemului) sau deschise (atunci cînd pot fi influențate de factori exteriori).

Ecologia generală utilizează teoria sistemelor pentru a înțelege relația dintre organismele vii și mediul lor. Mai specific, ecologia umană se ocupă de ecosistemul uman, care este unitatea de bază a analizei (Evans, 1956) și care funcționează ca un sistem deschis. Pentru a menține stabilitatea, ecosistemul uman se schimbă în permanență. Înțelegerea acestui paradox aparent necesită utilizarea unui model cu niveluri multiple (O'Connor & Daniels, 1979). Într-o perspectivă ecosistemică, diagnostică și terapeutică, Stachowiak și Briggs (1984) propun utilizarea următoarelor șase niveluri<sup>2</sup>:

- nivelul fiziologic, ce asigură integritatea fizică a organismului și care implică interacțiunea subsistemelor pulmonar, circulator, digestiv etc.;

- nivelul psihologic individual, constituit dintr-un ansamblu de funcții și procese (percepții, reprezentări, cogniții, sentimente, motivații) a căror interacțiune ar servi drept mediator al comportamentului<sup>3</sup>;

- nivelul sistemului individ-mediu fizic, nivel care asigură sănătatea fizică grație interacțiunilor între subsistemele fiziologice ale organismului și condițiile de mediu fizic ;

- nivelul diadic, nivel care se referă la interacțiunile între membrii unui cuplu și unde comportamentul fiecăruia este influențat, mutual și circular, de către cel al partenerului;

- nivelul familial, unde influența comportamentală reciprocă se extinde la trei sau mai mulți indivizi și unde unitatea familială încearcă să-și echilibreze nevoia de organizare internă și de stabilitate cu cerințele adaptative externe<sup>4</sup>;

- nivelul familiei lărgite și al rețelei sociale a fiecărui membru al acesteia<sup>5</sup> constituie un sistem social lărgit, ale cărui funcții vor fi evocate mai târziu, în acest capitol.

Deși descrise separat, cele șase niveluri prezintă multiple interacțiuni. Fiecare dintre ele corespunde unui sistem delimitat printr-o frontieră care separă interacțiunile funcționale ale ansamblului componentelor sale de cele ale nivelului următor, superior, de organizare. Fiecare sistem este diferit din punct de vedere calitativ, atît în ceea ce privește componentele sale, cît și normele care guvernează interacțiunile prezente.

Abordarea ecosistemică are largi implicații în psihopatologie. Acestea se referă, de exemplu, la înțelegerea apariției și menținerii tulburărilor psihopatologice, precum și evaluarea și diagnosticul. Abordarea ecosistemică implică și o interpretare diferită a noțiunilor de sănătate mintală și de patologie, precum și a noțiunii de simptom.

Dintr-o perspectivă ecologică, persoana sănătoasă manifestă un ansamblu de comportamente și emoții care se pot schimba în moduri diferite. Cineva poate trece de exemplu de la disperare la speranță, la ură, la dragoste și așa mai departe. O ecologie a emoțiilor care alătură în timp emoții diferite ar caracteriza o viață emoțională echilibrată. O altă manieră de a atinge o organizare sistemică este de a escalada o emoție sau un comportament specific. Escaladarea unei descurajări inițiale, poate conduce, de exemplu, la o meta-descurajare sau la așa-numita „depresie cronică”. Astfel, o escaladare emoțională menține organizarea sistemului psihologic al persoanei. Pot exista și oscilații între diferite tipuri de escaladă emoțională, cum ar fi, de exemplu, cazul psihozei maniaco-depresive. Această viziune a lucrurilor

sugerează că patologia sau simptomatologia reprezintă o escaladare a identității sau a identității (*escalating sameness*), o simplă modificare a intensității unei emoții specifice sau caracterul extrem al unui comportament.

Acest punct de vedere privind simptomatologia implică și considerarea drept patologici, după cum sugerează Keith (1980), a membrilor familiei unui depresiv, care nu sînt ei înșiși depresivi. În acord cu Whitaker, Keith susține faptul că „a zîmbi întotdeauna”, „a fi întotdeauna rațional”, „a te comporta bine întotdeauna” (categorii descrise de Whitaker și numită „cavalerul alb”) constituie, în acest context, manifestări psihopatologice<sup>6</sup>. Faptul că fiecare membru al unei astfel de familii poate prezenta diferite forme de escaladare comportamentală sugerează că familia întreagă echilibrează escaladările fiecărui membru. În acest mod, scrie Keeney (1984), simptomele unei persoane pot fi considerate drept o metaforă a relațiilor sale interpersonale. Într-o viziune mai largă, simptomele sînt indicatorii unei ecologii a relațiilor.

Originalitatea abordării ecosistemice poate fi demonstrată prin numeroase exemple. Într-un capitol consacrat copiilor considerați „perturbatori” din cauza tulburărilor lor de comportament. Susan Swap (1984) formulează o serie de postulate privind această problematică specifică. Ea afirmă că „nu copilul este perturbat”. Referindu-se la familii, Swap adaugă două postulate, după care, pe de o parte „familia nu trebuie blamată”, iar pe de altă parte, „copiii, familia și factorii comunitari interacționează pentru a produce tulburarea”.

La sfîrșitul acestei părți introductive, ni se pare important de precizat faptul că organizarea sistemică ce menține simptomul nu include în mod necesar întreaga familie și nu se limitează la acest grup social. La fel, trebuie notat că punctul de vedere ecologic nu semnifică înlocuirea unei patologii individuale cu o patologie familială<sup>7</sup>. Acest punct de vedere identifică mai curînd maniera prin care indivizii și familiile își mențin organizarea sistemică prin *pattern-uri* redundante de schimbare.

În capitolul de față ne vom ocupa de două teme pentru a ilustra spiritul abordării ecosistemice. Prima este modelul interacționist al psihopatologiei propus de Anthony Mawella, profesor la departamentul de psihologie al Universității din Hawaii, fost director al programului de cercetări asupra schizofreniei al Organizației Mondiale a Sănătății și al Institutului național de sănătate mintală din Statele Unite. Al doilea aspect, rețelele sociale, este deosebit de important datorită rolului de tampon al sprijinului oferit, în situație de stres, de astfel de rețele, precum și de importanța acestora pentru integrarea pacienților psihiatrici.

Unele elemente ale abordării ecosistemice au devenit cunoscute datorită progresului și popularității dobândite de metodele de terapie familială. Studiind aceste metode, Beels și Ferber (1969) le clasifică în două categorii, în funcție de rolul pe care și-l asumă terapeutul. Prima categorie este cea a „directivilor” (*conductors*), care intervin în mod activ și dirijează convorbirile terapeutice. Principalii reprezentanți ai acestei maniere de a proceda sînt Nathan Ackerman, Virginia Satir, Murray Bowen, Salvador Minuchin, Roland Charp, Robert McGregor și Norma Paul. A doua categorie este cea a „reactivilor” (*reactors*), care permit o activitate mai liberă, mai puțin controlată. Această categorie se împarte în două: (a) „analisti”, cum ar fi de pildă Carl Whitaker, Lyman Wynne, Alfred Friedman sau Yan Boszormenyi-Nagy, care se comportă asemănător psihanalizatorilor tradiționali și (b) „purității”, reprezentați de Don Jackson, Jay Haley și Gerald Zuk, care respectă riguros teoria sistemelor și se preocupă de normele familiale și de procesele de comunicare.

După Foley (1976), dezvoltarea terapiilor familiale are mai multe fundamente teoretice, printre care un loc important este ocupat de teoria dublei legături și teoria comunicării.

**Teoria dublei legături** constituie concluzia unui proiect de cercetare desfășurat la departamentul de sociologie și antropologie al Universității din Stanford (Palo Alto, California). Dirijat de antropologul Gregory Bateson și consacrat studiului comunicării în familiile schizofrenilor, acest proiect a condus la o lucrare intitulată *Toward a theory of schizophrenia* (1956), care descrie „ingrediente” unei duble legături. Studiul respectiv arată că: (1) protagonistul care aplică dubla legătură emite două categorii de mesaje contradictorii; (2) pentru persoana desemnată drept „victimă”, relația respectivă este esențială și aceasta face vitală înțelegerea corectă a mesajului; (3) „victimă” este în imposibilitate de a meta-comunica, de a comenta sau de a cere lămuriri privind mesajul primit.

În lucrarea *Une logique de la communication*, Watzlawick *et al.* (1972) propun o serie de cinci axiome care au implicații fundamentale în relațiile interpersonale: (1) orice comportament reprezintă o comunicare; (2) orice comunicare cuprinde o implicare și servește la definirea unei relații; (3) natura unei relații depinde de punctarea secvențelor de comunicare între parteneri (punctarea se referă la modul în care fiecare partener vede „faptele”); (4) oamenii utilizează o comunicare verbală (digitală) - care posedă o sintaxă logică foarte comodă pentru transmiterea conceptelor - și o comunicare non-verbală (analogică), ce posedă un ansamblu de semne definind în manieră neechivocă natura relației; (5) toate schimburile în cadrul unei comunicări se fac într-o manieră simetrică sau complementară, după cum se bazează pe egalitatea sau pe diferența între parteneri.

## A. UN MODEL INTERACȚIONIST AL PSIHOPATOLOGIEI

Începînd cu 1967, Marsella începe o serie de studii privind un model interacționist care ar putea fi aplicat la diferite tipuri de tulburări mintale, încă de la primele cercetări privind subiecții filipinezi locuind în mediul urban (Marsella *et al.*, 1969, 1972, 1975) și pînă la publicațiile sale cele mai recente, în special cele în care sînt prezentate modificările aduse modelului inițial (Marsella & Snyder, 1981), putem observa un sistem conceptual conform căruia diferitele tipuri de psihopatologie sînt o funcție a interacțiunii stresului cu resursele de care dispune persoana pentru a face față stresului. Adaptări ale acestui model au fost propuse de Cobb (1976), Dean și Lin (1977), Zubin și Spring (1977), Andrews *et al.* (1978), Johnson și Sarason (1979). După cum notează Marsella (1984), componente ale modelului sînt prezente în *DSM III*.

Modelul interacționist al lui Marsella are patru componente de bază:

**1. Componenta „persoană”,** reprezentată de **dimensiunea „a face față”,** care include toate aspectele (biologice, psihologice sau sociologice) ale funcționării umane, care sînt mediatorii factorilor stresanți. Diferențele individuale privind această dimensiune „a face față” explică consecințele foarte diverse ale unui același factor stresant.

- La nivel **biologic**, starea de sănătate a organismului este foarte importantă, iar oboseala excesivă, malnutriția sau insuficiențele diverselor organe pot fi sursa a numeroase probleme, în special în fața factorilor stresanți severi. Energia și rezistența necesare pentru a face față agenților stresanți sînt grav afectate și limitate atunci cînd există probleme fiziologice. Este clar că această capacitate biologică de a face față este o parte importantă a ceea ce se întîmplă atunci cînd trebuie înfrunțați factori de stres.

- La un nivel **psihologic**, este important de înțeles rolul medierii cognitive a stresului. Marsella *et al.* (1972) au arătat că indivizii tind să utilizeze patru tipuri diferite de așa-numite „filosofii de viață pentru a face față stresului”: religia, comportamentul orientat spre sine, proiecția și un fatalism optimist<sup>10</sup>. Capacitatea subiecților de a explica agenții stresanți pe care îi înfîlînesc constituie o parte critică a răspunsului lor la acești **agenți**. Procesele percepțive îi fac pe indivizi capabili să „dezamorzeze” **factorii de stres potențial dăunători**, permițînd ca aceștia să fie considerați într-un mod care să facă

posibilă, prin procese conștiente sau inconștiente, reducerea severității factorilor respectivi, precum și a implicațiilor negative ale acestora. Toate acestea indică faptul că mediarea psihologică a factorilor de stres permite înfruntarea lor cu succes.

- Sprijinul pentru a înfrunta factorii de stres existenți există și la nivelul social al funcționării persoanei. Acest aspect poate fi discutat în termeni de familie, prieteni, rețele sau sisteme de sprijin de tipul bunăvoinței sociale (Gottlieb, 1981). Rezultatele cercetărilor au indicat, de asemenea, că sistemele de sprijin social sînt determinanți importanți ai evoluției și rezultatelor tulburărilor psihiatrice severe, cum ar fi schizofrenia, depresia și tulburările nevrotice (Beels, 1981 ; Hammer, 1981 , Henderson *et al.*, 1981 • Marsella & Snyder, 1981).

2. Componenta de mediu reprezentată de factorii de stres. Marsella (1984) definește drept factor de stres „orice eveniment, obiect sau proces care suscită o stare de schimbare într-un sistem organismic”. După Marsella, pot fi investigate trei dimensiuni ale agenților stresanți (categoria, conținutul și descriptorii):

- Categoria se referă la domeniul specific de unde provine factorul de stres : locuință, loc de muncă, sănătate, viață de cuplu, educarea unui copil, timp liber, nutriție, relații interpersonale etc. Este evident că dacă una sau alta dintre categorii constituie sursa majoră a factorilor de stres, alte categorii pot fi de asemenea implicate.

- Conținutul se referă la tipul specific de factor de stres care intervine pornind de la una dintre categoriile menționate. Poate fi vorba, de exemplu, de pierderea soției, a locului de muncă sau averii, de dezacordul între aspirații și realizări referitoare la locul de muncă, locuință, viața de cuplu etc." Conținutul este centrat în primul rînd pe calitatea caracteristicilor „solicității” factorului de stres. În acest context, conținutul poate fi considerat ca fiind în legătură cu anumite *pattern-uri* de răspunsuri.

- Descriptorii se referă la diferenții parametri măsurabili ai factorilor de stres. Printre aceștia, cei mai importanți sînt: frecvența, intensitatea, durata, forma sau configurația (sporadică, continuă, ascendentă, descendentă, liniară] curbilinie etc), complexitatea (aditivă, multiplicativă), faptul de a fi discriminabil sau identificabil, faptul de a putea fi controlat (prin răspunsuri personale sau sociale), familiaritatea, predictibilitatea, conflictul pe care îl poate genera faptul că factorul de stres poate avea valențe pozitive și negative.

**3. Componenta interactivă, reprezentată de dimensiunea stare de stres.** Această stare este produsă de interacțiunea factorilor de stres cu resursele

\*, organismului. Stările de stres sînt trăite la niveluri de funcționare biologice, psihologice și sociologice. Două dimensiuni ale stărilor de stres sînt deosebite •<sup>1</sup> de importante în modelul propus de Marsella : conținutul și parametrii (sau • j descriptorii) stării de stres<sup>12</sup>. Parametrii considerați sînt în număr de trei: \* încărcarea sistemului, tip de experiență și nivel de activare.

În funcție de caracteristicile acestor parametri, examenul conținutului stării 1 de stres permite descrierea diferitelor configurații care pot fi puse în relație j cu *pattern-uri* psihopatologice. De exemplu, o stare de stres care implică o > puternică încărcare a sistemului, o experiență negativă și un nivel ridicat de j activare poate condiționa un profil psihopatologic confuz, delirant și agitat. • I în schimb, o stare de stres al cărei conținut este caracterizat de o subîncăr-jcare a sistemului, o experiență negativă și o slabă activare poate condiționa un jprofil psihopatologic „tern”, caracterizat prin retragere, apatie, halucinații.

j 4. Componenta „psihopatologie”. Hans Selye, cercetător a cărui contri-f buție la studiul stresului este capitală, a descris „sindromul general de l adaptare”, considerat ca un răspuns uman universal și invariabil, oricare ar f fi stresorul care îl generează.

Pomind de la studii făcute asupra stresului biologic la șobolani, Selye descrie, în 1936, sindromul general de adaptare, sau S.G.A., care cuprinde trei faze (Selye, 1936, 1962, 1978).

În faza de alarmă au loc modificări biologice caracteristice, consecutive unei prime expuneri la factorul de stres.

În cursul fazei de rezistență, organismul se luptă împotriva factorului de stres. Mecanismele de apărare sînt solitate la maxim, iar organismul apelează la rezervele sale.

Faza de epuizare apare atunci cînd organismul este expus în mod prelungit la factorul de stres respectiv. Organismul nu mai dispune de resurse energetice pentru a face față situației în care se găsește. Semnele de reacție de alarmă, care apar din nou, devin ireversibile, iar aceasta antrenează moartea.

• Descrierea unui răspuns universal nu permite însă înțelegerea apariției i unor tulburări specifice. Pentru aceasta, au fost propuse cîteva teorii noi, l care insistă pe anumite aspecte specifice cum ar fi o slăbiciune genetică, vulnerabilități dobîndite, configurații asimilate de răspunsuri organice emoționale sau determinații legați de tipul de personalitate. Acestor teorii, Marsella le adaugă o a cincea, care sugerează că tipul specific de tulburare dezvoltat de o persoană depinde de interacțiunile dintre individ și situația în care acesta se află. Așa cum am văzut deja, organismul poate fi imaginat ca un sistem de răspunsuri adecvate pentru a face față stresului, care funcțio-

nează la nivel biologic, psihologic și sociologic. Situația poate fi reprezentată drept o sursă de factori de stres. Interacțiunea organismului cu situația are drept rezultat o stare de stres care condiționează configurații specifice ale comportamentelor ce pot fi adesea inadaptative. Evident, toate acestea presupun că stresul constituie fundamentul psihopatologiei, în timp ce determinanții specifici sînt conținuți în *pattern-urile* de interacțiune ale factorilor de stres cu resursele organismului și cu starea de stres. Astfel, *pattern-urile* psihopatologice pe care persoana le dezvoltă sînt determinate atît de variabilele legate de organism, cît și de variabilele situaționale. Psihopatologia poate să fie, deci, considerată drept „adaptativă”, întrucît ea reprezintă *pattern-urile* de răspuns la stări psihologice și fiziologice de stres.

Marsella (1984) propune un sistem de clasificare care s-ar putea dovedi util, după el, pentru punerea în relație a comportamentelor inadaptate cu primele trei componente ale modelului său : resursele persoanei, factorii de stres și stările de stres. În acest context, Marsella consideră că ar fi importantă descrierea comportamentelor psihopatologice în funcție de două dimensiuni : (a) diferențele sisteme funcționale (somatic, senzorial, perceptiv, motor, afectiv, cognitiv, interpersonal, al Eului) în care pot apărea, ca răspunsuri, comportamentele patologice ; (b) atributele cantitative (frecvență, durată sau latență) și calitative (adecvare situațională, de exemplu) ale răspunsurilor emise de sistemele enumerate. Această modalitate de a proceda ar permite clinicienilor și cercetătorilor să descrie într-o manieră foarte detaliată „simptomele” și să le înțeleagă mai bine caracteristicile.

Marsella este conștient de faptul că modelul propus de el nu este terminat. El nu precizează, de fapt, decît unele dintre variabilele care ar trebui luate în considerație în conceptualizarea psihopatologiei. Pe viitor, va fi necesară dezvoltarea unor indici cuantificabili pentru aceste variabile și precizarea sau formularea de ipoteze privind relațiile lor. Aceasta ar permite testarea în manieră empirică a modelului propus.

## B. PSIHPATOLOGIE ȘI REȚELE SOCIALE

Rețeaua psihosocială constituie o matrice socială fundamentală care poate determina sănătatea sau patologia. Acest fapt decurge din numeroasele funcții ale rețelei sociale: funcții instrumentale (de asistență), funcții afective și normative, faptul de a oferi modele de roluri și de a genera, la membrii rețelei, sentimentele de apartenență la grup și de responsabilitate în raport cu ceilalți membri.

Interesul actual al psihopatologilor pentru rețelele sociale este legat de rezultatele diverselor cercetări (Myers *et al.*, 1972, 1975; Brown *et al.*, 1975; Mechanic & Greenley, 1976; Miller și Ingham, 1976; Miller *et al.*, 1976; Eaton, 1978) care au ajuns la concluziile rezumate astfel de Pattison și Hurd (1984): structurile de mediu și sociale care înconjură o persoană (1) influențează sau exercită un rol de mediator privind evenimentele pe care aceasta le trăiește ; (2) afectează severitatea simptomelor fizice și psihologice ale acestei persoane și (3) au caracteristici structurale și interactive diferite în cazul persoanelor deprimare, comparativ cu persoanele ce nu sînt deprimare. Aceste rezultate explică proliferarea cercetărilor privind rețelele sociale, dintre care cele efectuate de Pattison prezintă un interes deosebit pentru psihopatologia ecosistemică.

Pentru a studia rețeaua psihosocială a unei persoane, Pattison (1973, 1976, 1977) a creat o metodologie ce permite evaluarea structurii și funcționării acestei rețele. Instrumentul folosit, „Pattison Psychosocial Inventory” permite culegerea următoarelor trei categorii de informații:

- lista tuturor persoanelor importante pentru subiect în momentul evaluării, pe care acesta „le iubește sau nu”, persoane care pot fi clasificate în funcție de apartenența lor (familie, rude, prieteni și vecini, colegi de serviciu);
- legăturile, conexiunile care există între membrii rețelei în afara relațiilor lor cu subiectul studiat;
- natura și calitatea interacțiunilor între subiect și fiecare dintre persoanele ce fac parte din rețea, ținînd seama de mai multe variabile (contact, intensitate emoțională, tip de sentimente, funcție instrumentală, reciprocitate).

Cu această metodologie, Pattison a studiat un eșantion național de persoane normale, precum și persoane prezentînd diferite tipuri de psihopatologie, descoperind trei tipuri principale de rețele sociale.

**Rețeaua persoanei normale** cuprinde între 25 și 30 de persoane, cu 5-6 persoane în fiecare dintre cele patru subgrupe menționate: familie, rude, prieteni-vecini, colegi. În această rețea, subiectul are frecvente contacte cu majoritatea membrilor rețelei, iar investiția sa emoțională este pozitivă și intensă. Membrii rețelei își oferă unii altora asistență instrumentală, iar relațiile lor sînt simetric reciproce. Rețeaua îl ajută pe subiect să reducă stresul și anxietatea pe care o trăiește.

**Rețeaua de tip nevrotic**, diferită de precedentă, este înfrîntă la persoanele ce prezintă tulburări nevrotice, la alcoolici, la heroinomani și la alte



persoane non-psihotice care manifestă un comportament inadaptat de lungă durată. Acest tip de rețea nu conține decât circa 15 persoane, dintre care unele sînt văzute destul de rar sau deloc. Această diminuare privește rudele, prietenii și colegii de lucru. Subiectul contează mai mult pe legăturile (involute) cu membrii familiei nucleare. Evaluările variabilelor interacționale pun în evidență niveluri cu mult mai reduse decât în cazul persoanelor normale. Există destul de frecvent interacțiuni emoționale negative și slabe. Conexiunile între persoanele ce fac parte din rețea reprezintă doar 50% din cele ale rețelei normale : fiecare persoană nu se află în relație decât cu alte trei persoane. Nevroticul interacționează deci cu un ansamblu limitat de indivizi, ei înșiși conectați într-o manieră destul de împrăștiată, primind un *feedback* corectiv redus din partea rețelei. Rețeaua socială a persoanelor ce prezintă comportamente nevrotice induce stresul și menține sau sporește stresul subiectului.

Rețeaua de tip psihotic, comună la persoanele care prezintă o schizofrenie acută sau cronică și la cele cu tulburări afective majore, are o configurație diferită de a rețelei persoanei normale. Ea este constituită din 10-12 persoane, aproape toate în interacțiune unele cu celelalte. Relațiile interpersonale sînt negative sau ambivalente și puternic asimetrice. Subiectul este „prins”, „capturat” în rețeaua sa și tiranizat de un sistem închis, coluzoriu, ce prezintă slabe legături cu sisteme mai largi. Rețeaua socială nu poate rezolva nivelurile ridicate de stres, care sînt cu ușurință transformate în anxietate și conduc la apariția simptomelor. Sistemul generează mesaje emoționale conflictuale și contradictorii, iar comportamentul instrumental înlînit poate duce la confuzii între membrii sistemului. Rețeaua psihotică generează și mărește stresul și anxietatea.

Diferențierea celor trei tipuri de rețele sociale descrise în paragrafele anterioare are evidente implicații practice, în special în dezvoltarea strategiilor de intervenție asupra rețelelor sociale. Dincolo de acest interes practic, apare o problemă mai teoretică : comportamentele psihopatologice ale subiecților sînt generate de rețele sociale disfuncționale sau, invers, subiecții patologici își creează propriile lor rețele disfuncționale ? La această întrebare, Pattison și Hurd (1984) răspund că cei doi termeni (subiectul și rețeaua) interacționează reciproc, după cum arată abordarea ecosistemică : rețeaua întreține și dezvoltă patologia subiectului, iar patologia subiectului întreține și dezvoltă disfuncționalitatea rețelei sociale.

## REZUMAT

Interacționismul - sinteză dialectică între personalism și situaționism - a evoluat spre abordarea ecosistemică datorită a două progrese epistemologice : teoria generală a sistemelor și ecologia umană.

Ecosistemul uman, unitate de bază în câmpul ecologiei umane, se schimbă permanent, pentru a-și menține stabilitatea. Înțelegerea acestui paradox aparent necesită utilizarea unui model cu niveluri multiple, cum ar fi, de exemplu, cel cu șase niveluri propus de Stachowiak și Briggs, pentru o utilizare diagnostică și terapeutică.

Abordarea ecosistemică are importante implicații în psihologie. Ea propune o interpretare diferită a noțiunilor de sănătate mintală și patologie, precum și a noțiunii de simptom. În acest cadru, simptomele unei persoane pot fi considerate drept o metaforă a relațiilor interpersonale.

Spiritul abordării ecosistemice este ilustrat într-o secțiune a acestui capitol, prin modelul interacționist al psihopatologiei propus de Marsella. Acest model are patru componente de bază: (1) persoana care, cu resursele de care dispune (biologice, psihologice sau sociologice), încearcă să înfrunte stresul; (2) mediul de unde provin factorii de stres; (3) interacțiunea factorilor de stres cu resursele organismului, care conduce la starea de stres; (4) psihopatologia, concepută drept „adaptativă”, întrucât ea este constituită din configurații de răspunsuri psihologice și fiziologice la stres.

Rețelele sociale constituie a doua temă utilizată pentru a ilustra abordarea ecosistemică. Cu ajutorul unei metodologii special concepute, Pattison diferențiază trei tipuri de rețele sociale - cea a persoanei normale și cea de tip nevrotic și psihotic - tipuri de rețele care au implicații practice în dezvoltarea strategiilor de intervenție asupra rețelelor sociale.

## NOTE

1. O traducere franceză a lucrării lui Ludwig von Bertalanffy a apărut la Dunod, în 1973.
2. Pentru a descrie ecosistemul uman, au fost propuse și alte scheme, de notat fiind cele ale lui Barker (Barker, 1968 ; Barker & Gump, 1964), O'Connor (O'Connor & Ramchandani, 1970; O'Connor, 1977; O'Connor *et al.*, 1979) și Bronfenbrenner (1977; 1979). Bronfenbrenner (1979), de exemplu, identifică următoarele patru componente: (1) microsistemul, care include relațiile interpersonale, activitățile molare dirijate către un scop, rolurile definite de sistem și așteptările legate de rolul unei persoane care trăiește într-un cadru dat, cum ar fi școala sau familia; (2) mezosistemul, care cuprinde interrelațiile dintre două sau mai multe microsisteme, microsisteme la care participă persoana (relațiile între școală și familie sau între familie și locul de muncă etc.); (3) exosistemul, compus din mediile în care persoana nu are o participare activă, dar unde se pot produce evenimente care afectează ceea ce se petrece în mediile în care se află și

interacționează persoana (de exemplu, efectele mediilor în care lucrează părinții asupra mediului familial al copilului lor); (4) **macrosistemul**, care se referă la invarianții culturali ai celorlalte trei sisteme și ai interrelațiilor lor, precum și la valorile și credințele sociale care fundamentează astfel de constante culturale.

3. În acest cadru, competența unei persoane de a intra în relație cu aspectele schimbătoare ale mediului său depinde de mai multe abilități: (1) de a percepe în mod adecvat condițiile de mediu; (2) de a da un sens acestor percepții punându-le în relație cu o schemă conceptuală internă; (3) de a decide care este acțiunea adecvată de întreprins; (4) de a realiza această acțiune în timp; (5) de a ameliora eficacitatea reîncepând, dacă este nevoie, ciclul descris.
4. Un echilibru dinamic este menținut datorită intrării în funcție a buclilor de *feedback* negativ și pozitiv. *Feedback-ul* negativ este utilizat pentru a menține funcționarea familială între limite acceptabile, contracarând deviațiile de la normal sau de la comportamentul așteptat. *Feedback-ul* pozitiv promovează schimbarea în sistemul familial, încurajând noile comportamente. El este esențial pentru ca familia să se poată adapta la situații sau condiții noi de viață.
5. Familia largită include rudele de sînge, unchi, mătușile, verii, precum și rudele prin alianță, surorii și soarele, frații vitregi etc. Rețeaua socială a individului este compusă din prieteni, vecini și colegi de serviciu, de școală sau de organizații sociale.
6. Întrucît simptomele apar în mod sincron cu *pattern-ul* de escaladare ale altor persoane, este evident că *DSM III* nu denușește toate formele de simptomatologie. Alte etichete ar putea fi, de exemplu, „normalitate psihotică”, „fericire involutivă” etc. (Keeney, 1984).
7. Szapocznik *et al.* (1984) scrie că pe măsură ce s-a dezvoltat teoria sistemelor, simptomele individului au început să fie considerate drept reflectarea unei patologii familiale, iar patologia familială a fost interpretată drept un simptom al unor sisteme mai mari, mai ample, în care este situată familia. Se poate nota, de asemenea, că terapeuții vorbesc din ce în ce mai des de „familie schizofrenă”, „familie encoprezică” etc. (Mannino & Shore, 1984).
8. Printre lucrările asupra terapiei familiale în faze, publicate în limba franceză, cititorii pot consulta volumele elaborate de Haley *et al.* (1980), Andrey *et al.* (1983), Andolfi (1986), Ackerman și Andolfi (1987). Lucrarea apărută sub conducerea lui Pluymaekers (1989) este consacrată în același timp terapiei familiale, abordării sistemice a realităților instituționale și implicării consultantului pe lângă diverse instituții.
9. Lucrarea lui Benoit (1983) și a lui Marc și Picard (1984) oferă detalii interesante privind teoria dublei legături.
10. Utilizarea acestor patru filosofii poate fi descrisă folosind patru afirmații: (a) „în perioade tulburi trebuie să te rogi și să ai încredere în Dumnezeu”; (b) „Oamenii își pot rezolva problemele gîndind și planificînd atunci cînd acestea apar”; (c) „Majoritatea problemelor sînt rezultatul relei voințe a celorlalți”; (d) „Lucrurile se desfașoară conform destinului: ... ceea ce trebuie să se întîmple, se va întîmpla.”
11. La un nivel mai general de analiză, conținutul factorilor de stres poate fi clasificat în funcție de categorii cum ar fi conflictul de rol, privarea de rol, aculturarea, conflictul de valori etc.
12. Descriptorii stărilor specifice de stres sînt aceiași ca și cei notați deja drept parametri ai factorilor de stres (de exemplu, frecvență, formă sau configurație etc.).

## CAPITOLUL 7

# Etnopsihopatologie

Etnopsihopatologia, adică studiul raportului existent între tulburările psihopatologice și cultura de origine a pacientului, cunoaște o dezvoltare foarte importantă. Interesul acordat acestei abordări se explică prin faptul că practicienii sînt din ce în ce mai frecvent nevoiți să diagnosticheze și să trateze persoane aparținînd unor culturi diferite, ca urmare a migrațiilor economice, a refugierilor, efectuării studiilor în străinătate, dar și eterogenității (legată de multiculturalismul și diferențele socio-economice) societăților occidentale. De asemenea, crearea în țările în curs de dezvoltare a unor rețele de asistență psihiatrică și psihologică, precum și punerea la punct a unor programe de cercetare în acest domeniu, explică și ele creșterea interesului pentru etnopsihopatologie.

Numeroase date arată că studiul psihopatologiei dintr-o perspectivă culturală nu este un fapt recent. Esquirol, de exemplu, avea obiceiul de a-și trimite elevii să însoțească bolnavii convalescenți pe durata unor lungi călătorii. Astfel, după o primă călătorie în Elveția și Italia, Moreau de Tours vizitează Orientul în 1837, vizită care va conduce la două lucrări importante: *Recherches sur les alienes en Orient. Notes sur les etablissements qui leur sont consacres à Malte, au Caire, à Smyrne et à Constantinople* și *Du hachish et de l'alienation mentale. Etudes psychologiques* (Baruk, 1964; Bollotte, 1973). Șaizeci și șase de ani mai tîrziu, un alt psihiatru, de data aceasta german, Kraepelin, a făcut o călătorie la Java și în Malaezia, pentru a verifica dacă nosografia sa avea o validitate universală.

Etnopsihopatologia își datorează dezvoltarea spectaculoasă și lui Freud, care a fost în mod constant interesat de implicațiile psihopatologice ale **faptului cultural**, precum și ale unor reprezentanți ai școlilor culturalistă și neo-freudiană americană - Geza Roheim, Ruth Benedict, Margaret Mead, Ralph Linton, Abraham Kardiner, Karen Horney, Sandor Rado sau Harry Stack Sullivan. Un aport important este cel al lui Georges Devereux<sup>1</sup>, care

a contribuit la dezvoltarea etnopsihiatriei și etnopsihanalizei, domenii conexe etnopsihopatologiei, orientate în egală măsură spre terapie și spre studiul tulburărilor psihopatologice, cu o fundamentare clar psihanalitică. Informații detaliate privind istoria dezvoltării etnopsihopatologiei pot fi găsite în lucrări generale, cum ar fi cele ale lui Poștei și Quetel (1983), Alexander și Selesnick (1972) sau în lucrările specializate elaborate de Devereux (1977, 1985), Tounignant și Murphy (1978), Nathan (1986).

Abundența materialului disponibil și spațiul de care dispunem ne-au obligat să facem o selecție a conținuturilor. Următoarele cinci teme (tratate în detaliu de alți autori) au fost astfel lăsate deoparte în acest capitol:

- influența modelelor culturale de gândire asupra teoriilor psihiatrice primitive și moderne, aspect abordat de Devereux în *Ethnopsyhanalyse complementariste*;

- diferențierea culturală a expresiei, în special verbală, a simptomelor, problemă tratată în numeroase lucrări printre care remarcabilul volum colectiv editat de Simpson (1980): *Psycholinguistics in Clinical Practice: Languages of Illness and Healing*;

- teoriile etiologice tradiționale: posedarea de un geniu, de un demon, de un strămoș, un mort, atacarea de către un vrăjitor canibal, absorbția unor elixiri de dragoste, ură, vrăji, pierderea sufletului, transgresarea tabuurilor, inițierea solitară, pe care Nathan (1988) le descrie ca generind și coordonind terapii;

- reprezentarea, locul și valoarea evenimentelor vieții, studiate dintr-o perspectivă culturală, temă abordată de Bensmail (1985), Boucebeci (1985), Gounongbe *et al.* (1985);

- un aspect foarte important pentru înțelegerea anumitor întârzieri în dezvoltare, precum și pentru cunoașterea manierei în care se exercită influența culturii asupra cogniției, domeniu în care se manifestă actualmente două tendințe: studiul practicilor culturale și analiza ecologiei social-cognitive (Miller-Jones, 1989).

Temele alese pentru a fi dezvoltate în primele două secțiuni ale acestui capitol, sindromurile cu specificitate culturală și marile studii transculturale ale Organizației Mondiale a Sănătății, ilustrează una din marile dezbateri ale etnopsihopatologiei, dezbateri care opune perspectivele emică și etică. Termenul **emică** se referă la o perspectivă intraculturală care subliniază ceea ce este specific unei culturi date. Al doilea termen, **etică**, se referă la o perspectivă transculturală, universală. Mai concret, dezbateri opune susținătorii specificității culturale a psihopatologiilor celor ce susțin univer-

salitatea acestora. Actualmente, pare rezonabilă o poziție intermediară: „Existența unor diferențe în expresia stărilor patologice în funcție de cultură este un fapt universal acceptat, dar trebuie să ne ferim în acest domeniu de erori prin exces, la fel ca și de erori prin omisiune. Dintr-o prea mare dorință de a evidenția particularitățile, riscăm să cădem într-un culturalism integral, capcană în care au căzut cîndva unii etnologi” (Pichot, 1981).

Pentru a încheia acest capitol, o a treia parte este consacrată mai multor întrebări ridicate de diagnostic, proces care, în etnopsihopatologie, vizează aceleași obiective ca și în psihopatologia generală: formularea unui pronostic al evoluției și alegerea unui tratament (Westermeyer, 1985). Aspectele abordate în această secțiune sînt: procesul diagnostic așa cum decurge el în societățile tradiționale, variabilitatea diagnosticului, precum și o problemă metodologică, echivalența transculturală a instrumentelor de diagnostic.

## A. SINDROMURI CU SPECIFICITATE CULTURALĂ

Sindromurile cu „specificitate culturală” sau „legate de cultură” reprezintă entități clinice descrise la persoane aparținînd unor anumite comunități culturale și care, în consecință, nu apar decît în zone geografice bine definite. Glosarul elaborat de Hugues pentru lucrarea consacrată sindromurilor legate de cultură (Simons & Hugues, 1985) cuprinde 182 de nume de entități, dintre care unele desemnează ansambluri de simptome care se aseamănă în mod frapant. Astfel, *latah*, *mali-mali*, *bah-tsche* și *imu* sînt denumiri locale pentru același fenomen, la fel ca și *koro* și *shookyong*. Simons propune ca sindromurile similare ce apar în medii culturale diferite să fie grupate sub același nume și sugerează, pentru exemplele citate, „sindromul grăburii tresărîre/frică” sau „sindromuri de retracție genitală”.

Unii cercetători, în special cei din domeniul științelor sociale, insistă pe unicitatea culturală a sindromurilor și pe faptul că ele nu pot fi abordate decît în contextul lor socio-cultural (Kenny, 1983). Alții, de obicei clinicieni, susțin necesitatea comparării elementelor concomitente din punctul de vedere bio-psiho-socio-cultural al acestor sindromuri, în toate culturile în care apar, pentru a pune în evidență similarități (Simons, 1980).

Unul dintre cele mai cunoscute sindromuri cu specificitate culturală este *latah* sau, după cum afirmă Ellenberger și Murphy (1978), **stările de tip latah**, categorie care regroupează tulburări minore descrise în diferite regiuni ale lumii, în Malaezia, Indonezia, Siberia, în nordul Japoniei, în Africa de

Nord. *Latah* a mai fost identificat printre triburile bantu din Africa și printre canadienii francezi. Declanșat de obicei de stimuli minimi, de un zgomot, o spaimă sau o situație jenantă, *latah* constă într-o reacție de surpriză și stupefacție implicând, pe durata câtorva minute, o pierdere a controlului și coprolalie. Ellenberger și Murphy (1978) semnalează schimbări importante privind categoriile de persoane atinse de *latah*. În secolul al XIX-lea această tulburare era întâlnită la subiecți de ambele sexe, chiar mai frecvent la bărbați, în special la soldați și slujitori. Persoanele afectate nu prezentau nici un fel de tulburare în afara episoadelor de *latah* și aveau frecvent inteligențe deasupra mediei. În zilele noastre, *latah* apare aproape exclusiv la femei, în special de vîrstă medie, care prezintă și simptome ale unei alte tulburări mintale sau al căror nivel intelectual este inferior mediei.

Un alt sindrom specific cultural este *koro*, descris pentru prima oară în insulele Celebes, în Indonezia (Van Brero, 1896). El apare sub formă de crize și constă într-o teamă ca penisul să nu se retragă în abdomen, provocînd moartea. Apariția sa era destul de frecventă pentru a duce la crearea unor instrumente speciale pentru reținerea penisului în timpul crizelor. Ellenberger și Murphy (1978) situează această afecțiune în cadrul nevrozelor sexuale cele mai răspindite în Asia, împreună cu *jiryan*, prezent în nordul Indiei și cu *shookyong*, întâlnit la chinezi și tailandezi, descris mai recent sub formă de epidemii scurte în Singapore și în nordul Tailandei. În căzu *jiryan*, este vorba despre teama ca forța vitală să fie pierdută prin spermă, în cursul raporturilor sexuale, al masturbării sau ejaculărilor nocturne. *Shookyong*, care se aseamănă cu *koro* (teamă că organele genitale se atrofiază, producînd moartea), aduce mai mult, în forma sa epidemică, cu isteria epidemică referitoare la infecția imaginată sau teama de fantome.

Un al treilea sindrom, foarte cunoscut, este *amok*<sup>1</sup>, sindrom de tip psihotic (Ellenberger & Murphy, 1978) care afectează aproape întotdeauna bărbații. Descriș încă din secolul al XIX-lea (Ellis, 1893; Abraham, 1912), el reapare, după o perioadă de dispariție, în anii '60, mai ales în Indochina. Pacientul nu prezintă, de obicei, nici un semn de tulburare mintală. După o frustrare minoră care nu conduce la nici o reacție (cu excepția unei tristeți pentru cîva timp), pacientul începe brusc să atace persoanele pe care le întâlnește. Acest atac este realizat de către subiect fără vreo grijă pentru propria viață. Uneori chiar cu ochii închiși, folosind în general o sabie scurtă numită *kris*, începînd cu 1959 se notează, în Laos, utilizarea grenadelor (Westermeyer, 1973).

Printre celelalte sindromuri cu specific cultural, *windigo*, *pibloktoq*, *susto*, nebulia sau nevroza curățeniei și *taijin kyofusho* sînt entitățile cele mai cunoscute.

- în cazul *windigo*, psihoză descrișă la indienii din Nordul canadian, pacientul crede în spiritul *windigo*, care se hrănește cu carne de om și care poate, prin posedarea unei persoane, să o forțeze să facă același lucru (Ellenberger și Murphy, 1978). Unii pacienți pot să atace și să mănînce alte persoane.

- *Pibloktoq* sau isteria arctică<sup>4</sup> apare în anumite grupuri de eschimoși. Este vorba despre o stare de excitație violentă asociată cu fuga fără țintă. Criza poate fi precedată de o perioadă de iritabilitate și poate fi urmată de convulsii sau stupoare.

- *Susto* este un sindrom întâlnit în America de Sud, constituit din insomnie, astenie, apatie, pierdere a apetitului, depresie și anxietate (Butcher & Bemis, 1983). El este atribuit, în mod tradițional, șocului rezultat din pierderea sufletului.

- Nebunia sau nevroza curățeniei (*die Putswut*, în germană), descrișă de Ellenberger (1950) și întâlnită în special în cantoanele de limbă germană ale Elveției, constă în tendința de a curăța casa într-o manieră exagerată și irațională. Afecțiunea este întâlnită numai la femei, acestea muncind toată ziua pentru ca toate să strălucească în casă. Ele își părăsesc foarte rar casa, iar atunci cînd nu spală sau mătură, se consacră unor alte activități de tip obsesional: tricotare interminabilă, aranjare minuțioasă a hainelor în dulapuri.

- *Taijin kyofusho* (sindrom cunoscut în publicațiile occidentale sub denumirea de antropofobie<sup>5</sup>) constituie o categorie diagnostică frecvent utilizată de psihiatrîi japonezi, care au creat-o prin anii douăzeci pentru a desemna o stare considerată a nu afecta decît pe japonezi, recunoscută drept o subcategorie a clasei generale a nevrozelor (Honda, 1983).

I După Kimura (1971), există patru varietăți de antropofobii:

- eretofobia (teamă de a nu roși în prezența altor persoane);
- dismorfofobia (teamă de a fi urît, de avea o particularitate morfologică ce ar putea să fie dezagreabilă altora, de a avea un surîs indiscret pe buze, de exemplu);
- autodisomofobia (teamă de a degaja un miros dezagreabil);
- teama de efectul produs asupra altei persoane de propria privire<sup>6</sup> (fobie ce debutează la pubertate și care dispare în general în mod spontan spre circa treizeci de ani, constînd în frica de a-i privi pe ceilalți, întrucît această privire ar putea părea provocatoare, arogantă, indiscretă).

După adoptarea, în Japonia, a sistemului german de clasificare elaborat de Kraepelin, a devenit din ce în ce mai clar că nu toate problemele cu care erau confrunțați psihiatrîi japonezi puteau fi încadrate în tiparele germane.

Psihiatrii japonezi au reținut acest diagnostic întrucât în practica lor, simptome cum ar fi teama de contact vizual, teama de a roși, de a răspîndi mirosuri dezagreabile etc. apăreau adesea grupate.

Faptul că există numeroase antropofobii în Japonia și că se acordă, în această țară, o altă de mare atenție acestui tip de nevroză, ridică o întrebare care se pune de altfel pentru fiecare sindrom cu specificitate culturală: care este relația dintre simptomele descrise și cadrul cultural în care ele apar? Ruth Benedict descria cultura japoneză drept o cultură a rușinii, în contrast cu cea europeană, a culpabilității. Japonezii sînt cunoscuți ca un popor foarte sensibil la opiniile celorlalți. Este neîndoielnic faptul că ei sînt foarte preocupați de reputația lor și de dorința de a produce o impresie favorabilă. Toate aceste elemente sînt, fără îndoială, legate de manifestările *taijin kyofusho*, grup de fobii legate de anumite moduri de contact interpersonal. Sînt și alte simptome pentru care există sugestii de explicații și ipoteze privind relația dintre simptomele care le definesc și mediul cultural al pacienților<sup>7</sup>, relație care va trebui să facă, fără îndoială, obiectul unor studii suplimentare. Din această perspectivă, comentariile lui Westermeyer (1985) ni se par foarte pertinente:

- dat fiind faptul că ele apar în culturi adesea foarte diferite și separate de distanțe considerabile, aceste sindromuri sînt considerate de majoritatea cercetătorilor ca nefiind strict „legate de cultură”;
- sindromurile legate de cultură au componente comune cum ar fi, de exemplu, frica, anxietatea, amnezia, fuga fără țintă, retragerea socială etc.;
- adesea numărul cazurilor scade sau crește o dată cu trecerea timpului și putem asista la adevărate „epidemii” bruște și extinse, cum ar fi cazul pentru *amok* și *koro*;
- tulburările psihiatrice asociate includ diagnostice foarte diferite: tulburări de personalitate, neurastenii, crize sau tulburări de adaptare, sindromuri cerebrale organice, delir indus de medicamente, depresie majoră, manie, psihoză schizofreniformă și schizofrenie.

Înainte de a încheia această secțiune a capitoului, ni se pare important de răspuns la o întrebare centrală: cum trebuie situate sindromurile cu specificitate culturală în raport cu nosologia psihiatrică clasică? Pot fi propuse trei răspunsuri (Butcher & Bemis, 1983):

- caracterul particular, unic, al acestor entități pune din nou în discuție aplicarea independent de cultură (*culture-free*) a sistemelor nosologice occidentale (Draguns, 1973; Marsella, 1978, 1979). Dat fiind caracterul

distinct al sindromurilor legate de cultură, Simons (1987), la fel ca și Prince și Tchong-Laroche (1987), consideră că ar fi utilă includerea lor în versiunile ulterioare ale *DSM* și CIM;

- se poate susține, de asemenea, că astfel de sindromuri nu sînt simple variante ale unor tulburări psihiatrice cum ar fi isteria sau psihoza reactivă (Wittkower & Fried, 1959; Honigman, 1968; Yap, 1969; Kiev, 1972; Kennedy, 1973);

- în fine, ele pot fi considerate drept ansambluri de simptome acute, tranzitorii, suprapuse unor procese psihiatrice în curs (Rin, 1965; Kennedy, 1973).

Cercetări ulterioare sînt neapărat necesare pentru a preciza care dintre aceste răspunsuri este cel corect.

## B. MARI STUDII TRANSCULTURALE ALE ORGANIZAȚIEI MONDIALE A SĂNĂTĂȚII (OMS)

### 1. Studiul tulburărilor depresive

Tulburările depresive constituie o preocupare majoră a OMS. Încă dinspre mijlocul anilor '60, OMS a elaborat mai multe proiecte avînd drept obiectiv punerea la punct a unor metode de evaluare, clasificare și notare a tulburărilor depresive, aplicabile la nivel internațional.

În cadrul unui proiect OMS privind prevenția suicidului, o echipă de cercetători a încercat să pună în evidență de ce sistemele de înregistrare a suicidului și a tentativelor de suicid au o fiabilitate redusă (OMS, 1974). Ulterior, o dată cu a noua revizuire a Clasificării Internaționale a Maladiilor (OMS, 1978), capitolul referitor la tulburările mintale a fost remaniat, mai ales pentru a include un număr mai mare de rubrici pentru clasificarea stărilor depresive.

În cadrul Studiului Pilot Internațional asupra Schizofreniei (OMS, 1973, 1979), un grup de 256 de bolnavi afectați de depresie au fost selecționați pentru a permite comparații cu grupuri de schizofrenici. Rezultatele obținute arată, pe de o parte, că este posibilă punerea la punct a unor metode normalizate pentru evaluarea depresiei în diferite contexte culturale, iar pe de altă parte, că bolnavii depresivi provenind din nouă țări foarte diferite din punct de vedere cultural au numeroase caracteristici comune.

Un alt proiect OMS este consacrat posibilităților de ameliorare a tratamentului depresiei în șapte țări în curs de dezvoltare, posibilități examinate în contextul unei cercetări mai ample privind introducerea posibilă a unor componente de sănătate mintală în serviciile medicale primare (Harding, 1977, cf. Sartorius, 1983).

Pornind de la o serie de observații care arată că persoane aparținând unor grupuri etnice diferite par să reacționeze în mod diferit la anumite medicamente, o anchetă OMS a fost întreprinsă pentru a evalua efectele medicamentelor antidepressiv asupra unor bolnavi trăind în contexte socio-culturale și condiții climatice diferite (Sartorius, 1973; Vartanian, 1976, cf. Sartorius, 1983).

În 1983, OMS publică un important raport privind studiul colectiv referitor la evaluarea normalizată a tulburărilor depresive (Sartorius *et al.*, 1983), document care va fi prezentat în această secțiune a capitolului. Studiul descris în acest raport a fost conceput în 1970, prin colaborarea unor centre de cercetare situate la Montreal, Teheran, Nagasaki, Tokyo și Bale. Cele cinci zone de studiu alese prezintă diferențe din punct de vedere demografic, cultural și social. Avantaj suplimentar, două dintre centrele de cercetare erau situate în aceeași țară (Japonia); astfel, deși toți pacienții japonezi aparțineau aceluiași mediu „macro-cultural”, bolnavii din Tokyo trăiau într-un oraș cu o mare densitate a populației, pe când cei din Nagasaki locuiau într-o regiune ruralo-urbană.

Pentru nevoile acestui studiu, echipa a pus la punct două instrumente: (a) o fișă de triere pentru selecția bolnavilor (o simplă listă de control enumerând criteriile de incluziune/excluziune); (b) Protocolul de Evaluare normalizată a Tulburărilor Depresive (PETD/OMS), instrument care ar permite înregistrarea datelor obținute în cursul evaluării clinice a bolnavilor. Acest protocol a fost conceput pentru a fi aplicabil într-o cercetare internațională, adică pentru a fi capabil de a înregistra caracteristicile tulburărilor depresive specifice unei anumite culturi, inclusiv cele care nu pot fi prevăzute pornind de la cunoștințele disponibile. Normalizarea rubricilor și uniformitatea cotării sînt obținute adăugînd la protocol un glosar de definiții, complete de întrebări exploratorii utilizate în diferitele centre în decursul examenului clinic și stabilind regulile pentru cotarea specifică a rubricilor individuale<sup>8</sup>.

Ca urmare a aplicării criteriilor de triere și utilizării Protocolului PETD/OMS, echipa de cercetare a selecționat un total de 573 de bolnavi care au fost supuși unui bilanț detaliat. Există similitudini între grupurile de bolnavi care au beneficiat de tratament în cele patru centre - Bale, Montreal,

Nagasaki și Tokyo - situate în țări dezvoltate. Acest fapt nu permite însă stabilirea cu precizie a modului în care aceste grupe se diferențiază de populația generală a zonelor respective. O singură diferență socio-economică apare în mod clar: muncitorii din industrie (în special muncitorii calificați) par a fi slab reprezentați în populația bolnavilor, în timp ce femeile casnice par a fi supraprezentate. Grupul din Teheran se diferențiază de grupurile studiate în celelalte centre prin faptul că pacienții care îl compun sînt, în general, mai tineri, adesea analfabeți și cu venituri reduse.

Diagnosticul stabilite pentru fiecare bolnav au fost clasificate după două sisteme, unul propus de centrul din Bale (fondat pe concepte nosologice și identificînd opt tipuri de stări depresive), iar altul de către centrul din Teheran, care propunea cinci tipuri de stări depresive. Întrucît numărul de pacienți repartizați în fiecare dintre tipurile clasificărilor era insuficient pentru a permite o analiză și comparații, diferitele rubrici au fost regrupate după o schemă tripartită simplificată cuprinzînd depresia endogenă, depresia psihogenă și alte forme de depresie<sup>9</sup>. Dintre cei 573 de pacienți examinați, 56,7% au fost repartizați în grupul „depresie endogenă”, 37,2% în grupul „depresie psihogenă”, iar 6,1% în „alte forme de depresie”. În patru dintre centre (Nagasaki, Tokyo, Teheran și Bale), depresiile endogene au fost mai numeroase decît cele psihogene. La Montreal, în schimb, bolnavii erau mai numeroși în grupul formelor psihogene.

Studiul simptomatologiei episodului aflat la originea includerii fiecărui bolnav în populația acestei cercetări arată că, în toate centrele, pacienții prezentau practic același „nucleu” de simptome: tristețe, absența bucuriei, anxietate, tensiune, lipsă de energie, dezinteres, pierderea capacității de concentrare, idei de insuficiență, de incapacitate și devalorizare. La acest nucleu al depresiei (prezent în 76% dintre cazuri) se adăugau mai multe simptome la Nagasaki (nouă simptome suplimentare) și cîteva la Bale și Montreal. Grupul de simptome de bază era ceva mai redus la Tokyo și Teheran. Anxietatea și tensiunea nervoasă par să figureze, în toate centrele regionale, printre simptomele cele mai frecvente ale tulburărilor depresive. Ideile de insuficiență (unul dintre simptomele cele mai frecvente la Bale) sînt mai rar notate la Tokyo, și încă și mai rar la Teheran.

Doar la nivelul cîtorva simptome s-au observat diferențe importante între centrele de cercetări. Acesta a fost cazul, îndeosebi, al agitației psihomotorii (care apare rar în ansamblu, cu excepția centrului din Teheran) și sentimentelor de culpabilitate și autocondamnare (68% la Bale și doar 32% la Teheran). A putut fi constatată absența frapantă a simptomelor cu specific

cultural, adică a unor manifestări care să nu se integreze în fenomenologia clasică a tulburărilor depresive. Simptomele mai „folclorice” au fost reprezentate de un singur caz de „experiență de posedare” la Nagasaki și de acuze de spermatooree la un pacient de la centrul din Teheran.

În concluzie, dacă se admite că bolnavii care au participat la acest proiect OMS sînt reprezentativi pentru cazurile tratate în mod obișnuit în cele cinci centre unde s-a derulat cercetarea, se poate afirma că bolnavii care solicită, în cele cinci zone de studiu, un tratament psihiatric pentru a lupta împotriva tulburărilor depresive, prezintă, în multe privințe, asemănări frapante.

## 2. Schizofrenia: psihoză etnică sau tulburare universală?

Într-un articol privind „Originile sociale ale schizofreniei” apărut în *Information psychiatrique* (1965) și reluat ulterior în *Essais d'ethno-psychiatrie generale* (1977), sub titlul „Schizofrenia, psihoză etnică sau schizofrenia fără lacrimi”, Devereux scria că această entitate este psihoza cea mai răspîndită în societatea modernă și că schizofrenia așa-zis „nucleară” nu este observată niciodată în rîndul populațiilor realmente primitive.

Pentru Devereux, schizofrenia constituie psihoza etnică tip a societăților civilizate complexe, noțiunea de psihoză etnică (la fel ca și cea de nevroză etnică) fiind astfel definită :

„1. Conflictul care stă la baza nevrozei sau psihozei etnice afectează în egală măsură majoritatea indivizilor normali: conflictul nevroticului sau al psihoticului este doar mai violent decît al celorlalți; pacientul este deci la fel ca ceilalți, dar într-un mod mai intens decît ceilalți.”

„2. Simptomele caracteristice ale nevrozei sau psihozei etnice nu sînt improvizate. Ele nu sînt inventate pentru bolnav : ele îi sînt furnizate «pe măsură» de către mediul său cultural și reprezintă, în sensul utilizat de Linton, «modele de inconștientă». Totul se întîmplă ca și cum societatea i-ar spune nevroticului sau psihoticului: «nu fi nebun, dar dacă trebuie să fii, atunci manifestă-ți nebulnia în cutare sau cutare mod... și nu altfel. Dacă te îndepărtezi de acest comportament, lumea nu te va lua drept nebun, ci drept criminal, vrăjitor sau eretic.»

Programul de cercetare epidemiologică transculturală a schizofreniei, realizat de OMS, a permis culegerea de date deosebit de interesante pentru înțelegerea legăturilor dintre mediul cultural și tulburările diagnosticate drept schizofrenie. Aceste date, după cum vom vedea, vin să infirme interpretarea schizofreniei drept psihoză etnică.

Programul OMS cuprinde trei studii principale:

- Primul (1969-1977) este *Studiul Pilot Internațional asupra Schizofreniei*, care s-a derulat în nouă centre din Africa, Asia, Europa, America Latină și de Nord și a implicat un total de 1202 pacienți, evaluați inițial și reevaluați după doi și cinci ani (OMS, 1973, 1977, 1979). Unele centre și-au urmărit subiecții timp de zece ani.

- Al doilea studiu (*Evaluarea și reducerea incapacității psihiatrice*), ale cărui rezultate au fost publicate în 1980, s-a centrat în principal pe manifestările și tratamentul tulburărilor comportamentale și a incapacităților sociale ale pacienților prezentînd o schizofrenie cu debut recent (Jablensky *et al.*, 1980). Acest studiu a vizat 520 de pacienți din cinci țări europene și o țară africană. Ei au fost evaluați, în mod repetat, după un an și doi ani de la evaluarea inițială.

- Al treilea studiu (1978-1986) s-a referit la *Determinanții evoluției tulburărilor mintale severe*. El a implicat 1379 de pacienți (745 bărbați și 634 femei), evaluați în 12 centre din zece țări. Acești pacienți au fost identificați și triați pe baza faptului că prezentau simptomele unei psihoze funcționale și că erau tratați în diferite moduri în locurile unde se aflau<sup>10</sup>. Pacienții care corespundeau criteriilor diagnostice ale bolii schizofrenice au fost ulterior examinați cu instrumente standardizate și urmăriți timp de doi ani. Principalele detalii privind acest studiu figurează într-un articol al lui Sartorius *et al.* (1986).

Programul de cercetare al OMS a permis obținerea unui număr important de date. Printre acestea, unele au o importanță majoră referitor la tema prezentată în această secțiune. Este vorba, înainte de toate, de date privind incidența<sup>11</sup> schizofreniei în opt zone unde s-a putut realiza o acoperire satisfăcătoare a resurselor sanitare unde avea loc primul contact (Sartorius *et al.*, 1986): Aarhus, Chandigarh (zonă rurală și urbană), Dublin, Honolulu, Moscova, Nagasaki și Nottingham, zone situate în șapte țări (Danemarca, India, Irlanda, Statele Unite, Rusia, Japonia și Marea Britanie). Incidențele anuale la 10.000 de locuitori cu vîrste între 15 și 54 de ani au fost calculate folosind o definiție diagnostică „largă” și respectiv una „restrictivă”, bazată strict pe prezența unui tablou clinic inițial care să satisfacă criteriile clasei Catego S +<sup>12</sup>.

Atunci cînd se utilizează definiția „largă”, incidențele combinate (bărbați și femei) variază între 1,5 (la Aarhus) și 4,2 (la Chandigarh - zona rurală). Nivelurile cele mai ridicate, pentru ansamblul centrelor urmărite, sînt notate la Chandigarh (zona rurală), unde incidența la 10.000 de persoane este de

3,7 la bărbați și de 4,8 la femei. Nivelurile cele mai coborâte sînt notate la Aarhus și la Honolulu pentru bărbați (1,8) și la Aarhus pentru femei (1,2). Diferențele dintre zone sînt statistic semnificative.

În cazul aplicării definiției restrictive, nivelurile de incidență combinată sînt mai reduse, variînd între 0,7 la Aarhus și 1,4 la Nottingham. Pentru bărbați, incidențele sînt cuprinse între 0,8 (Chandigarh - zona urbană) și 1,7 (Nottingham). În cazul femeilor, valorile sînt cuprinse între 0,5 (la Aarhus) și 1,4 (la Moscova). Spre deosebire de constatările făcute prin utilizarea definiției „largi”, diferențele între incidențele tulburărilor corespunzătoare criteriilor clasei Catego S+ nu sînt semnificative statistic. Aceste rezultate tind să arate că probabilitatea de apariție a sindromului schizofrenic „central” în populații diferite este aproximativ egală, în ciuda diferențelor culturale, socio-economice, de nutriție etc. existente între aceste populații. Departe de a fi o boală unică, schizofrenia ar constitui „calea finală comună” pentru o serie de procese patologice și anomalii de dezvoltare. Asemănarea dintre incidența sa în diferite populații ar fi expresia unei tendințe (sau dispoziții) distribuite mai mult sau mai puțin uniform în toate aceste populații, de a reacționa conform tipului de reacție „schizofrenic” la factori etiologici diferiți.

Programul de cercetări al OMS a permis extragerea unei serii de alte observații foarte importante pentru studiul etnopsihopatologic al schizofreniei:

- Dacă simptomatologia inițială a pacienților este similară, atît în interiorul fiecărei centre cît și la o comparație între centre, după doi și respectiv cinci ani de la examenul inițial se manifestă moduri de evoluție foarte diferite. Diferența dintre pacienții din țările în curs de dezvoltare și cei din țările dezvoltate este semnificativă. Prezența unui singur episod psihotic urmat de o remisie completă este constatată la 58% din pacienții din Nigeria și la 51% dintre pacienții din India. În celelalte centre, procentajele evoluează între 6% în Danemarca și 27% în Taiwan. Pe de altă parte, 50% dintre pacienții din Danemarca, 47% din cei din Statele Unite și 30% dintre cei din Marea Britanie și Cehoslovacia (față de numai 7% în Nigeria și 20% în India) prezintă o maladie psihotică cronică, fără remisiune. Se poate concluziona că pacienții din țările în curs de dezvoltare au o evoluție semnificativ mai bună decît cei din țările industrializate.

- Faptul că modelul sau configurația schizofrenică de simptome poate fi identificată în mod fidel în medii culturale foarte diferite și că acest model corespunde descrierii acceptate în general a sindromului schizofrenic repune în discuție poziția „relativismului cultural” privind identificarea schizo-

freniei în diferite populații. Rezultatele obținute au arătat, de asemenea, că pacienții **acuți** din diferite medii culturale și cu niveluri de educație dificil comparabile utilizează fraze aproape identice pentru a-și exprima starea subiectivă. Similaritatea experienței subiective a nucleului de simptome schizofrenice este frapantă dacă se ține seama de diversitatea normelor, credințelor și atitudinilor sociale, precum și existența unei varietăți de tehnici de combatere a stresului.

## C. PROBLEME PUSE DE DIAGNOSTIC

### 1. Vindecătorul și pacientul său: procesul diagnostic

În esul său intitulat „Diagnosticul în psihiatria primitivă: teoria generală a diagnosticului”, Devereux (1977)<sup>13</sup> constată raritatea studiilor privind metodele diagnostice ale vindecătorilor. O dovedește faptul că termenul de „diagnostic” nu figurează în indexul lucrării lui Laubschner (1937) asupra psihopatologiei populației tembu sau faptul că Yap (1952), în articolul său despre *latah*, nu studiază decît produsul „finit”, fără a preciza procesul care conduce la etichetarea individului care prezintă această tulburare. Devereux (care abordează deja, în mod sistematic, această problemă într-un studiu asupra indienilor Mohave, publicat în 1961<sup>14</sup>) reconstituie, în esul său despre diagnostic, procesul cultural prin care un individ dobîndește statutul de persoană anormală, procesul prin care este stabilită prezența unei singularități. Acest proces implică trei etape:

(a) constatarea prezenței unui element singular care este atribuit propriei persoane sau altuia: „ceva (neprecizat) nu merge bine în mine (sau tine)”<sup>15</sup>;

(b) întrucît unele singularități de comportament țin în mod exclusiv de vindecător, în timp ce altele sînt de resortul șefului de trib sau al unui echivalent oarecare al unui tribunal modern, trebuie să se ajungă mai întîi la concluzia că „ceva ce ține de **vindecător** nu merge bine în mine (în tine)”. Faptul că situația este îndreptată către vindecător (sau că acesta afirmă că problema ține de competența sa) constituie, după Devereux, o etapă sau o procedură diagnostică;

(c) constatarea că singularitatea afectează mai ales ceea ce ar putea fi numit șinele pacientului, nucleul însuși al personalității sale: „ceva de ordin **psihologic**, ținînd de vindecător, nu merge bine în mine (în tine)”. Faptul de a încredința pacientul psihiatric competenței vindecătorului mai curînd decît



a tribunalului sau Bisericii, constituie o etapă decisivă a diagnosticului și este direct legată de „modelele de gândire” care există în societatea căreia îi aparține pacientul. Deveree subliniază că acest lucru este esențial pentru înțelegerea procesului diagnostic de bază, întrucât totul pare să depindă de criteriile care fundamentează diagnosticul. Cu alte cuvinte, trebuie precizat dacă ne aflăm în fața unei „devieri de la normă” (caz în care diagnosticul este pus în termeni de nu-normal) sau a unei „respectări a unor norme marginale”, iar în acest caz diagnosticul se pune în termeni de da-nebun.

Pentru Devereux, diagnosticul crucial („această singularitate ține de vindecător”) se bazează pe conformitatea la o normă marginală. Un individ este considerat drept „nebun” pentru că el se comportă așa cum doar nebunii se poartă. Modelele conceptuale ale tulburărilor psihice ar fi cunoscute atît de către vindecători, cît și de către persoanele pe punctul de a deveni psihotice, iar Devereux formulează ipoteza conform căreia cunoașterea acestor modele influențează în manieră decisivă formațiile simptomatice ale bolnavului. Pentru a demonstra că modelele conceptuale ale tulburării psihice difuzează și sînt cunoscute de toate păturile sociale, Devereux propune două argumente : (a) faptul că pacientul supune vindecătorului un autodiagnostic prefabricat<sup>16</sup>; (b) dificultatea, mai mare în societățile tradiționale, de a decela fenomenul de simulare, din cauza cvasi-identității celor două modele conceptuale ale tulburării psihice : cel al profanului și cel al vindecătorului<sup>17</sup>.

## 2. Aspecte legate de variabilitatea diagnosticului

Într-un context caracterizat prin opoziția, adesea foarte netă, între tendințele etică și emică, cercetătorul din sfera etnopsihopatologiei ajunge să examineze mai multe aspecte legate de ceea ce am putea numi variabilitatea diagnosticului.

Un prim aspect, definit tehnic drept fidelitatea diagnosticului, se referă la probabilitatea să existe un acord între diagnosticile a doi clinicieni. Acest acord poate fi cuantificat prin calcularea scorului *kappa*, care variază de la 0 la 1, valoarea din urmă indicînd un acord perfect. Foarte timpuriu după elaborarea acestei metode calcul, studiile transculturale au ajuns la scoruri *kappa* comparabile cu cele obținute în studiile intraculturale (Westermeyer, 1985).

O comparație a acordului legat de diagnostic, realizată ținînd seama de originea pacienților și clinicienilor, a fost făcută de Leff (1974). În cazul psihiatrilor originari din țările industrializate, acordul interevaluatori era bun pentru pacienții din nouă țări industrializate și respectiv slab pentru

pacienții din patru țări în curs de dezvoltare. Psihiatrii din țările în curs de dezvoltare obțineau, în schimb, scoruri ridicate atît pentru pacienții din țările în curs de dezvoltare, cît și pentru cei din țările industrializate. Acest rezultat se explică, foarte probabil, prin faptul că psihiatrii din al doilea grup, care au beneficiat de o formare în țările industrializate, au experiența pacienților din amîndouă tipurile de societate.

Importanța cunoașterii mediului cultural al pacienților este pusă de asemenea în evidență de Westermeyer și Zimmermann (1981), care constată că scorurile *kappa* ale clinicienilor „naivi” (adică cei care nu sînt familiarizați cu mediul cultural de care aparțin pacienții) sînt mult mai reduse decît ale clinicienilor „experimentați”, informați în privința cadrului cultural al pacienților. În acest caz, coeficienții *kappa* se referă la acordul dintre diagnosticul clinicianului și diagnosticul popular, tradițional, local.

Un alt aspect al variabilității diagnosticului este legate de patoplasticitatea culturală a tulburărilor psihopatologice, noțiune care se referă la posibilitatea ca anumite stări psihopatologice să-și schimbe integral expresia clinică (deci și categoria diagnostică) de la o cultură la alta. Această posibilitate este susținută de numeroase observații. Astfel, în culturi în care toxicomaniile sînt frecvente, procentajele de tulburări de tip nevrotic sînt reduse (Shore *et al.*, 1973). Aceasta ar sugera că alcoolismul și alte toxicomanii ar putea constitui o manifestare alternativă a tulburărilor nevrotice. Într-o manieră similară, Lesse (1979) arată faptul că sindromurile definite într-o cultură drept „psihosomatice” sau „probleme de comportament” pot masca ceea ce în alte culturi se consideră a fi „depresie”. La un alt nivel, problema patoplasticității se poate pune în raport cu variațiile, legate de cultură, ale unei aceleiași entități clinice. Acest aspect a fost deja abordat, mai ales în cazul depresiei, în secțiunea acestui capitol consacrată studiilor transculturale întreprinse de OMS.

În acest context, este important de menționat că, ținînd seama de rapoartele elaborate în decursul ultimului secol, se constată că psihopatologia se modifică în timp. După cum sublinia Prince (1968), referindu-se la tabloul clinic al sindromurilor depresive în Africa, cauza schimbărilor observate nu este prea clară, putînd fi formulate numeroase întrebări:

- este vorba oare de o modificare a modului nostru de a diagnostica?
- este vorba despre efectele altor factori cum ar fi creșterea nivelului de educație sau diminuarea influenței credințelor religioase?
- este vorba de modificări ale funcțiilor psihiatriei, mai puțin implicată în controlul social și mai orientată spre tratament?

- cauza ar putea fi faptul că depresia, la fel ca și alte tulburări pentru care există din ce în ce mai multe mijloace eficace de intervenție, este actualmente diagnosticată mai frecvent?

Schimbările observate se explică probabil prin mai mulți, dacă nu chiar toți factorii evocați în aceste întrebări. După cum sublinia Pichot în conferința sa la simpozionul „Psihiatrie și cultură” (Dakar, 1981), în lumea actuală, unde se observă fenomene care, deși nu sînt noi, au căpătat o amploare nouă, de exemplu civilizația industrială impusă astăzi în mod brutal și rapid țărilor în curs de dezvoltare, se impune o constatare: raporturile dintre psihiatrie (decă și psihopatologie) și cultură nu rămîn statice (Pichot 1981). Această situație nu va înceta să ridice noi întrebări în plan diagnostic.

### 3. Echivalența instrumentelor de evaluare diagnostică

S-a observat de multă vreme că apartenența subiectului la un grup etnic diferit influențează rezultatele sale la diferitele teste utilizate în clinică. Este cazul, în special, al instrumentelor de tip inventar, cum ar fi MMPI, Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota (Baughman & Dahlstrom, 1972; Jones, 1978). S-a constatat, de exemplu, că subiecții aparținând minorității negrilor sau altor grupuri minoritare din Statele Unite tind să obțină scoruri ușor mai mari la scala schizofrenie (Se) a MMPI. Această tendință a fost, de asemenea, notată la subiecți provenind din diferite țări, cum ar fi Israelul sau Japonia (Butcher & Pancheri, 1976). Aceste câteva exemple extrase din abundenta documentație disponibilă indică dificultățile generate de utilizarea instrumentelor de evaluare într-un context cultural diferit de cel în care au fost construite. Această constatare se află la originea unui important demers metodologic privind selecția, adaptarea și validarea instrumentelor utilizate pentru evaluarea, în aceeași țară, a subiecților provenind din grupuri culturale diferite sau a subiecților din țări diferite (Flaherty *et al.*, 1988). Rezultatele acestui demers arată că pentru a asigura utilizarea corectă a unui instrument de diagnostic într-un nou context cultural, este indispensabilă verificarea echivalenței a cinci dimensiuni majore.

**a. Echivalența conținuturilor** în cercetarea interculturală semnifică faptul că pentru fiecare item al instrumentului conținutul este pertinent în culturile în care se dorește utilizarea sa. Această echivalență trebuie să fie verificată de o echipă de specialiști din fiecare cultură, cercetători în

domeniul social, al antropologiei, psihologiei și psihiatriei. Aceștia evaluează fiecare item, stabilind dacă este pertinent, non-pertinent sau de o pertinență discutabilă. Se reconsideră, în toate cazurile, includerea unor itemi evaluați de un singur membru al echipei ca fiind non-pertinenți sau, de cel puțin doi membri, ca avînd o pertinență discutabilă. Atunci cînd este adoptată decizia de a elimina anumiți itemi, devine necesară verificarea consistenței interne și a fidelității instrumentului astfel modificat. În asemenea condiții, s-ar putea să fie necesară căutarea unui alt instrument sau crearea unui nou.

Un exemplu de aplicare a principiilor decurgînd din echivalența de conținut este oferit de PPC (Proiect Peruvian-Cangallo), realizat pentru a studia efectele psihopatologice ale migrării dintr-un sat din Anzi în Lima și pentru a determina impactul unor variabile cum ar fi aculturarea, sprijinul social și integrarea socială. În acest caz, echipa constituită din specialiști a decis eliminarea, ca nefiind pertinenti pentru cultura indiană (subiecții vorbeau quechua), a tuturor itemilor destinați măsurării comportamentelor antisociale ale versiunii spaniole a Schemei de Interviu Diagnostic (Diagnostic Interview Schedule sau DIS; Robins *et al.*, 1981). Itemii respectivi cuprindeau întrebări de tipul: „Ați fost amendat pînă acum de măcar patru ori pentru exces de viteză sau trecere pe roșu?”. Conținuturi de acest tip sînt în mod evident inadecvate pentru persoane trăind în mediul cultural andin, cum sînt subiecții PPC, care nu au condus niciodată o mașină.

Itemii referitori la suicid au fost de asemenea eliminați din Interviu de cercetare epidemiologică psihiatrică (Psychiatric Epidemiology Research Interview sau PERI; Dohrenwend *et al.*, 1980). Deși suicidul pasiv (de exemplu, prin privare de hrană) apare în această cultură, echipa de specialiști a considerat că în cultura andină, ideile active de suicid nu există nici măcar în stările de depresie evidente.

**b. Echivalența semantică** se referă la faptul că semnificația fiecărui item rămîne aceeași după traducerea instrumentului din limba în care a fost creat în limbile vorbite în alte culturi.

Soluția actuală pentru a asigura echivalența semantică este tehnica retro-traduceri (Brislin, 1970), care implică mai multe etape. La început, o singură persoană bilingvă sau o mică echipă de bilingvi traduce instrumentul din limba *A* în limba *B*. Ulterior, o altă persoană sau o altă echipă bilingvă retraduce instrumentul din limba *B* în limba *A*. În fine, un comitet de specialiști bilingvi examinează cele două versiuni ale instrumentului (versiunea originală în limba *A* și versiunea tradusă în *A*) și evaluează fiecare item după o scală în trei puncte, unde 3 = „exact aceeași semnificație în cele

două versiuni";  $2 =$  „aproape aceeași semnificație în cele două versiuni”, iar  $1 =$  „semnificații diferite în cele două versiuni”. Itemii care sînt cotați în mod uniform cu „1” trebuie excluși; cei care primesc cote mixte de „1” și „2” trebuie reconsiderați. În multe cazuri, o reformulare este suficientă pentru a include itemii respectivi în forma tradusă a chestionarului. În cazul fiecărei reformulări, tehnica retrotraducerii trebuie utilizată pentru a decide includerea sau nu a itemului respectiv.

Traducerea adjectivelor sau a termenilor ce descriu stări emoționale este deosebit de dificilă. O altă problemă este traducerea într-un dialect al culturii. Traducerile care nu sînt consonante cu acest dialect rețin semnificația corectă și pot fi chiar corect retrotraduse; în schimb, ele pot afecta puternic percepția subiectului despre convorbire, producînd erori în răspunsuri (Berkanovic, 1980). Retrotraducerea devine mult mai complexă atunci cînd cercetarea se derulează în mai mult de două culturi, mai ales atunci cînd într-una dintre culturi nu există un limbaj scris.

c. Echivalența tehnică se referă la faptul că, de la o cultură la alta, rezultatele obținute nu sînt afectate de aspectele direct legate de tehnica sau metoda de evaluare utilizată. Astfel, metode sau tehnici a căror utilizare pare perfect naturală în cultura occidentală se pot dovedi a fi mai puțin familiare și mai dificil de utilizat în alte culturi. Este cazul, în special, în numeroase țări în curs de dezvoltare, al instrumentelor tip creion-hîrtie (Vernon & Roberts, 1981). La fel, faptul de a examina, ca bărbat, o femeie, în cadru privat, poate vicia în mod semnificativ culegerea datelor. Formularea unor întrebări repetate și alăturate, practic obîșnuită în numeroase chestionare utilizate în țările occidentale, poate fi percepută drept coercitivă în alte țări.

Pentru a asigura această formă de echivalență, un comitet de experți familiarizați cu modalitățile obișnuite de derulare a convorbirii în culturile vizate trebuie să stabilească dacă metoda de culegere a datelor este, pentru fiecare instrument și fiecare din părțile acestuia, în acord cu mediul cultural în care trebuie aplicată. Dacă se ajunge, de exemplu, la concluzia că anumite scale ale unui instrument nu sînt pertinente pentru cultura unde se dorește utilizarea lor, ele vor trebui să fie modificate sau excluse din studiu.

Pentru anumite instrumente, echivalența tehnică poate necesita studiul validității concurente. Aceasta implică o culegere preliminară a unui ansamblu de date, pe un eșantion mic de subiecți, cu ajutorul a două metode diferite: prima, indigenă culturii respective, iar a doua, metoda propusă,

aparținînd unei culturi străine. Comparația între aceste două ansambluri de date va permite clarificarea echivalenței tehnice și alegerea metodei optime.

Evaluarea echivalenței tehnice necesită și luarea în considerare a controlului tendințelor ce se manifestă în mod obișnuit în răspunsurile date de indivizi aparținînd unor grupuri culturale diferite (cum ar fi, de exemplu, nevoia de aprobare socială).

d. **Echivalența de criteriu** se referă la faptul că interpretarea, prin raportarea la normă, a valorilor variabilei măsurate cu un instrument rămîne aceeași pentru fiecare cultură studiată. Altfel spus, în cercetarea transculturală, echivalența criteriului se referă la capacitatea instrumentului de a evalua o variabilă în cele două culturi studiate și la faptul că interpretarea rezultatelor obținute este aceeași în cele două culturi.

Să admitem că un instrument „X” elaborat în cultura „A” diferențiază persoanele cu o anumită trăsătură (sau diagnostic) de cele care nu manifestă trăsătura sau diagnosticul respectiv. Ideal, instrumentul ar trebui să permită obținerea acelorași rezultate în cultura „B”. Se poate, totuși, ca examinarea rezultatelor obținute în această a doua cultură să arate că instrumentul permite realizarea acelorași diferențieri ca și în cultura „A”, dar să fie necesar un alt scor-limită de diferențiere (deci alt etalon) pentru a putea fi aplicat în cultura „B”. Bird *et al.* (1986), de exemplu, au administrat versiunea în limba spaniolă a Mini-Mental State Examination (Karno *et al.*, 1983) unei populații de portoricani, găsind că scorurile-limită de diferențiere pentru stabilirea sindromului organic cerebral trebuie adaptate față de etalonul original stabilit în populația Statelor Unite. Într-o altă cercetare, Munoz *et al.* (1978) studiază, pe o traducere a Chestionarului General de Sănătate cu 60 de itemi al lui Goldberg (Goldberg, 1972), puterea discriminantă a fiecărui item al versiunii traduse în spaniolă, pentru a stabili echivalența de criteriu a celor două versiuni.

De asemenea, este posibil ca variantele de norme diferite cultural să nu constituie o soluție. Este cazul situațiilor în care fenomenul studiat nu există în același mod în culturile studiate, cel puțin după cum este măsurat de instrumentul folosit. Utilizarea criteriilor occidentale pentru a-l evalua ar fi atunci inadecvată.

e. **Echivalența conceptuală** înseamnă că instrumentul utilizat măsoară același construct teoretic în fiecare cultură. După cum indică Vernon și Roberts (1981), o evaluare directă a echivalenței conceptuale nu este de obicei posibilă în psihiatrie, alte tehnici, mai puțin directe, trebuind să fie suficiente. Printre acestea se numără examenul corelațiilor dintre itemii

chestionarului administrat populației studiate și analiza relațiilor, pentru fiecare populație studiată, între răspunsurile obținute la instrumentul utilizat și alte variabile.

Un alt exemplu de evaluare conceptuală este oferit de Baratta *et al.* (1985). Întrebarea care se pune era echivalența conceptuală, în două culturi, a unui instrument de evaluare a evenimentelor vieții. Să admitem că am avea o modalitate validă intercultural de a măsura simptomele psihofiziologice. Dacă în cele două culturi studiate, evenimentele de viață stresante sînt corelate pozitiv cu simptomele psihofiziologice, atunci instrumentul de evaluare a evenimentelor de viață este echivalent din punct de vedere conceptual în cele două culturi studiate.

În cercetarea PPC, citată anterior, se pune problema echivalenței conceptuale a două instrumente: a unul măsura suportul social, iar celălalt descurajarea. Cercetările anterioare au arătat că suportul social prezintă o corelație negativă cu depresia (Andrews *et al.*, 1978 ; Lin *et al.*, 1979) și cu descurajarea (Flaherty *et al.*, 1986). Aceași relație a fost evidențiată la indienii studiați în cadrul proiectului PPC. Faptul că variabilele în discuție prezintă aceeași relație în cultura studiată în PPC ca și în cultura pentru care fuseseră elaborate inițial instrumentele, a fost considerat drept o dovadă a echivalenței conceptuale a măsurărilor respective.

Aspectele foarte tehnice prezentate în această ultimă secțiune a capitoului arată o diversificare deosebit importantă a procedurilor utilizabile în cercetarea și practica etnopsihopatologică, în special prin introducerea strategiilor cantitative, analizate de mai multe lucrări de sinteză (Irvine & Carroll, 1980; Hui & Triandis, 1985; Flaherty *et al.*, 1988). Fără a nega diversitatea (determinată cultural) a expresiei clinice a tulburărilor psihopatologice, abordarea metodologică prezentată se înscrie în perspectiva etică, perspectivă care vizează formularea unui diagnostic din ce în ce mai standardizat și utilizabil la nivel mondial.

## REZUMAT

Etnopsihopatologia studiază raportul dintre tulburările psihopatologice și cultura pacientului. Freud, reprezentanții școlii culturaliste și neo-freudiene americane, precum și Devereux, au adus contribuții majore la dezvoltarea acestei abordări.

Actualmente, în etnopsihopatologie se confruntă două mari perspective. Prima, denumită etnică, subliniază ceea ce este specific unei anumite culturi și poate fi ilustrată în special prin sindromurile „cu specificitate culturală” sau „legate de cultură” care nu apar decât în anumite comunități culturale. Printre aceste sindromuri pot fi citate *latah*, *koro* și *amok*.

A doua perspectivă, numită **etică**, privilegiază universalitatea tulburărilor, existența unor invarianți clinici. Programele de cercetare ale Organizației Mondiale a Sănătății asupra tulburărilor depresive și schizofreniei aduc argumente în favoarea acestei poziții. În ceea ce privește schizofrenia, de exemplu, rezultatele obținute arată că probabilitatea de apariție a sindromului schizofrenic „central” în diferite populații este aproximativ egală, în ciuda diferențelor culturale și socio-economice care există între aceste populații. În același timp, se constată că, dacă simptomatologia inițială este similară, evoluția tulburărilor este mai favorabilă în țările în curs de dezvoltare.

Una dintre tendințele actuale în etnopsihopatologie - diversificarea metodelor de evaluare diagnostică și introducerea strategiilor cantitative - merită o atenție specială, în acest cadru trebuie subliniat că, pentru a asigura utilizarea corectă a unui instrument de diagnostic într-un nou context cultural, este indispensabilă verificarea echivalenței a cinci dimensiuni majore - echivalența conținuturilor, semantică, tehnică, de criteriu și conceptuală.

## NOTE

1. Georges Devereux (1908-1985) a fost elevul lui Marcel Mauss. Absolvent al Institutului de etnologie din Paris, el face numeroase cercetări de teren. Studiază, printre alții, pe indienii Mohave (din California) și triburile Sedang Moi (din Vietnam). Obține în Statele Unite doctoratul în filosofie, o diplomă de psihanalist și psiholog și predă la Harvard. Revine la Paris, unde ocupă un post de director de studii la Școala de înalte studii în științe sociale. Principalele sale lucrări sînt: *Essais d'ethnopsychiatrie generale* (1970), *Ethnopsychanalyse complementariste* (1972), *Psychoterapie d'un Indien des Plaines* (1982). Devereux creează complementarismul care, împreună cu structuralismul, constituie cele două cadre teoretice ale etnopsihiatriei moderne (Nathan, 1986). El arată că anumite fapte brute țin de două discursuri (etnologic și psihologic) care, deși nu sînt simultane, sînt complementare.
2. Prince și Tcheng-Laroche (1987) propun ca termenul de sindrom legat de cultură să fie utilizat pentru toate sindromurile - incluzînd eventual unele afecțiuni fizice - care sînt limitate la un număr restrîns de culturi, „în principal datorită trăsăturilor lor psihosociale”, într-un comentariu la articolul lui Prince și Tcheng-Laroche, Simons (1987) remarcă faptul că termenul, folosit încă, de „maladie tradițională” (*folk illness*) acoperă același ansamblu de entități ca și termenul de „sindrom legat de cultură”. Simons propune ca acesta din urmă să fie păstrat pentru a desemna, după cum făcuse și Yap (1969), entitățile psihiatrice. Această propunere ar însemna că termenul general ar fi cel de „maladie tradițională”, care ar include sindromurile legate de cultură, fără a se limita la acestea.
3. De la cuvîntul malacian *amok*, care înseamnă „angajare furioasă în luptă”.
4. Landy (1985) propune ipoteza că această entitate ar rezulta, parțial, dintr-o hiper-vitaminoză A.
5. Antropofobiile sînt asemănate de Ellenberger și Murphy (1978) cu fobiile sociale descrise de Janet și cu nevrozele de contact ale autorilor germani.

6. Este ceea ce autorii germani denumesc *Blickphobie*.
7. În cazul *windigo*, de exemplu, Murphy (1978) notează că deși există adesea o bază depresivă, cheia problemei este conflictul real cu care au fost confrunțați numeroși indieni din Nordul Canadei: să mănânce sau nu carne umană atunci când sînt izolați din cauza climatului, în deșertul arctic, riscînd să moară de foame. Mai tîrziu, Murphy ne oferă un exemplu de schimbare a condițiilor culturale legate de un sindrom, în cazul amocului. La începutul secolului al XIX-lea, amok era propagat de legende care descriau persoanele atinse de această stare reacțională ca fiind eroi. În cazurile mai recente, cauza principală ar putea fi „o combinare particulară de narcisism și apărare represivă a Eului, pe care fiecare dintre aceste culturi o încurajează”. Un ultim exemplu se referă la „nebulna curățeniei”, pentru care Ellenberger și Murphy (1978) ne indică acțiunea factorilor culturali: „Rezultă din convorbirile cu aceste femei că, în concepția lor, datoria se identifică unei munci penibile și interminabile, chiar și neproductivă. Dacă trebuie să-și întrerupă munca, fie și din motive de boală, ele suferă un sentiment intens de culpabilitate. Sînt întotdeauna gata să considere ușuratele persoanele care nu au aceeași imagine despre muncă. În viziunea lor, cu cît o muncă este mai dezagreabilă și oboșitoare, cu atît ea este mai meritorie. De aceea, tratarea unei nevroze a curățeniei în Elveția este dificilă, întrucît psihiatru nu trebuie să înfrîngă doar rezistența bolnavei, ci și ansamblul tradițiilor și valorilor culturale”.
8. Un exemplu, referitor la „tristețe, stare depresivă”, reluat din glosarul ce însoțește PETD/OMS, va permite ilustrarea definirii simptomelor și semnelor, a întrebărilor recomandate și exemplor de răspunsuri caracteristice. Definiție: „Stare afectivă neplăcută, caracterizată prin sentimente de tristețe sau detresă. Trebuie notată, de asemenea, prezența simptomului tristeței sau a stării depresive atunci cînd acesta este de foarte scurtă durată și nu se manifestă decît pe durata citoror ore”. Întrebări exploratorii recomandate: (1) „Cum vă simțiți în ultima vreme?”; (2) „Vă simțiți trist, abătut sau nefericit?”; (3) „Vi s-a întîmplat să vă simțiți trist fără a ști cu precizie de ce?”; (4) „Simțiți nevoia de a plînge sau ați avut impresia că totul în jurul dumneavoastră era sumbru și negru?”.
- Exemple de răspunsuri caracteristice: „Deși pot exista variații în conținutul răspunsurilor de la o cultură la alta și în interiorul aceluiași context cultural, depresivii oferă în general o descriere sensibil asemănătoare cu a stării lor de spirit. Variația culturală este observată în special la nivelul frecvenței de utilizare a metaforelor sau a imaginilor pentru a exprima sentimentele depresive resimțite - astfel, bolnavul poate spune că are inima „grea”, „sumbră”, „într-o mîghină”, „care cedează” sau că are impresia de a avea „o piatră pe inimă” sau „un nor deasupra capului”. Folosirea acestui tip de metafore pare a fi mai frecventă în culturile non-europene (în Japonia și Iran, de exemplu). În anumite culturi, aspectele particulare ale tristeții și stării de spirit depresive sînt accentuate - senzația de singurătate și de autocompătîmire (Japonia), nevoia de a plînge (Canada), dezinterese pentru toate (Elveția).”
9. În această clasificare, grupul „depresiei endogene” cuprinde depresia periodică (monopolară), depresia de involuție (tardivă), depresia în formă circulară (maniac-depresivă, bipolară). În schimb, depresia de epuizare, depresia nevrotică și depresia reacțională constituie grupul „depresiei psihogene”. În fine, „celelalte forme de depresie” regroupează tulburările depresive la schizo-afectiv, celelalte forme de tulburări depresive și tulburările depresive neclasificate.
- Pentru a clasifica bolnavii în una din cele două mari grupe diagnostice (depresii endogene și psihogene), se pare că psihiatrii s-au bazat pe diferențele observate la nivelul anamnezei.

- Analiza discriminantă a pus în evidență un fapt care ar putea fi interpretat drept o dovadă a validității conceptuale a distincției fenomenologice între depresile endogene și depresile psihogene. Este vorba de posibilitatea de a stabili distincția dintre bolile depresive endogene și tulburările depresive psihogene pe baza scorurilor medii legate de Factorul 1 (adinamie/încetinire) și 3 (personalitate anormală) cu procente de clasificare eronată mergînd, în diferite centre, de la 21,9% la 34% (cu o medie de 28,3%).
10. Membrii echipei au identificat și contactat toate serviciile și agențiile care puteau reprezenta terenuri posibile de contact pentru subiecții potențiali de studiu. Aceste terenuri aparțineau mai multor categorii majore, mergînd de la resursele psihiatrice locale la resursele nespecializate sau alternative care, în unele zone, includ vîndicătorii tradiționali sau religioși. Pacienții reținuți avuseseră un prim contact cu aceste resurse în cursul ultimilor doi ani.
11. Termenul de incidență se referă la numărul de cazuri de debuturi de boală sau de persoane îmbolnăvite într-o perioadă dată, într-o populație. Termenul de prevalență indică numărul de cazuri sau de bolnavi într-o populație dată, fără a distinge cazurile noi de cele vechi.
12. Simulare a procesului diagnostic, programul CATEGO (OMS, 1974; Wing *et al.*, 1974) imită pur și simplu ceea ce ar trebui să facă un clinician. Aplicînd cele 10 etape ale programului CATEGO la datele din Examenul Stării Actuale, se obține o clasificare diagnostică de referință simulată pe calculator, care poate fi comparată cu cea a psihiatrului clinician. Principalele clase ale CATEGO sînt desemnate prin litere, majoritatea fiind afectate de un indice de incertitudine (+ sau -). Principalele simptome ale clasei S+ (psihoză schizofrenică) sînt: (1) intruziunea în gîndire, ecoul gîndirii sau furtul gîndirii; (2) deliruri de control; (3) voci vorbind de bolnav la persoana a treia sau comentînd gîndurile sau acțiunile acestuia; (4) alte halucinații auditive (ce nu se bazează pe activități); (5) alte deliruri. Dacă unul dintre simptomele (1), (2) sau (3) este prezent, bolnavul este automat clasat S+; la fel, dacă sînt prezente împreună simptomele (4) și (5).
13. Apărut inițial în 1963, acest text al lui Devereux este reprodus în *Essais d'ethnopsychiatrie generale*, constituind capitolul al XXI-lea al acestui volum.
14. În bibliografia la *Essais d'ethnopsychiatrie generale*, Devereux indică necesitatea consultării celei de-a doua ediții, revizuită și adăugită, a acestui document, din 1969.
15. După cum se poate constata, este vorba de o recunoaștere subiectivă („ceva nu merge bine în mine”) sau obiectivă („ceva nu merge bine în tine”). Din punctul de vedere al diagnosticului, este foarte important de stabilit dacă pacientul știe că ceva, în el, nu merge bine sau dacă trebuie să ale de la altă persoană. Devereux reamintește că metoda clasică de diferențiere între nevrozat și psihotic implică tocmai stabilirea absenței sau prezenței acestei conștiințe a pacientului.
16. Autodiagnosticul implică faptul că pacientul recunoaște că ceva central, nuclear este afectat în mod radical în el. Această conștientizare este dureroasă.
17. În societatea occidentală, în care simulatul se trădează în mod frecvent prin falsitatea simptomelor, imaginea nebulnului „așa cum o concepe profanul” nu corespunde cu definiția psihoticului dată în manualele de psihiatrie.

## CAPITOLUL 8

## Psihopatologie etologică

Creat în 1859 de către Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, termenul „etologie” a fost reinventat în 1931 de către Konrad Lorenz (Provost, 1985). Definită de Tinbergen (1951) ca fiind „studiul biologic al comportamentului”, etologia este considerată astăzi de majoritatea cercetătorilor ca fiind studiul comportamentelor speciilor animale în mediul lor natural.

Dacă la origine studiul etologic se referea exclusiv la animale, ulterior el s-a extins și la ființele umane, iar abordarea etologică a unor discipline constituite anterior a dus la apariția eto-psihologiei, eto-psihanalizei, eto-pediatricii, eto-neurologiei, eto-etnologiei, eto-lingvisticii, eto-urbanismului etc. (Cyrulnik, 1987). Această enumerare dovedește marele succes al etologiei<sup>1</sup>.

Apariția unei abordări etologice a psihopatologiei - sau a psihiatricii, anumite cercetări referindu-se la intervenții terapeutice - este legată, în mare măsură, de elaborarea teoriei atașamentului<sup>2</sup>. Rezultată din lucrările lui Harry F. Harlow (etolog american specializat în studiul puilor de maimuță) și ale lui John Bowlby, psihanalist englez cunoscut pentru studiile sale asupra carenței îngrijirilor maternale (Harlow, 1958; Bowlby, 1958, 1969, 1973), teoria atașamentului arată că anumite modele ale comportamentului animal sînt valabile pentru prima copilărie a ființei umane : (a) copilul se atașează de mama sa și de mediul său prin mecanisme analoge sau asemănătoare celor întâlnite la animal; (b) ruptura legăturilor, lipsa îngrijirilor maternale provoacă la animale tulburări asemănătoare sau analoge celor cunoscute la ființa umană. Atașamentul este, după cum subliniază Zazzo (1974), un sistem de reacții ce nu este învățat; nevoia de atașament este o necesitate primară<sup>3</sup> care, pentru a se realiza, ar dispune de mecanisme înnăscute. Statutul său este la fel de fundamental ca și comportamentul alimentară la funcția sa de nutriție și comportamentul sexual cu funcția sa de reproducere. Bowlby (1974) arată că funcția biologică a comportamentului de atașament este o funcție de protecție.

Rezultatele cercetărilor realizate în cursul ultimilor 25 de ani au îmbogățit considerabil cunoștințele privind atașamentul, direcție de cercetare la care s-au adăugat și alte direcții cum ar fi studiul etologic al autismului infantil, al schizofreniei, al depresiei sau întârzierii mintale. Astfel s-a constituit și dezvoltat progresiv domeniul psihopatologiei etologice. Această evoluție este ilustrată de apariția în anii '70 a mai multor lucrări fundamentale elaborate de Hutt și Hutt (1970), White (1974), Kranz și Heinrich (1975), McGuire și Fairbanks (1977a), Corson *et al.* (1980). Literatura de limbă franceză s-a îmbogățit și ea grație unor contribuții cum ar fi articolele lui Schappi (1979) și Bracinha-Vieira (1982) sau articolul lui Cyrulnik (1987), care introduce „etologia umană și clinică” în volumele de psihiatrie ale *Enciclopediei Medico-Chirurgicale*. În fine, două volume constituie contribuții majore în domeniul psihopatologiei etologice: *Etnologie et psychiatrie* (Demaret, 1979) și *Modele ethologique et criminologie* (Debuyst, 1985)<sup>4</sup>.

În fața tuturor acestor dezvoltări se pune o întrebare : ce aduce nou etologia în înțelegerea tulburărilor psihopatologice? După McGuire și Fairbanks (1977b), această contribuție vizează trei aspecte principale :

(a) orientarea filosofică după care oamenii fac parte din regnul animal și faptul că numeroase analogii pot fi realizate între comportamentele umane și cele animale prezintă semnificative implicații potențiale pentru studiul fenomenelor psihopatologice;

(b) o contribuție metodologică ce constă în utilizarea metodelor de observație etologică<sup>5</sup> pentru constituirea unei baze de date privind comportamentele umane patologice, contribuție care ar conduce, de asemenea, la studiul acestor comportamente în afara biroului terapeutului sau spitalului de psihiatrie. Atitudinea etologică, a cărei importanță a fost subliniată de White (1974), constă în a observa și descrie comportamentele subiectului înainte de a lua în discuție diversele patologii existente și a trece, eventual, la experimentare;

(c) datele deja disponibile privind sistemele animale relativ simple și cele oferite de experimentele pe primat constituie o contribuție informațională care permite o mai bună înțelegere a comportamentului uman. Evident însă, după cum subliniază și Cosnier (1977), nu putem transpune ceea ce este specific unei specii la alta, fără cea mai mare prudență.

Pe lângă aporturile notate de McGuire și Fairbanks, ni se pare important de subliniat valoarea euristică a perspectivei etologice, aspect pe care-l menționează Sivadon (1979) în Prefața la lucrarea lui Demaret. Abordarea etologică permite, într-adevăr, formularea a numeroase ipoteze privind originea diferitelor tulburări psihopatologice. Trebuie semnalate aici două direcții:

- existența unor analogii între comportamentele notate la bolnavii mintali și comportamentele adaptative prezente la diferite specii animale, analogii semnalate în numeroase lucrări, îl conduce pe Demaret (1979) să propună modele etologice pentru tulburări foarte variate, cum ar fi onicofagia, tricotilomania, agorafobia, isteria, anorexia mintală, catatonie sau psihoza maniaco-depresivă. Acest autor îi citează drept exemplu pe Gallup și Maser (1977), care au identificat un important număr de caracteristici comune catatoniei umane și reacțiilor de imobilizare prezente la animalele amenințate sau capturate de un animal de pradă.

- studiul comparat al creierului uman și al creierelor animalelor l-au condus pe McLean (1973 ; 1974) la concluzia privind alcătuirea creierului primatelor și al omului din trei formațiuni (creierul reptilian, cel paleomamifer și mamifer) care, o dată integrate, constituie creierul trunnic<sup>6</sup>. Deficitele de integrare, survenite în anumite condiții patologice, ar putea conduce la „eliberarea” unor comportamente „primitive”, programate în creierele arhaice. În aceste condiții, tulburările psihiatrice ar constitui „radicali biologici” (Bilz, 1971) și ne-ar dezvălui, după expresia lui Demaret (1979), „structuri fosile ale comportamentului”, îngropate în creierele reptilian și paleomamifer.

Acest capitol nu poate să facă un bilanț al tuturor datelor disponibile în cimpul psihopatologiei etologice. El va aborda însă două aspecte majore. Prima parte a capitolului va fi consacrată aporturilor metodologice. În a doua parte, un exemplu clinic, cel al enureziei, ne va permite să ilustrăm geneza ipotezelor etologice în psihopatologie și modul în care acestea sînt testate.

## A. CONTRIBUȚII METODOLOGICE

Într-un articol care reproduce, cu mici modificări, conferința ținută pe 12 decembrie 1973 la Stockholm, cu ocazia primirii premiului Nobel pentru fiziologie și medicină, Tinbergen (1974) arată cum metoda clasică „observare și interogare” (*watching and wondering*) ne permite să înțelegem mai bine autismul infantil precoce. Acest demers îl conduce pe Tinbergen să stabilească o paralelă între comportamentele de tip autistic și eliminarea acestora pe de o parte, iar pe de altă parte ceea ce putem observa cînd vizităm sau primim pentru prima oară vizita unei familii care are un copil mic.

Tinbergen descrie cu minuțiozitate toate etapele pe care le străbate copilul în interacțiunile sale cu adultul necunoscut, etape care merg de la evitarea privirii, de la absența contactului vizual, la instalarea unei relații de proximi-

tate implicînd numeroase schimburi. Pe această bază, Tinbergen reanalizează datele disponibile privind copiii „autiști permanenți”. El consideră că majoritatea autiștilor, precum și părinții lor, sînt victimele unui stres al mediului înconjurător. Acesta ar determina la majoritatea copiilor viitori autiști o tulburare emoțională, o formă de nevroză anxioasă care ar împiedica sau întîrzie apariția la acești subiecți a comportamentelor de afiliere și a socializării lor, întîrziere care ar avea, la rîndul ei, consecințe asupra dezvoltării limbajului, explorării, cititului și altor forme de învățare.

Textul lui Tinbergen constituie un exemplu bun de aplicare a abordării etologice la o problemă de psihopatologie. El arată că acest tip de abordare permite stabilirea unor asemănări între comportamentele patologice și comportamentele normale la o vîrstă dată și/sau în anumite circumstanțe. El arată, de asemenea, cum abordarea etologică conduce la ipoteze etologice care stau la baza aplicării unor demersuri terapeutice vizînd, în cazul autismului, reducerea anxietății și reînceperea unei socializări adecvate.

În primul rînd, articolul lui Tinbergen ilustrează aportul metodologic al etologiei<sup>7</sup>. El arată, într-adevăr, că o parte importantă a contribuției etologilor la înțelegerea manifestărilor psihopatologice o reprezintă descrierea, prin observație, a schemelor comportamentale. Pentru un etolog, această fază descriptivă este preambulul obligatoriu al oricărui demers privind formularea de ipoteze referitoare la cauzalitatea elementelor patologice sau la intervenție.

În punct de vedere metodologic, cercetarea bazată pe o abordare etologică va cuprinde trei faze : descriptivă, exploratorie și evaluativă (Strayer & Gauthier, 1985).

Faza descriptivă se împarte în trei etape succesive și vizează cunoașterea cît mai completă a repertoriului comportamental al subiecților studiați, adică elaborarea etogramei acestora.

- Prima etapă, aceea a **observației naive**, implică o examinare informală ce permite cercetătorului identificarea și, ulterior, descrierea comportamentului subiecților studiați, precum și a mediului fizic în care are loc observația.

- În cursul celei de-a doua etape, cercetătorul elaborează o **listă a comportamentelor observate**, fiecare fiind descris minuțios, urmărind cu atenție ca descrierea să fie validă indiferent de mediu.

- A treia etapă este consacrată **regrupării comportamentelor** din listă în categorii sau clase de scheme comportamentale. Produsul final al fazei descriptive este, în consecință, un sistem descriptiv coerent al repertoriului comportamental al subiecților studiați.

Faza exploratorie este consacrată examenului preliminar al efectelor diferențiate pe care anumiți factori selecționați (factori organici sau de mediu) pot să le aibă asupra comportamentelor identificate, descrise și clasificate în cursul primei faze. Pentru aceasta, cercetătorul trebuie să efectueze o serie de sarcini: (a) să formuleze scopuri precise de cercetare; (b) să selecționeze subsamblul de elemente comportamentale ale listei descriptive care este adecvat scopurilor cercetării propuse și care va fi utilizat mai târziu în cadrul fazei evaluative a cercetării; (c) să realizeze o observare *ad lib* centrată pe subsamblul selecționat; (d) să aleagă tipul de înregistrare adecvat, cunoscându-se că este posibilă măsurarea frecvenței de apariție a comportamentelor, a duratei acestora și secvenței comportamentale (adică organizarea comportamentelor exprimate în termeni de probabilități de tranziție de la un element comportamental la altul).

Tehnica de înregistrare propriu-zisă pot fi grupate în două mari categorii (Gauthier, 1985). Prima este cea a tehnicilor polivalente, utilizabile în toate fazele, descriptivă, exploratorie și evaluativă, ale unei cercetări observaționale:

- înregistrarea tip hârtie-creion a principalelor evenimente petrecute în decursul unei ședințe de observație;

- înregistrarea pe bandă magnetică a informațiilor pe care observatorul le culege și le dictează (înregistrarea poate fi continuă sau se poate referi doar la evenimentele semnificative și la anumite repere temporale, aparatul oprindu-se atunci când observatorul încetează să mai dicteze);
- înregistrarea cinematografică sau videocopică, metodă care permite conservarea datelor observate pe un suport accesibil în mod repetitiv.

A doua categorie este constituită din patru tehnici evaluative fixe, a căror aplicare este specifică fazei evaluative:

- grila de codare manuscrisă, unde coloanele corespund intervalelor temporale ale observației, intervale de durată egală și distribuite în mod aleator, iar liniile corespund diverselor comportamente observate;
- utilizarea unei claviaturi (fiecare buton corespundând unui comportament diferit) legate de sisteme de contorizare (pentru frecvență) și cronometrare (pentru calculul duratei);
- utilizarea de aparate automate de înregistrare a evenimentelor, implicând folosirea butoanelor unei claviaturi care, în mod analogic sau digital, influențează mișcarea unui set de ace inscriptoare pe un mediu de înregistrare;
- folosirea unui aparat de codare având la bază un microprocesor.

O a treia și ultimă fază a unei cercetări de tip etologic, faza evaluativă, permite verificarea generalității relațiilor examinate în mod informal, în cursul fazei exploratorii. Evaluarea sistematică realizată în această fază poate fi de două tipuri:

- evaluarea normativă, care permite descrierea normelor comportamentale specifice pentru anumite populații;

- evaluarea ce permite studierea, pe o populație dată, a diferențelor comportamentale atribuibile diferiților factori organici sau de mediu studiați. Acest al doilea tip de evaluare corespunde în mai mare măsură planurilor experimentale și cvasi-experimentale de cercetare<sup>10</sup>.

În practică, cele trei faze prezentate, descriptivă, exploratorie și evaluativă nu sînt obligatorii succesive. Unele cercetări, de exemplu, nu depășesc faza descriptivă; în altele, faza descriptivă este urmată imediat de cea evaluativă. Situația aceasta poate fi ilustrată printr-o cercetare asupra comportamentelor stereotipe prezentate de copii orbi, de vîrstă preșcolară, plasați într-un grup de copii de aceeași vîrstă (Dumont & Markovits, 1985). Apărînd cu o frecvență relativ ridicată la copiii normali mai mici de un an, comportamentele stereotipe reprezintă o problemă importantă pentru copiii orbi. Ele contribuie la izolarea socială a acestora (Goupil, 1981), iar prezența lor întîrzie emergența unor comportamente, în special a comportamentelor exploratorii (Fraiberg & Freeman, 1964). Eliminarea comportamentelor stereotipe este considerată de către Risley (1968) drept necesară înaintea învățării unor noi comportamente.

În cercetarea lor, Dumont și Markovits (1985) au studiat șase fete, cu media de vîrstă de 49 luni. Cecitatea lor avea cauze diferite: anoftalmie, tumoare cerebrală, atrofie optică, amauroză congenitală, cecitate de origine corticală. Aceste fete nu fuseseră niciodată introduse într-un grup de copii, iar Dumont și Markovits au studiat tocmai gesturile lor stereotipe în cursul unei prime experiențe de acest tip, în contextul unor activități structurate sau al unor jocuri libere.

În cursul unei prime faze descriptiv-analitice a cercetării, o perioadă de două ore de observare naivă a grupului în ansamblul său, în timpul unor jocuri libere, a permis identificarea a 18 gesturi stereotipe. Acest repertoriu de comportamente, compus simultan din gesturi orientate spre obiecte sau spre corp, a fost grupat în șase categorii, constituite pe baza celor mai implicate părți ale corpului în fiecare gest (față, cap, miini, trunchi, picioare, tălpi).

Faza evaluativă a durat patru săptămîni. Folosind o eșantionare prin observare focalizată pe un subiect, autorii au obținut la fiecare copil un total de 90 de minute de înregistrare (18 șantioane de cîte 5 minute fiecare): 50 de minute de activități structurate și 40 de minute de joacă liberă. Pe ansamblul celor 1006 de gesturi stereotipe observate în cursul celor nouă ore de observare directă, 87% sînt gesturi corporale și doar 13% sînt gesturi



stereotype legate de obiecte. Circa 86% dintre gesturile stereotype (în de trei dintre categoriile menționate anterior (mînă, cap, față). Dumont și Markovits constată că 59% dintre gesturile observate corespund emiterii a patru mișcări specifice: rotește-capul, agită-mîna, apasă-ochiul și leagănă-corpul". În fine, frecvența relativă medie pe copil este de 112 gesturi pe oră, iar durata medie a gesturilor este de 9,24 secunde.

Alte două rezultate permit inițierea unei discuții privind semnificația gesturilor stereotype. Este vorba în primul rînd de faptul că, pe ansamblul grupului, frecvența medie a gesturilor este mai mare în contextul activităților structurate: 122 gesturi/oră, comparativ cu doar 106 gesturi/oră în cazul jocurilor libere. Atunci cînd se face această comparație la fiecare copil, predominanța gesturilor stereotype în cursul activităților structurate este înfîlînită la 4 dintre cei 6 copii studiați. O frecvență mai mare în cadrul activităților structurate ar tinde să confirme ipoteza conform căreia comportamentele stereotype ar constitui o formă de activitate de deplasare sau de activitate substitutivă. Aceste activități apar în cazul situațiilor devenite intolerabile în care subiectul nu se poate descărca de tensiunile sale, în situațiile de conflict între două tendințe antagoniste, în situațiile de confuzie sau atunci cînd subiectul trăiește o întrerupere prematură a unei acțiuni în curs de realizare (Tinbergen, 1952)<sup>12</sup>. S-ar putea ca activitățile structurate propuse celor 6 fete să le pună într-o situație susceptibilă de a declanșa emisii gesturilor stereotype ca activități de deplasare sau substitutive. Aceasta confirmă rezultatele lui Kaufman și Levitt (1965), care notau că producția de gesturi stereotype este legată de o prea mare acumulare a presiunilor asupra organismului, precum și cele ale lui Smith *et al.* (1969), care constatau că frecvența gesturilor stereotype crește atunci cînd există solicitări excesive din partea mediului.

Această interpretare a gesturilor stereotype drept activități de deplasare este însă repusă în discuție de un alt rezultat al cercetării lui Dumont și Markovits. Analiza datelor în funcție de durata experienței indică o creștere a mediei de la 84 de gesturi/copil/oră în decursul primei săptămîni, la 133 gesturi/copil/oră, în a patra săptămîină. Conform ipotezei după care comportamentele stereotype ar constitui activități de deplasare, autorii se așteptau mai curînd la o creștere inițială a frecvenței de apariție a gesturilor stereotype, care ar fi legată de stresul generat de noutatea unei experiențe de grup. Or, în cercetarea prezentată, creșterea principală apare în decursul celei de-a doua săptămîni<sup>13</sup>. În această situație, Dumont și Markovits consideră că este esențială o verificare, în contexte mai variate, a ipotezei că gesturile stereotype ar constitui activități de deplasare.

## B. UN EXEMPLU CLINIC: ENUREZIA

Formularea cea mai elaborată a unei ipoteze etologice privind enurezia ne este oferită de Bourguignon și Guillon (1977). Pentru acești autori, enurezia ar constitui rezultanta acțiunii conjugate a trei variabile: (a) o predispoziție ereditară facilitînd dereprimarea patologică a unui comportament înnăscut ce prezintă analogii (fără omologie) cu marcarea teritoriului; (b) regresia Eului în timpul fazei a IV-a al somnului; (c) conflictul psihic legat de o punere în discuție a spațiului personal al subiectului.

Observația clasică (Frary, 1935) privind frecvența mai ridicată a enureziei la rude și în fratrii a fost confirmată ulterior de către diferiți cercetători. Doleys (1989) notează că circa 75% dintre persoanele ce prezintă legături de rudenie de gradul I cu enureziei au fost și ele enurezice. În același timp, existența unei predispoziții ereditare este sprijinită de rezultatele lui Bakwin (1971, 1973), care arată o concordanță ridicată a enureziei la gemeni. În cazul monoziigoților, procentul concordanței este de aproape două ori mai mare decît cel observat la dizigoți (68%, față de 36%). Nu există pînă acum nici un studiu pe gemeni crescuți separat (Riddle & Cho, 1989).

Dacă toate datele prezentate pledează în favoarea existenței unei componente genetice în apariția enureziei, nu poate fi actualmente precizat modul de transmitere sau mecanismele genetice specifice care determină enurezia funcțională (Riddle & Cho, 1989).

Pentru Bourguignon și Guillon (1977), enurezia nocturnă ar face parte dintr-o categorie particulară de comportamente înnăscute, cele care sînt normal inhibitate, reprimare prin factori biologici sau culturali și care se pot manifesta în anumite circumstanțe excepționale. Mai precis, ar fi vorba de un comportament oarecum analog (fără a fi, după cum am mai spus-o, omolog) comportamentului de marcarea a teritoriului prin urină, comportament prezent la un mare număr de mamifere (șoareci, șobolani, cîini, lupi, feline, maimuțe inferioare). Componenta genetică discutată în paragrafele anterioare ar fi responsabilă de transmiterea la copil a unei predispoziții la dereprimarea patologică a acestui comportament.

Ipoteza etologică a lui Bourguignon și Guillon introduce o a doua variabilă, a cărei acțiune ar contribui la apariția enureziei: regresia Eului în timpul fazei a IV-a a somnului. Această afirmație se bazează pe mai multe cercetări care indică faptul că emisii involuntare a urinei se produce în

tempul somnului profund, cu unde lente. Autorii uneia dintre aceste cercetări, Gastaut și Broughton (1963) descriu astfel „episodul enurezie” : cu o durată de cinci minute, el începe în timpul unei faze de somn lent și profund (faza a IV-a) și produce o modificare a traseului EEG (întoarcere la faza a II-a sau I-a, sau chiar la un traseu de veghe, subiectul prezentînd toate semnele clinice ale somnului).

În discuția asupra acestui aspect, Bourguignon și Guillon opun fazei paradoxale a somnului (unde ar avea loc, după teoria lui Jouvet, reprogramarea și reactivarea comportamentelor înnăscute necesare adaptării individului la mediu), faza somnului profund cu unde lente în care, în conformitate cu acești doi autori, s-ar produce o importantă regresie a Eului cu eliberarea unor comportamente arhaice, ineficace din punctul de vedere al adaptării la mediu<sup>14</sup>, dar răspunzînd la anumite modificări semnificative produse.

Studii mai recente, fără a repune complet în discuție rolul factorilor legați de somn, contrazic unele dintre faptele utilizate de Bourguignon și Guillon pentru a sprijini rolul regresiei Eului în timpul celei de-a IV-a faze a somnului. Astfel, studiul ciclului somnului la copiii enurezici, realizat de către Mikkelsen *et al.* (1980) indică, pe de o parte, că emisia de urină poate apărea în oricare stadiu al somnului și, pe de altă parte, că procentul de somn cu unde lente la copiii enurezici este mai mare decît la ceilalți copii, în același timp, Norgaard *et al.* (1985) constată absența modificărilor stadiului somnului în timpul episoadelor enurezie. Unele rezultate ale unui studiu longitudinal întreprins de Ferguson *et al.* (1986) sugerează că acei copii care dobîndesc mai tîrziu controlul sfinterian nocturn, dorm mai mult în decursul primilor doi ani de viață. Toate faptele menționate în acest paragraf arată că sînt necesare și alte cercetări pentru a preciza rolul factorilor legați de somn în apariția enureziei.

A treia variabilă menționată în ipoteza etologică a lui Bourguignon și Guillon este existența unui conflict psihic legat de o punere în discuție a spațiului personal al subiecților<sup>15</sup>. Numeroase studii citate de cei doi autori indică o incidență mărită a enureziei în diferitele tipuri de colectivități (internate, orfelinate, cazărmi, kibutzuri etc.). Erikson (1982) scria chiar că enurezia este „simptomul normal al copilului înregimentat care își regretă casa”<sup>16</sup>.

Pentru a sprijini rolul celei de-a treia variabile implicate, după ei, în apariția enureziei, Bourguignon și Guillon prezintă, pe lîngă datele bibliografice, concluziile pe care le extrag din studiul unui grup de 17 enurezici al căror simptom a persistat pînă la vîrsta adultă și a căror enurezie era dobîndită, chiar reacțională. La 14 dintre acești bolnavi, ei notează drept

cauze declanșatoare evenimente care ar putea fi interpretate în termeni de apărare sau de marcarea a teritoriului: (a) obligația de a-și abandona teritoriul personal (plecarea în gazdă, părăsirea căminului, emigrare) cu marcarea noului teritoriu pentru a-l lua în posesie, a-l personaliza; (b) contestarea de către altcineva a teritoriului personal (bombardament, risc de închisoare); (c) apariția unui rival în teritoriul personal (sosirea în familie a unui frate sau a unei surori, a unui socru sau a unei soacre). Bourguignon și Guillon arată, de asemenea, că faptele care constituie o reactivare a amenințării teritoriului, de exemplu cearta cu persoana resimțită drept intrusă, sau obligația de a părăsi o persoană ce fusese puternic investită afectiv, constituie factori de agravare a simptomului.

O dovadă experimentală privind posibilitatea de a interpreta enurezia (ca și encoprezia) drept o apărare teritorială prin intermediul unor marcaje, este furnizată de Hereford *et al.* (1973).

Acești autori formulează ipoteza că o extindere a teritoriului personal și, prin urmare, o delimitare vizibilă a acestui teritoriu ar reduce manifestările de tipul enureziei sau encopreziei. Pentru a verifica această ipoteză, Hereford *et al.* au studiat nouă deficienți mintali profund, cu vîrste între 19-39 ani și al căror coeficient social, măsurat cu ajutorul scalei de maturitate socială Vineland, era situat între 4 și 22. Durata medie a instituționalizării lor era de 6,75 ani. Paturile celor 9 subiecți se aflau în aceeași cameră cu alte 16 deficienți mintali profund. Opt dintre cei 9 subiecți manifestau comportamente care, după Hereford *et al.*, puteau fi interpretate drept teritoriale (recunoașterea propriului pat, de exemplu); 6 din cei 8 subiecți păreau perturbăți de situațiile în care alți rezidenți încercau să doarmă în locul lor.

Pe durata experimentării, starea paturilor în care dormeau subiecții era evaluată, în fiecare dimineață, utilizînd următoarele șase categorii: (a) *udat*<sup>17</sup> (situație în care nu doar cearșaful era ud, ci exista și o acumulare de urină pe husa saltelei); (b) *udat*<sup>18</sup> și defecație; (c) *udat* (situație în care doar cearșaful era ud); (d) *udat* și defecație; (e) *uscat*; (f) *uscat* și defecație. Experimentul a durat 18 zile, și această perioadă a fost împărțită în patru faze :

1. culegere de date pentru a stabili un **nivel de bază** (patru zile);

2. **expansiune spațială** (cinci zile), ca urmare a transferului a 16 paturi din zona experimentală. Astfel, în dormitor nu au rămas decît 9 subiecți, aranjați astfel încît noul spațiu să fie repartizat în mod egal. Această rearanjare a eliminat 64% din aglomerare;

3. stabilirea, la limitele spațiului personal, a unor **frontiere vizibile** (cinci zile). Pentru a diviza spațiul în zone ușor de reperat, cercetătorii au

lipit pe sol benzi adezive de vinilin galben. Astfel, suprafața mai mare de care dispunea fiecare subiect începînd cu faza a 2-a era delimitată, în faza a 3-a, pe cele patru laturi;

4. **revenirea la situația inițială.** în cursul ultimelor patru zile de experimentare, subiecții au fost evaluați după reintroducerea celor 16 vecini care fuseseră scoși din dormitor în fazele a 2-a și a 3-a. în același timp, banda galbenă a fost îndepărtată. Această ultimă fază a fost gîndită pentru a stabili dacă revenirea la teritoriul inițial (mai restrîns și fără delimitare vizibilă) va antrena o reapariție la nivelurile inițiale a enurezicii și encoprezicii.

Rezultatele obținute arată că, în conformitate cu ipoteza de pornire, mărirea teritoriului conduce la o creștere a frecvenței paturilor uscate. O altă creștere a acestei frecvențe este obținută după introducerea frontierelor vizibile. în cursul ultimei faze însă, deși există o ușoară tendință, nu asistăm la o revenire la nivelurile inițiale. Pe această temă, Hereford *et al.* se întreabă dacă o perioadă de patru zile nu ar fi insuficientă pentru ca tendința regresivă să poată conduce la nivelurile inițiale.

Autorii acestei cercetări consideră rezultatele obținute drept o dovadă că la persoanele care dispun de mijloace limitate de comunicare, apărarea teritorială poate lua forma marcării odorante realizate prin intermediul enurezicii și encoprezicii. în acest sens, cercetarea lui Hereford *et al.* sprijină ipoteza etologică a lui Bourguignon și Guillon.

## REZUMAT

Cu precădere după apariția teoriei atașamentului, etologia - adică studiul comportamentelor speciilor animale în mediul lor natural - a început să exercite o influență metodologică și conceptuală asupra psihopatologiei. Aportul etologiei este și euristic, întrucît ea permite formularea de ipoteze privind originea tulburărilor psihopatologice.

O componentă importantă a contribuției etologilor la înțelegerea manifestărilor psihopatologice este constituită de descrierea minuțioasă a schemelor comportamentale. Această fază descriptivă este un preambul obligatoriu al oricărei cercetări ce vizează formularea de ipoteze privind cauzalitatea faptelor patologice. Cercetarea bazată pe o abordare etologică cuprinde trei faze: descriptivă, exploratorie și evaluativă.

Capitolul conține, de asemenea, un exemplu de ipoteză etologică, cea a lui Bourguignon și Guillon (1977) privind enurezia. Pentru acești autori, enurezia ar fi rezultatul acțiunii conjugate a trei variabile: (a) o predispoziție ereditară ce facilitează dereprimarea patologică a unui comportament înnăscut, ce prezintă o analogie - fără omologie - cu marcarea teritoriului; (b) regresia lui, în timpul fazei a IV-a

a somnului; (c) conflictul psihic legat de o punere în discuție a spațiului personal al subiectului. Este ilustrat, de asemenea, unul în care este testată o asemenea ipoteză etologică.

## NOTE

1. Această lungă listă ne reamintește post-scriptumul lui Rene Zazzo (1974) la articolul său despre atașament. Constatînd entuziasmul față de etologie, știință „la moda”, Zazzo concluzionează avertizîndu-ne că „utilizarea haotică a conceptelor etologiei ar conduce la un nou delir al științei”.
2. în Franța, problema atașamentului este abordată public pentru prima dată în septembrie 1970, la Lille, în cadrul Zilelor Asociației de Psihologie Științifică de Limbă Franceză, unde psihanalistul belgian Francois Duyckaerts a prezentat raportul intitulat „Obiectul atașamentului: mediator între copil și mediul său” (Duyckaerts, 1972). în 1972, Zazzo publică în revista *Orientation Scolaire et Professionnelle*, un articol despre „Atașament. O nouă teorie despre originile afectivității”. Avînd la bază acest articol, Zazzo organizează o dezbateră „imaginară” (de fapt epistolară) la care au mai participat unsprezece personalități: etologi (Harlow, Lorenz, Chauvin), un pedo-psihiatru (Koupernik), un psiholog de copii (Malricu), psihanalisti de diverse orientări (Anzieu, Bowlby, Duyckaerts, Lebovici, Spitz și Widlocher). Ansamblul contribuțiilor la această dezbateră a fost publicat, în 1974, într-un volum intitulat *L'attachement*, (Anzieu *et al.*, 1974).
3. Harlow a descoperit că la puil de maimuță, căutarea hranei este sacrificată în favoarea căutării contactului cu mama. Acest contact asigură un confort, o securitate pe care nimic nu le poate înlocui. Oferindu-i puului de maimuță „înlocuitori” de mamă, Harlow a demonstrat experimental prevalența contactului asupra căutării hranei.
4. La lucrările deja menționate, ni se pare important de adăugat volumele privind modelele animale ale comportamentului uman publicate de Brion și Ey (1964), Cosnier (1966) și Centrul Național de Cercetare Științifică (1972).
5. După cum subliniază Cyrulnik (1987), etologia nu are exclusivitatea observației, iar clinica medicală și psihologică nu este lipsită de aceasta. Ceea ce caracterizează observația clinică este atitudinea sa referențială, care fundamentează semiologia medicală și care constă în percepe informațiile senzoriale, a le compara, iar apoi a le raporta la o leziune inaccesibilă. Cit despre observația etologică, ea este caracterizată de atitudinea pe care White (1974) a descris-o (și care este menționată în acest capitol). Diferitele detalii tehnice privind tipul de observație sînt prezentate în prima parte a acestui capitol, unde sînt abordate contribuțiile metodologice ale etologiei.
6. Partea cea mai primitivă a creierului, „creierul reptilian” constituit din sistemul reticulat, mezencefalul, ganglionii bazali și complexul nucleu caudat (putamen) globus pallidus, are un rol predominant în programele comportamentale legate de delimitarea teritoriului, stabilirea ierarhiilor în grupuri, sexualitatea etc. Moștenire de la reptilele mai evaluate, „creierul paleomamifer” este reprezentat de sistemul limbic sau rinencefal. El joacă un rol important în funcțiile emoționale, viscerosomate și endocrine. Creierul „neomamifer”, caracteristic mamiferelor superioare, permite achiziții comportamentale importante.
7. Tinbergen arată că această metodă (dezvoltată de strămoșii vînători-culegători și utilizată încă de boșimani, eschimoși și aborigenii australieni) a fost utilizată pentru prima dată

- ca metodă științifică aplicată la om de către Darwin, în 1872, în lucrarea *The expression of the emotions in man and the animals*.
8. Observațiile prezentate în textul din 1974 sînt citate după un text anterior semnat de Tinbergen și soția sa (E.A. Tinbergen & N. Tinbergen, 1972).
  9. Este vorba de un procedeu de eșantionare comportamentală descris de Altmann (1974). Așa cum indică și numele său (*ad lib* înseamnă în mod improvizat), procedeul respectiv este suplul.
  10. Se spune că un plan este cvasi-experimental atunci cînd el face apel la un mod de analiză și de interpretare caracteristic metodei experimentale, fără a satisface însă toate exigențele controlului experimental strict (Campbell, 1968). Printre planurile cvasi-experimentale pot fi citate planurile cu grup de control neechivalent, planurile simulate înainte-după, planurile cu secvențe temporale întrerupte (Fortin, 1982).
  11. Gestul ritmic „rotește-capul” este orizontal și se realizează în mod circular sau urmînd o traectorie în formă de „8”. „Agită-mîna” este un gest ritmic implicînd o direcție fixă sau multiplă a mîinii (mîinilor) sau antebrațului. Gestul „apasă-ochiul” este aritmic și de intensitate slabă spre moderată. El implică un deget, mai multe degete sau mîna în contact continuu cu ochiul. În fine, gestul „leagănă-corpul” este ritmic (orizontal, vertical sau lateral) și implică bazinul, trunchiul sau întreg corpul.
  12. Este vorba de activități aparent fără legătură în contextul în care ele se produc (Demaret, 1979). De exemplu, doi cocoși care se luptă, încep brusc să ciugulească pămîntul unde nu se găsește nimic de mîncare.
  13. Se poate formula ipoteza alternativă că, din cauza neintegrării sau a dificultăților de integrare în grupul de copii, stresul a crescut progresiv.
  14. Alte evenimente episodice cum ar fi somnolovcia, somnambulismul, legănarea capului, *incubus* și spamele nocturne apar în timpul procesului de trezire din somnul profund, în cadrul unor „modificări ale EEG” (Gastaut *et al.* 1965).
  15. Cu ajutorul diferitelor exemple, Bourguignon și Guillon (1977) arată prezența comportamentului teritorial și la om: acesta marchează limitele proprietății sale prin garduri sau panouri; un ritual bine definit este necesar pentru a depăși limitele teritoriului celui alt; în interiorul spațiului în care evoluează, omul investește în mod stabil anumite locuri etc.
  16. Berge (1946) citează experiența lui Lewis și Ostroff, unde ceea ce se regretă este spațiul colectiv. Acești doi cercetători au mutat opt copii sănătoși, cu vîrste între 3 și 4 ani, dintr-un dormitor larg în camere mici, individuale. Aceste mutări au produs enurezie la toți acești copii. Ea a încetat după întoarcerea în dormitoriul comun.

## CAPITOLUL 9

# Psihopatologie existențialistă

În Franța, dar și în țările de limbă engleză există oarecare confuzie între gîndirea fenomenologică și abordarea existențialistă. Aceasta se explică (cel puțin în parte) prin traducerea termenului *Daseinsanalyse*, utilizat pentru a denumi metoda elaborată de Binswanger în cadrul curentului fenomenologic prin „analiză existențială” sau *existential analysis*. Această traducere acoperă concepții diferite asupra existenței umane și o serie de metode terapeutice care sînt, adesea, în opoziție clară (Boss & Condreau, 1975)<sup>1</sup>.

Profund influențată de filosofia existențialistă<sup>2</sup> de la care împrumută elemente importante ale cadrului teoretic și o mare parte a vocabularului, psihiopatologia existențialistă este o abordare relativ puțin cunoscută, în ciuda importanțelor sale implicații în înțelegerea existenței persoanei ce prezintă tulburări psihice, precum și a tulburărilor înseși.

Lucrările apărute după al doilea război mondial indică un interes constant pentru acest tip de abordare. Să menționăm, cu titlu de exemplu, volumul lui Allers (1961) privind existențialismul și psihiatria, sau articolul publicat de Benda (1966) în importanta revistă *American Journal of Psychiatry* sub titlul „Ce este psihiatria existențială?”. Să notăm, de asemenea, că începînd din 1961 apar în Statele Unite periodicul *Review of Existential Psychology & Psychiatry*<sup>3</sup>.

Marea majoritate a contribuțiilor se referă la domeniul intervenției. Deja în 1949, Weigert publică lucrarea sa privind relațiile existențialismului cu psihoterapia, iar în 1966 apare cartea lui Moustakas despre psihoterapia existențialistă la copii. Majoritatea eforturilor de cercetare și reflecție au fost orientate tocmai în direcția intervenției psihoterapeutice. Principalul reprezentant al acestei direcții este Rollo May<sup>4</sup>, psiholog și psihianalist, care s-a aflat o lungă perioadă în fruntea curentului psihoterapiei existențialiste americane. Lunga listă a lucrărilor publicate de Rollo May<sup>5</sup> dovedește amploarea operei sale și explică de ce capitolul de față este bazat în cea mai

mare parte pe contribuțiile acestui autor. Care sînt însă celelalte personalități care au participat la constituirea acestui nou cîmp ? Într-un capitol consacrat emergenței psihologiei existențiale, termen pe care îl folosește pentru a desemna, fără a preciza, atît abordarea existențialistă a psihologiei persoanei normale, cît și aceea a psihopatologiei și psihoterapiei, Rollo May (1969) citează în special<sup>6</sup> trei nume : Ephren Ramirez, Victor Frankl și Ronald Laing.

Psihiatru prin formație, Ephren Ramirez a utilizat abordarea existențialistă pentru a trata toxicomani în Porto Rico și ulterior la New York, unde primarul Lindsay l-a numit coordonator al serviciului responsabil de toxicomanii. Pentru Ramirez, rolul terapeutului este acela de a furniza toxicomanului alternative pentru a face, în mod liber, o alegere. În sfera intervenției, Ramirez atribuie un loc important conceptului de responsabilitate, fundamental în abordarea existențialistă și definit drept capacitatea de a înfrunta realitatea și de a răspunde la aceasta într-o manieră pozitivă. Să notăm, de asemenea, că Ramirez, la fel ca majoritatea psihoterapeuților existențialiști, nu realizează nici diagnostice și nici pronosticuri după începerea tratamentului, întrucît aceasta ar slăbi impactul experienței terapeutice a confruntării.

O perioadă de șapte ani petrecuți într-un lagăr de concentrare l-a condus pe Victor Frankl la existențialism<sup>7</sup>, și de aici la crearea unei noi forme de psihoterapie existențialistă denumită logoterapie, care urmărește să ajute oamenii să-și identifice sensul vieții. Frankl explică dezvoltarea metodei sale arătînd că un număr foarte mare de persoane vin la terapeut fără a prezenta simptome, ci doar sentimente de plictiseală, pentru că „s-au săturat” și pentru că viața lor nu mai are sens. Așadar, nu trebuie să ne surprindă faptul că voința și asumarea deciziei sînt ingrediente importante ale logoterapiei.

A treia personalitate citată de May este psihiatrul Ronald Laing, unul dintre principalii reprezentanți, împreună cu Cooper și Esterson, ai mișcării antipsihiatrice engleze. În lucrarea sa *Politica și experiența*, Laing (1967) consideră că ne găsim astăzi în mijlocul unei perioade de schimbare a orientării la fel de radicale ca și cea de acum trei secole, cînd s-a trecut de la demonologie la o abordare clinică. Actualmente, aceasta din urmă ar ceda locul unei abordări în același timp existențialiste și sociale. În acest stadiu, schizofrenia (sau experiențele și comportamentele care sînt etichetate drept schizofrenice) ar constitui de fapt ceea ce Laing denumeste strategia specială inventată de o persoană pentru a trăi o situație imposibil de trăit. Una dintre contribuțiile majore ale lui Laing este aceea de a fi legat teoria interpersonală a lui Sullivan<sup>8</sup> de conceptele fundamentale ale abordării existențialiste și fenomenologice. Singurul mod care ne permite să înțelegem și să ne ocupăm

de ființele umane este, după Laing, acela de a clarifica natura ființei umane, adică ontologia; orice teorie care nu se fundamentează pe natura ființei umane este o minciună și o trădare a omului.

Contribuțiile lui May și ale celorlalți autori menționați demonstrează mai ales existența unui interes pentru aplicarea anumitor principii existențialiste în practica psihoterapeutică. Făcînd această constatare, mai putem oare vorbi despre o abordare existențialistă a psihopatologiei? Păreră noastră este că da ! Pentru a justifica această afirmație, vom aborda, în prima parte a acestui capitol, trei concepte fundamentale ale existențialismului: voința, angoasa și moartea. A doua parte a capitolului va fi consacrată pacientului ca ființă-în-lume. Această parte se va încheia printr-o prezentare a concluziilor noastre privind aportul existențialismului în psihopatologie.

## A. TREI CONCEPTE FUNDAMENTALE

### 1. Voința

Existențialiștii și-au orientat atenția asupra voinței și deciziei umane. Ca mișcare, existențialismul a constituit de altfel o reacție la valul de conformism, de colectivism, la nașterea omului-robot, fenomene la care existențialiștii opun credo-ul lor, conform căruia ființa umană poate, într-o manieră oarecare, să influențeze relația sa cu destinul. Acest nucleu de putere de a lua o poziție, o decizie (oricît de simplă ar fi ea) nu dispăre niciodată. De aceea, existențialiștii afirmă că existența omului constă, în ultimă instanță, în libertatea sa. Pe această temă, May (1972b) îl citează pe Tillich, care a exprimat într-o manieră foarte percutantă această idee, scriind că „omul nu devine cu adevărat uman decît în momentul deciziei”.

May (1972b) consideră că nucleul central al „nevrozei” omului modern este „distrugerea experienței proprii persoane, ca ființă responsabilă, precum și uzura voinței și deciziei sale”. Mai grav, individul modern ar avea foarte des convingerea că și în situația în care ar face cu adevărat apel la voința sa, eforturile lui nu ar schimba nimic.

Dezvoltarea mișcării existențialiste s-a făcut în mare parte prin raportare la noțiunea de voință sfărîmată la omul modern, noțiune față de care existențialiștii au luat poziții vehemente. Ori aceasta este în contradicție cu descoperirea freudiană că vaste domenii ale activității psihice umane sînt determinate nu de către voință, ci de pulsuni inconștiente. Pe de altă parte,

procesul însuși al psihoterapiei tinde să invite pacientul la un abandon al poziției sale de agent al deciziei. May evită, totuși, să nege ceea ce Freud descrie drept experiență inconștientă și subliniază că influențe determinante „inconștiente” acționează cu siguranță<sup>9</sup>. Ceea ce el propune, este însă o redescoperire a voinței și deciziei.

Care ar fi procedeul pentru a atinge acest obiectiv? Nu este vorba în nici un caz de a-l „împinge” pe pacient să ia decizii. May recomandă încercarea de a-l face pe pacient să conștientizeze propria sa putere de decizie, evitând impulsivitatea, subtilă și prin inadvertențe, într-o direcție sau alta. Conștientizarea potențială a persoanei privind faptul că acest vast, complex și multiplu ansamblu de experiențe este experiența sa introduce inevitabil elementul de decizie în fiecare moment.

Pentru a reconcilia voința cu importanța acordată de Freud dorinței, May sugerează utilizarea cuvântului „decizie” pentru a desemna actul uman care reunește voința și dorința<sup>10</sup>. La o anumită persoană, decizia ține cont de experiența anterioară, de toate dorințele, dar transformă aceste dorințe într-un mod de acțiune ales conștient. Voință, dorință și decizie se întîlnesc într-un nod de relații de care individul depinde nu doar pentru propria sa reușită în viață, ci pentru existența sa.

## 2. Angoasa

Angoasa existențialistă<sup>11</sup> reprezintă nu atât teama de un pericol precis, cât sentimentul viu de a fi fost aruncat în lume fără să fi dorit, constrâns la opțiuni ale căror consecințe nu pot fi percepute în întregime și care sînt dificil de justificat (Foulquie, 1968). Sartre nu acordă anxietății<sup>12</sup> și disperării locul pe care îl ocupă în viață și opera lui Kierkegaard sau chiar a lui Gabriel Marcel. Pentru Sartre, angoasa rezultă din sentimentul necunoașterii efectelor opțiunilor noastre. Individul își alege propriile norme fără să le fi putut evalua în prealabil. Este vorba deci, la Sartre, de o angoasă a alegerii.

May se preocupă și el de anxietate. În teza sa de doctorat în psihologie, susținută în 1949 la Universitatea Columbia și publicată sub titlul *The Meaning of Anxiety (Sensul anxietății, 1950)*, Rollo May studiază anxietatea fetelor necășătorite însărcinate ce trăiau într-un cămin din New York. Dat fiind că erau însărcinate și nemăritate, aceste fete se aflau într-o situație anxiogenă. May formulează ipoteza că predispoziția spre anxietate este proporțională cu măsura în care ele au fost respinse de mama lor. Dacă pentru jumătate dintre subiecți această ipoteză s-a confirmat, pentru cealaltă

jumătate nu. În cazurile acestea era vorba despre fete originare din Harlem și din cartierele sărace din estul orașului, care crescuseră în familii cu nivel socio-economic redus. Aceste fete, complet respinse de mamele lor, îi spuneau lui May: „Avem necazuri, dar nu ne supără prea tare”. Rezultatele la Rorschach și la alte teste pe care May le-a administrat arătau că, într-adevăr, anxietatea lor nu atingea un nivel neobișnuit. Aceste constatări l-au condus pe May să și interpreteze astfel datele: șocul ce se află la originea anxietății nu este respingerea de către mamă, ci mai curînd respingerea disimulată. Mamele de clasă mijlocie le mințeau pe fetele lor: deși le respingeau, pretindeau că le iubesc. Din contra, mamele din mediile defavorizate și-au respins copiii, dar nu s-au jenat să o facă. Știindu-se respinse, aceste fete ajungeau în stradă și își găseau tovarăși. Lumea lor era, după cum scrie May, „clară și cunoscută”, fără subterfugii privind situația proprie, ceea ce le permitea să se orienteze. Pentru May, anxietatea are, în consecință, o altă cauză decît simpla respingere: aceea de nu putea cunoaște lumea în care te afli, de a nu te putea orienta în propria existență. Aceste concluzii sînt, în mod evident, unele dintre rezultatele importante ale abordării existențialiste.

## 3. Moartea

Pornind de la faptul că civilizația occidentală modernă, în special în Statele Unite, a făcut din ocultarea morții un fetiș și că moartea (la fel ca și percepția extrasenzorială și homosexualitatea) au fost subiecte tabu în psihologie, Rollo May (1972b) notează că problema morții este singurul fapt absolut în viață și că ea individualizează omul („nimeni nu poate muri pentru mine”; „este singurul lucru care sînt obligat să-l fac pentru mine însumi”). Pentru May, negarea morții înseamnă și pierderea vieții<sup>13</sup>. Aceasta ar însemna negarea realității existenței umane, iar acest refuz este în mare măsură responsabil de apatia de care suferă atîtea persoane în lumea occidentală. Ce ar fi de făcut atunci? Trebuie sau nu privită moartea în față? La această întrebare, May ne oferă mărturia propriei sale experiențe.

Spre circa 30 de ani, Rollo May se îmbolnăvește de tuberculoză și petrece doi ani la pat în sanatoriul de la Saranac. Intrucît acestea se petreceau anterior descoperirii tratamentului pentru tuberculoză, bolnavii nu știau dacă vor supraviețui și se simțeau foarte aproape de moarte. În acești doi ani, May a citit principalele lucrări despre anxietate ce existau la momentul respectiv: *Problema angoasei* de Freud și *Conceptul de teamă* a lui Kierkegaard. Citindu-l pe acesta din urmă, el are sentimentul că autorul vorbea exact

despre ceea ce simțea în acel moment. Pentru Kierkegaard, anxietatea este: lupta unei persoane vii contra neființei. Terorarea, în experiența anxietății, vine nu din amenințarea morții în sine, ci din conflictul ambivalent legat de amenințare, adică de faptul că sîntem tentați să cedăm la amenințare. Cum spune Kierkegaard, nu moartea în sine ne sperie, ci faptul că fiecare dintre: noi poartă în sine tendințe în ambele tabere. „Angoasa este o dorință de care: ne temem”, scrie el. Astfel, ca „o putere ciudată, ea înhață un individ, care: nu se mai poate elibera”.

Învățînd să înfrunte direct problema morții, May descoperă că a devenit capabil să depășească două dintre falsele metode de a aborda moartea: atitudinea nonșalantă (negare completă a terorii morții, exprimată prin faptul de a fi exagerat de vesel, nepăsător și frivol) și abandonul disperat învîlnit la indivizii deprimați, apatici, fără resurse. Atunci cînd a putut privi moartea în față, May a constatat o schimbare radicală în relația sa cu timpul. Timpul „stăpîn” sau „cămașă de forță” s-a transformat în timp „cadou”. May a fost în poziția de a înfrunta moartea în interiorul propriei conștiințe și, prin urmare, a putut face alegerea sa proprie pentru timpul care i-a mai rămas de trăit. Soluția care se creionează aici este deci lupta, înfruntarea acestui adversar care cîștigă întotdeauna (moartea), acceptarea faptului de a fi muritor și trăirea plenară a fiecărei zile, ore, a fiecărui minut din viață.

## B. PACIENTUL CA FIINȚĂ-ÎN-LUME

Conceptul de pacient ca ființă-în-lume este fundamental pentru abordarea existențialistă. Aceasta implică faptul că pacientul însuși trebuie să descopere propria sa ființă, ajutat în acest demers de psiholog sau psihiatru. Această descoperire este esențială, căci înțelegerea pacientului este cea care a căzut în ceea ce May numește „complicațiile și blocajele care conduc la simptome”<sup>14</sup>.

Din perspectiva existențialistă, după cum o demonstrează și cazul prezentat mai jos, ființa umană este întotdeauna o ființă-în-lume. Pacienta poate să descopere propria sa ființă în raport cu terapeutul, în raport cu tragediile lumii în care trăiește. Existențialistii disting de altfel trei lumi simultane în care fiecare dintre noi își descoperă propria sa ființă-în-lume: (a) mediul ambiant (*Umwelt*), lumea înconjurătoare, lumea biologică; (b) lumea apropiată noastră (*Mitwelt*), lumea împreună, adică lumea interrelațiilor cu ființele umane; (c) lumea relației cu noi înșine (*Eigenwelt*), lumea proprie, lumea pentru sine.

Abordarea existențialistă necesită, fără îndoială, o bună înțelegere a filosofiei cu același nume. Acesta nu este un lucru ușor! O demonstrează un psiholog celebru, Maslow (1968), care își începe contribuția la volumul colectiv consacrat psihologiei existențialiste scriind că a găsit extrem de dificilă sau chiar imposibilă înțelegerea unei mari părți a scrierilor existențialiste... Din cauza acestor dificultăți (și poate pentru a le compensa) ni s-a părut important de subliniat, la sfîrșitul acestui capitol, principalele contribuții ale abordării existențialiste în psihopatologie.

Pentru a ilustra modul în care pacientul poate descoperi propria sa ființă, vom relua un caz prezentat de May (1972b) în *Le désir d'être. Psychotherapie existentielle*. Este vorba despre o femeie de 28 de ani, imigrantă de origine europeană, venită pentru un tratament psihoterapeutic, din cauza unor grave crize de anxietate și îndoială, precum și a unor accese de furie, uneori necontrolabile. Era un copil nelegitim. Atunci cînd se înfură, mama ei îi amintea adesea originea și faptul că încercase să întrerupă sarcina înaintea nașterii. Atunci cînd traversa perioade dificile, mama ei îi spunea: „Dacă nu te-ai fi născut, nu ar fi trebuit să trecem prin toate astea!”.

În cursul celei de-a patra luni de psihoterapie, pacienta a avut un vis care ilustra încrederea pe care o avea în relația cu terapeutul, într-o lume anonimă, în care simțea că nu putea găsi nici un alt individ care să o trateze ca pe o persoană.

„Eram în mijlocul unei mulțimi. Oamenii nu aveau fețe; erau ca niște umbre. Apoi am văzut pe cineva în mulțime căruia îi era milă de mine.” În sesiunța următoare, pacienta a povestit faptul că a avut o experiență extrem de importantă. Iată povestea ei, în reproducere integrală: „îmi amintesc cum în ziua aceea... (ziua ce a urmat visului) mergeam pe sub metroul aerian, prin cartierele sărace ale orașului, pătrunsă de această idee: sînt un copil nelegitim. îmi amintesc cum transpiram intens din cauza angoasei de a încerca să accept acest fapt. Am înțeles apoi că aceasta însemna să accept că sînt un Negru printre Albi privilegiați, că sînt un orb printre văzători. Tîrziu în noapte m-am trezit; am luat lucrurile astfel: accept faptul că sînt un copil nelegitim. Aceasta nu poate să însemne: m-am născut nelegitim; ce rămîne atunci? Rămîne pur și simplu: sînt. Această senzație, acest act de contact și de acceptare a lui sînt o dată admis, mi-a fost dată pentru prima oară în viață de această experiență: Dat fiind că sînt, am dreptul să fiu”.

În cadrul acestei orientări, trebuie încercată, înainte de toate, o percepere a pacientului așa cum este el în realitate, o descoperire a sa ca ființă umană, ca ființă-în-lume, și nu drept o simplă proiecție a teoriilor noastre despre el. Răspunsurile pacientului la întrebări cum ar fi cele pe care Anne Ancelin-Schützenberger (1972) le menționează în Prefața la volumul *Le désir d'être*

al lui Rollo May (cine sînt eu ca ființă pe lumea aceasta ? care este identitatea mea? de unde provin? cum pot să mă regăsesc sau să mă accept?) ne ajută fără îndoială să descoperim mai bine pacientul.

Întrucît viața este o trecere dinamică între ceea ce a fost și ceea ce este în curs de a deveni, omul trebuie considerat drept un proces și nu un produs. Existențialistii nu neglijează trecutul, dar consideră că evenimentele determinante ale trecutului își dobîndesc semnificația în măsura în care le folosim în prezent și în viitor. Nu putem înțelege o persoană decît dacă o vedem în mersul ei către viitor.

Abordarea existențialistă are un mod propriu de a concepe mecanismele subiacente tulburărilor psihopatologice. Pentru a ilustra această afirmație, să luăm un alt exemplu oferit de May însuși. El se referă la refulare, legată în mod tradițional de respectarea codurilor moralei burgheze și în special pe cele ale familiei, pentru a păstra o imagine de sine acceptabilă. Pentru May și ceilalți existențialiști, aceasta ar reprezenta mai curînd un simptom decît o cauză, afirmație care ne obligă să căutăm ceva mai profund, adică răspunsul la întrebarea: de ce pacientul acceptă sau refuză propria sa libertate, în alegerea propriilor sale coduri? După May, întrebările critice ar fi: de ce unele persoane se conformează moralei burgheze, iar altele nu o fac?

În contextul repunerii în discuție a instituțiilor psihiatrice și mișcării de dezinstituționalizare și integrare socială a pacienților, abordarea existențialistă ne atrage atenția asupra necesității ca pacientul să poată conștientiza propria sa putere de decizie și să o poată exercita liber.

În epoca noastră, întrucît pacienții și-au pierdut în general lumea proprie, este deosebit de important ca ei să se regăsească împreună, în aceeași lume cu ceilalți. Conform abordării existențialiste, acest lucru este valabil pentru noi toți, după cum se spune în *Lafoule solitaire* (Riesman, 1966), căci am pierdut lumea în care ne simțeam acasă. Lucrările unor psihiatri americani cum ar fi Frieda Fromm-Reichmann și Harry Stack Sullivan descriu situația bolnavului care și-a pierdut lumea și atrag atenția că problemele de singurătate, de izolare și alienare nu sînt numai caracteristici ale bolnavilor aflați în psihoterapie, ci reflectă problemele întregii noastre societăți, societate în care oamenii trăiesc angoasa izolării și alienării.

Abordarea existențialistă pune foarte clar în evidență o realitate pe care numeroși specialiști din psihopatologie o neglijează. Într-un text privind aportul existențialismului în psihologie, Maslow (1969) scria că ceea ce noi numim „normal” în psihologie este de fapt o psihopatologie a majorității, caracterul ei mai puțin dramatic și larga răspîndire făcînd-o să treacă

neobservată. Abordarea existențialistă ne-ar ajuta, după Maslow, să punem în evidență, în existența umană bazată pe iluzii și frică, o maladie împărtășită de ceilalți membri ai societății noastre.

## REZUMAT

Profund influențată de filosofia existențialistă de la care împrumută elemente esențiale ale cadrului teoretic și o mare parte din vocabular, psihopatologia existențialistă, abordare relativ puțin cunoscută, are implicații importante pentru înțelegerea existenței persoanei care prezintă tulburări psihologice, precum și a tulburărilor în cauză. Studiul contribuțiilor în domeniul abordării existențialiste arată că un mare efort de reflecție și cercetare a fost făcut în domeniul intervenției. Principalul reprezentant al acestei orientări este Rollo May, care s-a aflat multă vreme în fruntea psihoterapiilor existențialiste americane.

În cadrul acestei orientări, trebuie încercată, înainte de toate, o percepere a pacientului așa cum este el în realitate, o descoperire a sa ca ființă umană, ca ființă-în-lume, și nu drept o simplă proiecție a teoriilor noastre despre el. Această abordare ne arată că persoana umană trebuie considerată drept un proces și nu un produs. Preocupați de problemele voinței și deciziei umane, existențialiștii insistă asupra faptului că ființa umană își poate influența relația cu destinul. Abordarea existențialistă repune în discuție frontiera dintre „normalitate” și „patologie”, făcîndu-ne să descoperim o psihopatologie a majorității, larg răspîndită printre membrii societății noastre, care trăiesc angoasa izolării și alienării.

## NOTE

1. Pentru a le putea diferenția, numeroși autori obișnuiesc să păstreze termenul german de *Daseinanalyse* (Boss & Condreau, 1975). După cum vom arăta în capitolul consacrat psihopatologiei fenomenologice, Binswanger propunea traducerea *Daseinanalyse* prin „analiza prezenței umane”.
2. Existențialismul este o teorie care afirmă primatul sau prioritatea existenței în raport cu esența. Prin esență se înțelege ce este o persoană. Existența este cea care actualizează esența. Atunci cînd spunem: „Sînt un om”, „Sînt” afirmă existența, iar „om” desemnează esența. Pînă prin secolul al XIX-lea, filosofia clasică nu punea la îndoială primatul esenței. Era vorba deci de o filosofie esențialistă. Precursorul existențialismului contemporan a fost danezul Soren Kierkegaard (1813-1855). În Germania, contribuțiile cel mai importante sînt aduse de Martin Heidegger (1889-1976), în opoziție cu profesorul său Edmond Husserl, care a pus „între paranteze” întrebările legate de ființa lucrurilor pentru a căuta esențele lor fenomenologice. Heidegger se întreabă ce înseamnă a fi sau a exista? Ființa la care se referă este cea a fenomenului și nu a lucrului în sine kantian. Ontologia lui Heidegger este o ontologie fenomenologică, la fel ca și cea a lui Jean-Paul Sartre, gînditorul cel mai reprezentativ al existențialismului ateu (Foulquie, 1968).



3. Editată de K. Hoeller, această revistă apare la Seattle.
4. Elev al lui Paul Tillich și Gabriel Marcel, Rollo May a fost directorul Institutului de Psihiatrie, Psihologie și Psihanaliză „William Alanson White” din New York și a predat în acest oraș la New School for Social Research. De asemenea, a ținut cursuri la Harvard, Yale și Princeton.
5. May este autorul a numeroase lucrări: *Sensul anxietății* (1950), *Omul în căutarea ființei sale* (1953), *Artă consilierii* (1967a), *Psihologia și dilema umană* (1967b), *Psihoterapie existențială* (1967c), *Dragoste și adevăr* (1969), *Putere și candoare : căutarea originilor violenței* (1972a). Alte lucrări au fost publicate sub conducerea sa: *Existența : o nouă dimensiune a psihiatriei și psihologiei* (1958), *Psihologie existențială* (1960) și *Symbolism și religie în literatură* (1960).
6. Citindu-i pe acești trei autori, May (1969) notează că a omis terapeuți situați într-o clară tradiție existențialistă, cum ar fi Leslie Farber și Helmut Kaiser, sau alții cum ar fi Thomas Szasz și Bruno Bettelheim, a căror operă a suferit impactul psihologiei existențialiste.
7. Această perioadă este prezentată în volumul *Din lagărul morții la existențialism* (Frankl, 1959).
8. Pentru Harry Stack Sullivan, psihanaliza devine un studiu al relațiilor interpersonale. La fel, psihopatologia (inseparabilă de psihologia socială) vizează înțelegerea relațiilor interumane. Sullivan insistă, de asemenea, asupra importanței relațiilor interpersonale stabilite cu pacienții.
9. May (1972b) consideră că, în calitate de terapeuți care tratează oameni în situații de conflict, analiștii nu negă faptul că posibilitatea bolnavului de a face alegeri are o importanță capitală. Pentru a-și susține această afirmație, el îl citează pe Freud, care scria în *Eul și Sinele*: „..... analiza nu are drept scop abolirea posibilității reacțiilor morbide, ci a da Eului bolnavului libertatea de a alege o cale sau alta”.
10. Pentru May (1972b), dorința și voința pot fi considerate drept „bi-poli avînd acțiune contrară”. Voința necesită conștiința de sine, dorința nu ; voința implică posibilitatea unei libertăți a alegerii, dorința nu. Dorința oferă voinței căldură, conținut, jocul copilăriei, satisfacție, prospectivă, culoare și bogăție. Voința oferă dorinței orientarea, libertatea și maturitatea.
11. „Angoasa existențială presupune că se admit și se trăiesc tezele fundamentale ale existențialismului. Există însă o angoasă independentă de orice gîndire filosofică și legată de simplul fapt de a exista: aceasta este angoasa existențială” (Foulquie, 1968).
12. Anxietatea poate fi definită (American Psychiatric Association, 1985) drept o aprehensiune, teamă sau neliniște apărută din cauza unui pericol a cărui cauză este în cea mai mare parte necunoscută. Se poate face distincție între anxietate, manifestare mai puțin intensă și mai curînd psihică (reprezentare mintală) și angoasă, care corespunde unei manifestări mai intense, mai curînd somatică (cu o implicare mintală mai redusă).
13. Paul Tillich (care a fost profesorul lui Rollo May) scria că renunțăm să fim de teamă să nu mai fim. Se renunță la sensul vieții de frica morții (May, 1972b).
14. După Rollo May, este mai ușor să faci decît să exiști, să gîndești și să raționalizezi decît să simți, să cedezi apatiei decît să faci față și să asumi, în aceste condiții, nu este surprinzătoare - pentru acest autor - legătura dintre conflictul intern și refuzul de a face față propriei realități profunde.

## CAPITOLUL 10

# Psihopatologie experimentală

Dacă folosim drept criteriu gradul de control exercitat asupra situației cercetate și a fenomenelor observate, metodele științifice de dobîndire a cunoștințelor se plasează pe un continuum definit la un capăt de metodele istorice, iar la celălalt, de metoda experimentală. Între aceste două grupe se află metodele descriptive’ (Sabourin, 1988).

Așa cum a fost utilizată de Claude Bernard, metoda experimentală clasică implică menținerea constantă a tuturor condițiilor cu excepția uneia singură, al cărei efect asupra fenomenului studiat poate, în acest context, să fie pus în evidență fără ambiguitate. Utilizarea metodei experimentale face posibilă stabilirea unor relații de cauzalitate între evenimente, permite explicarea fenomenelor studiate. Pe baza relațiilor de cauzalitate stabilite, ea permite, de asemenea, predicția apariției evenimentelor.

Folosind această metodă, cercetătorul are drept sarcină să emită o ipoteză, să manipuleze variabilele independente<sup>1</sup>, să controleze variabilele parazite, astfel încît variațiile variabilei dependente să poată fi interpretate fără eroare, cît se poate de precis (Reuchlin, 1973). Cercetătorul trebuie, de asemenea, să procedeze la o organizare, la o planificare a experienței, adică la elaborarea unui plan care va regla realizarea efectivă a cercetării<sup>1</sup>.

Introducerea experimentării în cîmpul psihologic a permis crearea și dezvoltarea unei noi psihologii, diferite de psihologia filosofică și denumită psihologie experimentală (Reuchlin, 1972). Autonomia acesteia a fost stabilită definitiv de Wundt, care a înființat în 1879, la Leipzig, primul laborator de psihologie experimentală. În Franța, progrese importante sînt legate de numele lui Binet, autorul volumelor *Introduction à la psychologie expérimentale* (1894) și *L'étude expérimentale de l'intelligence* (1903), de Beaunis, care își părăsește în 1889 catedra de la Facultatea de Medicină de la Nancy pentru a dirija Laboratorul de psihologie experimentală de la Sorbona, sau de Pieron, care, după ce și-a desfășurat activitatea la Ecole Pratique des

Hautes Etudes și la Sorbona, ocupă, începând cu 1923, catedra de fiziologie a senzațiilor la Collège de France (Reuchlin, 1972).

Existența unei abordări experimentale a psihopatologiei este menționată la începutul secolului XX. În aprilie 1903, în raportul său la Congresul Internațional de la Madrid, Pavlov utilizează termenul de psihopatologie experimentală și subliniază importanța experimentării pe animale pentru înțelegerea patologiei (Baruk, 1964). Școala lui Pavlov va începe și va dezvolta, de altfel, una dintre direcțiile importante de cercetare, studiul nevrozelor experimentale.

O a doua direcție de cercetare a fost inițiată de Baruk și Jong care, în anii 1928-1930, încep să studieze realizarea experimentală, la animal, a catatoniei, una dintre tulburările tipice ale schizofreniei. Importanța acestor cercetări a contribuit la recunoașterea și instituționalizarea domeniului psihopatologiei experimentale. Creat în 1934, datorită sprijinului fundației Rockefeller, laboratorul lui Baruk a fost numit de Fessard drept „Laborator de psihopatologie experimentală” în momentul includerii sale în Ecole Pratique des Hautes Etudes.

Psihopatologia experimentală nu se limitează, așa cum ar putea lăsa să se creadă studiile asupra nevrozelor experimentale și catatoniei, la cercetări pe animale. Spre mijlocul secolului al XIX-lea, Moreau de Tours, elev al lui Esquirol, a studiat, experimentînd pe sine însuși, efectele hașului și ale altor droguri. În lucrarea sa *Du hachisch et de l'alienation mentale. Etudes psychologiques*, el descrie în mod remarcabil modificările psihice pe care le-a resimțit. După Baruk (1964), ar fi vorba despre adevăratul precursor al psihofarmacologiei și de aceea numele Moreau de Tours a fost dat Societății de psihofarmacologie biochimică, fondat la Paris în 1958.

După circa un secol de istorie, ne putem întreba care este definiția care s-ar potrivi cel mai bine domeniului psihopatologiei experimentale. Într-una dintre cele mai interesante lucrări consacrate acestei orientări, la care au colaborat nu doar eminenți cercetători ai așa-numitei prime generații post-pavlovieni, cum ar fi Masserman și Gantt, ci și etologi de renume, cum ar fi Harry și Margaret Harlow, editorul volumului, Kimmel (1971), scrie că psihopatologia experimentală ar putea însemna fie „studiul experimental al comportamentului patologic” (adică studiul, prin metoda experimentală, a comportamentului patologic), fie „studiul comportamentului patologic experimental” (adică studiul comportamentului patologic produs în mod experimental). **Punctul de vedere al lui Kimmel pare să reflecte în mod adecvat realitatea contemporană a abordării experimentale a psihopatologiei.**

Pentru a prezenta domeniul psihopatologiei experimentale, ni se pare indispensabil să abordăm în detaliu cele două teme de cercetare care au contribuit în mod semnificativ la constituirea sa (nevrozele experimentale și catatonie experimentală), cărora le vor fi consacrate primele două părți ale acestui capitol. O a treia parte se va ocupa de dezvoltările actuale ale psihopatologiei experimentale și, în special, de studiul vitezei de tratare a informației la pacienții diagnosticați cu schizofrenie.

## A. NEVROZE EXPERIMENTALE

Studiul nevrozelor experimentale începe o dată cu cercetările a două colaboratoare ale lui Pavlov, Erofeeva și Shenger-Krestovnikova și a dus, începînd cu 1912, la numeroase publicații (Ivanov-Smolenski, 1955; Cain, 1959; Giurgea, 1986). Erofeeva<sup>1</sup> creează la un ciine un reflex alimentar condiționat, folosind drept stimul o excitare electrică a pielii care de obicei produce un reflex de apărare. Schimbînd în cursul experienței poziția electrozilor pe piele, comportamentul animalului se modifică brusc și se instalează o excitație motrică extrem de violentă și de lungă durată. Faptul a fost notat fără a se trage vreo concluzie. În alte experimente, creșterea progresivă a intensității stimulării electrice (deci a durerii) conducea la refuzul hranei. Ciinele deveneau nervos; agitat, întreaga activitate nervoasă superioară era perturbată, rămînînd astfel zile și săptămîni întregi, chiar și în absența șocurilor dureroase. La vremea aceea, conceptul de nevroză experimentală nu era încă luat în calcul, iar Pavlov a considerat că Erofeeva comitea erori în desfășurarea experiențelor sale.

Experiența fundamentală este relatată într-un articol din 1921, în care Shenger-Krestovnikova abordează problema diferențierii excitațiilor vizuale și a limitelor capacității de diferențiere a analizatorului vizual al cîinelui. Această colaboratoare a lui Pavlov provocase, la cîini, numeroase diferențieri succesive, din ce în ce mai fine, între un cerc și o elipsă. În cursul unor prezentări succesive, forma elipselor se apropia din ce în ce mai mult de a cercului, ceea ce solicita o distincție din ce în ce mai fină între stimulul întîrit prin hrană (cercul) și stimulul ce nu era întîrit (elipsa). Atunci cînd raportul axelor elipsei a fost de 9 : 8 (ceea ce făcea elipsa foarte asemănătoare cu un cerc), nu mai putea fi realizată diferențierea. În plus, toate diferențierile realizate anterior, chiar și cele mai grosiere, au fost pierdute. Comportamentul animalului s-a modificat spectaculos : urla, gemea, refuza hrana, prezenta o excitare motorie generală foarte pronunțată și prelungită, cu tendințe distructive (animalul smulgea echipamentul de cercetare plasat în jurul său, rodea tuburile de cauciuc etc.).

Fundamentală în domeniul nevrozelor experimentale, cercetarea lui Shenger-Krestovnikova inaugurează o serie importantă de studii care au permis culegerea de date privind simptomatologia și dinamica nevrozelor experimentale, precum și descrierea modalităților nevrogene.

**Simptomatologia nevrozelor experimentale.** Giurgea (1986) inventariază diferitele semne generale întâlnite la animalul în situație de nevroză experimentală:

- pierderea apetitului, refuzul hranei;
- tulburări comportamentale cum ar fi gemete, agitație, dificultate în a sta pe loc ;
- tulburări ale vigilenței, adică agitație sau somnolență cu alternarea frecventă a acestor episoade ;
- diminuarea sau pierderea reflexelor condiționate pozitive ;
- activități de tip „exploziv” cu epuizare rapidă în cursul experienței;
- stări fazice : (a) faza de egalizare (la începutul tulburărilor nevrotice animalul răspunde într-o manieră similară la stimulul puternic și la cel slab); (b) faza paradoxală (răspunsurile la stimulii slabi sînt puternice și invers, răspunsurile la stimulii puternici sînt slabe); (c) faza ultraparadoxală (animalul dă un răspuns condiționat pozitiv la stimulii negativi și nu răspunde deloc la stimulii pozitivi).

La aceste semne, Giurgea (1986) adaugă semnele medicale generale care dovedesc repercusiunile pe care le au nevrozile experimentale la nivelul organelor interne și semnele specifice neurologice sau neuropsihiatrice. Dacă, la început, autorii ruși au descris doar două entități (sindromul de inhibiție și sindromul de excitație), ulterior ei relatează manifestări mai diferențiate, cum ar fi stările mixte sau stările fazice<sup>3</sup>.

**Dinamica nevrozelor experimentale.** Pe lângă o dinamică temporală care se manifestă în special prin existența unei faze de incubație nevrotică, trebuie notată și componenta spațială a acestei dinamici. Într-adevăr, în unele cazuri, tulburările nevrotice se manifestă numai în condițiile în care au fost produse. În schimb, dacă nevroza continuă sau se agravează, animalul rămîne bolnav, chiar și în cușcă.

**Modalitățile nevrogene.** Experiența lui Shenger-Krestovnikova utilizează unul dintre cele trei tipuri de procedee nevrogene pe care experimentele ulterioare le-au ilustrat (Giurgea, 1986). Aceste modalități sînt:

- supraîncărcarea excitației prin utilizarea unor stimuli prea puternici sau de o complexitate prea mare ;

- supraîncărcarea inhibiției, solicitînd discriminări prea fine sau prelungind durata unui stimul condiționat inhibitor;

- supraîncărcarea mobilității, care se poate produce experimental în mai multe moduri: (a) dacă nu se asigură, în cazul unei discriminări, un interval optim între un stimul pozitiv și unul negativ; (b) dacă i se provoacă subiectului un conflict între două motivații, una pozitivă și alta negativă; (c) dacă se modifică stereotipul dinamic, adică ordinea de prezentare a stimulilor, la un animal obișnuit cu un stereotip de stimuli condiționați pozitivi și/sau negativi.

În cele trei cazuri de supraîncărcare descrise (excitație, inhibiție și mobilitate), slăbirea sau diminuarea tonusului central facilitează apariția nevrozei. Această slăbire poate fi corelată cu vîrsta, cu oboseala extremă (în special prin privarea de somn), cu perturbările hormonale, cu stările infecțioase etc.

Studiile privind nevrozile experimentale au arătat că animalele supuse unor proceduri nevrogene nu devin toate nevrotice, iar cele care devin, nu prezintă toate aceleași simptome. Susceptibilitatea organismului la modalitățile nevrogene variază în funcție de tipul de sistem nervos central<sup>4</sup>.

**Dezvoltări ulterioare.** Din laboratoarele rușesti, unde a apărut și s-a dezvoltat foarte rapid cercetarea asupra nevrozelor experimentale, ideile lui Pavlov s-au răspîndit apoi în Statele Unite. Cercetătorii americani au cunoscut cercetările asupra nevrozilor experimentale începînd din 1923, datorită contactelor directe cu membrii echipei lui Pavlov (Cain, 1959). În primăvara lui 1923, de exemplu, Anrep conduce o serie de conferințe la Colegiul american al medicilor și chirurgilor, contribuind la crearea laboratorului de reflexe condiționate al lui Liddell în Ithaca. În vara lui 1924, Koupalov, asistent al lui Pavlov, vizitează laboratorul lui Liddell și recunoaște semnele nevrozei experimentale la oaie, animal folosit de Liddell în cercetările sale.

O dată introdusă, cercetarea asupra nevrozilor experimentale urmează, în Statele Unite, trei direcții (Cain, 1959). În timp ce prima, slab reprezentată, rămîne relativ fidelă gândirii pavloviene, a doua se inspiră din teoriile behavioriste. A treia orientare apare cîțiva ani mai tîrziu și se definește prin aportul psihiatriei, mai precis al datelor psihanalitice, printr-un interes pentru cunoașterea rolului motivațiilor și a pulsuniilor în derularea comportamentelor. Ultimele două orientări sînt reprezentate de cercetători renumiți: Liddell și Gantt, pentru al doilea curent și Masserman, pentru orientarea rezultată din aportul datelor psihanalitice.

Dacă cercetările grupate sub eticheta de „nevroză experimentală” au permis acumularea unei cantități apreciabile de date interesante asupra

genezei disfuncțiilor comportamentale și au subliniat importanța studiului empiric al acestor tulburări, raporturile dintre nevrozele experimentale și adevăratele nevroze umane pun numeroase probleme.

Analogia denumirii nu traduce neapărat o similitudine a faptelor, cu atât mai mult cu cât, după cum amintește Cosnier (1966), termenul de nevroză experimentală a fost ales de Pavlov, care era fiziolog și nu psihopatolog. De altfel, ni se pare important de subliniat faptul că însuși Pavlov era conștient că o analogie între nevrozele experimentale și cele umane era imposibil de stabilit<sup>9</sup>.

Criticile formulate la adresa nevrozelor experimentale atrag atenția îndeosebi asupra caracterului artificial al condițiilor de experimentare (care nu au nimic în comun cu cele normale) și, după cum scrie Maier<sup>8</sup>, asupra faptului că, pe de o parte, simptomele nu erau suficient de profunde pentru a fi convingătoare, iar pe de altă parte, nevroza la animale este imposibilă întrucât acestor subiecte inferioare le lipsește imaginația, nu pot prezenta conflicte sexuale și nici modificări permanente ale personalității.

Deși criticile sînt adesea justificate și trebuie luate în considerare atunci cînd se face un bilanț al cercetărilor privind nevrozele experimentale, în alte cazuri ele au un caracter anecdotic. Masserman (1946) povestește într-un articol consacrat cercetărilor sale asupra nevrozelor experimentale la pisici, că în cursul unor discuții ce au urmat prezentării lor unui grup de psihiatri și psihanaliști, i s-a cerut să explice cum putea justifica folosirea cuvîntului „nevroză” pentru a descrie comportamentul aberrant prezentat de subiecții experimentelor sale, ținînd cont de faptul că nevroza este „întotdeauna” rezultatul unui conflict oedipian nerezolvat și că nici unul dintre pisoii studiați nu-și cunoscuse tatăl! ...

## B. CATATONIE EXPERIMENTALĂ

Proprietățile bulbo-capninei<sup>9</sup> au început să fie studiate cu mult înainte ca această substanță să fie utilizată pentru realizarea experimentală a catatoniei (Baruk, 1964). Într-adevăr, fiziologia bulbo-capninei este studiată de Mode în 1892 și, doisprezece ani mai tîrziu, de Peters. Acesta din urmă semnalează un fel de narcoză și o imobilizare caracteristică, în special la pisică. În 1921, de Jong reia studiul efectelor bulbo-capninei la pisică și se întreabă, la fel cum făcuse și Peters, dacă bulbo-capnina nu determină catalepsia. Pornind de la faptul că la pisica studiată nu exista o menținere absolută a atitudinilor și că se mențineau curenți de acțiune musculară, de Jong concluzionează că nu este vorba despre o catalepsie reală.

Cercetările asupra catatoniei experimentale au fost reluate o dată cu înlînirea dintre de Jong și Baruk la Societatea de Neurologie din Paris. Cercetările s-au realizat la Paris, în laboratorul profesorului Claude, unde Baruk este șef de clinică, apoi la Amsterdam, în clinica profesorului Brouwer, unde lucrează de Jong și la Institutul creierului condus de profesorul Kappers. O primă comunicare privind catatonie experimentală a fost făcută în iunie 1928 la Societatea de Neurologie din Paris, iar o monografie este publicată în 1930.

Colaborarea dintre Baruk și de Jong infirmă în primul rînd argumentele care l-au condus inițial pe de Jong să abandoneze ideea catalepsiei bulbo-capninelor (Baruk, 1964). În clinica umană, conservarea atitudinilor nu este absolută: de exemplu, membrele ridicate în aer, coboară lent. Pe de altă parte, rezultatele cercetărilor conduse la Viena de către Frohlich și Mayer, care negau existența unor curenți de acțiune în mușchii persoanei în stare de catalepsie se datorau unor erori tehnice. În plus, Baruk și Thevenard, precum și alți cercetători după aceea, au arătat că există curenți de acțiune în mușchii catatonice. Toate aceste precizări au făcut comparabile modificările observate în clinica umană și cele provocate de bulbo-capnina la animale.

În același timp, colaborarea lui Baruk și de Jong a permis stabilirea faptului că la animal, ca și la om, inițiativa motorie spontană este abolită<sup>10</sup>, în timp ce automatismele, mai ales cele de echilibrare, se manifestau normal. Asemănările între omul catatonic și animal vizează și tulburările neurovegetative: salviație, tulburări ale ritmului respirator, alterări electrocardiografice.

Pe baza rezultatelor obținute de Baruk și de Jong, a fost posibilă formularea celor patru legi ale catatoniei experimentale (Baruk, 1964):

- legea seriei filogenetice: catatonie experimentală nu este posibilă la animalele fără neo-cortex.
- legea stadiilor: efectul bulbo-capninelor este foarte diferit, în funcție de dozele administrate. În general, dozele mici produc somnul, dozele medii - catalepsia, iar dozele mari - epilepsie sau chiar rigiditatea decerebrată. Dozele intermediare, între cele medii și cele puternice, pot produce hiperkinezii variate.
- legea difuziunii acțiunii substanțelor toxice psihotrope: intensitatea catatoniei experimentale este proporțională cu difuziunea impregnării toxice cerebrale. Catatonie este impresionantă în cazul unei impregnări difuze a întregului creier, apreciabilă atunci cînd întregul cortex este impregnat, și absentă atunci cînd impregnarea toxică este localizată la un singur lob.
- legea corelațiilor vasculo-psihice: bulbo-capnina determină, simultan cu apariția catatoniei, perturbări importante ale întregului sistem circulator

(la nivelul inimii, al circulației cerebrale, al vaselor periferice etc). Există o corelație între diminuarea irigației cerebrale și catatonie experimentală prin bulboacpină, corelare regăsită și în clinica umană.

Rezultatele lui Baruk și de Jong au fost verificate în diferite țări din Europa și America. Unii cercetători s-au centrat pe detaliile semiologice, alții au verificat constanța rezultatelor obținute pe alte specii de animale. Bibliografia privind aceste cercetări este trecută în revistă în două lucrări importante ale lui Baruk (1938; 1959).

În același timp, Baruk și colaboratorii săi au condus și alte cercetări privind substanțele catatonigene, în scopul precizării etiologiei toxice a schizofreniei (Baruk, 1964). Printre acestea trebuie citate cele din 1932 (la care au fost asociați Bidermann, Albane și Bertrand) privind catatonie experimentală prin meningo-encefalită alergică tuberculoasă la animale.

Un an mai târziu, Baruk realizează în laboratorul său de la Maison naționale din Charenton o catatonie experimentală prin toxina neurotropă a colibacilului intestinal. În 1934, Baruk și Camus descoperă o altă substanță catatonigenă pe care o denumesc catatonină biliară. Această substanță a fost descoperită în bila de tubaj duodenal a unor pacienți (unii schizofreni, unii bolnavi icterici sau cu reumatism cronic) și produce catatonie experimentală, în special la porumbel.

Cercetările au arătat nu doar că se pot produce în laborator perturbări psihomotorii de tip catatonie, ci și că diverse substanțe pot avea un efect catatonigen. Impactul acestor cercetări în plan terapeutic nu a fost semnificativ, iar scăderea importantă a prevalenței tipului catatonie de schizofrenie (actualmente rară în Europa și în America de Nord) nu este rezultatul direct al cercetărilor lui Baruk, de Jong și ale colaboratorilor lor. Meritul lor este însă acela de a fi contribuit la dezvoltarea psihopatologiei experimentale de a fi atras atenția asupra importanței studiului biochimic al psihozelor.

### C. EXEMPLU DE STUDIU EXPERIMENTAL AL TULBURĂRILOR PSIHPATOLOGICE PREZENTATE DE PACIENȚI

Prezentarea studiilor consacrate nevrozelor și catatoniei ilustrează modul în care cercetătorii au încercat, pe animale, să **producă**, în mod experimental, fenomenele psihopatologice umane. Acest obiectiv poate fi atins și prin alte mijloace (Huber, 1987), cum ar fi inducerea la om a unor stări de conștientă alterate sau experiențele analoge pe oameni<sup>12</sup>. Psihopatologia

experimentală, așa cum am definit-o în acord cu Kimmel (1971), implică însă și studiul experimental al fenomenelor psihopatologice prezente la bolnavi<sup>13</sup>. Obiectivul acestor cercetări este de a cunoaște mai bine tulburările psihopatologice, de a le pune în evidență caracteristicile. Pentru aceasta, cercetătorul manipulează variabilele corespunzătoare dimensiunilor considerate drept caracteristice pentru tulburarea psihopatologică studiată și compară rezultatele obținute la un grup clinic cu cele ale unui grup de subiecți normali și/sau cu alte grupe diagnostice.

Tema aleasă în acest capitol pentru a prezenta studiul experimental al tulburărilor psihopatologice existente în cazul pacienților psihiatrici este studiul vitezei de tratare a informațiilor la persoanele diagnosticate cu schizofrenie. Pentru a controla în mod precis durata impulsurilor informaționale dirijate spre sistemul nervos central, cercetătorii utilizează un procedeu care permite să știm cit timp rămâne disponibil un stimul informațional pentru a fi tratat. Acest procedeu, denumit mascare vizuală, implică prezentarea, în succesiune temporală foarte apropiată, a unui stimul informațional (ținta) și a unui stimul non-informațional (masca), ce limitează durata țintei.

În domeniul schizofreniei, procedul mascării vizuale a fost utilizat pentru prima dată de Saccuzzo *et al.* (1974) într-o cercetare în care au comparat viteza de tratare a informațiilor vizuale la pacienți cu diagnosticul de schizofrenie cronică non-paranoidă sau paranooidă cu cea a subiecților normali. Pentru a minimiza efectul diferențelor legate de memoria de scurtă durată, Saccuzzo *et al.* au utilizat o sarcină de discriminare forțată între două alegeri, în care ținta era fie un „T”, fie un „A”, subiectul trebuind să spună care dintre cele două ținte era prezentată. Durata de prezentare a țintei era imediat evaluată, fără mască, pentru a se asigura o identificare corectă în 80% dintre prezentări. Mascarea avea loc după țintă<sup>14</sup>, la intervale diferite (25, 50, 60, 200 și 300 de miimi de secundă) care se succedau la întâmplare. De asemenea, se folosea și un control fără mască (o întîrire infinită a măștii). Rezultatele obținute au arătat că, față de ceilalți subiecți, cele două grupe de pacienți schizofreni au nevoie de mai mult timp pentru a trata informația. În plus, pentru a atinge performanța-criteriu fără mascare, pacienții cronici non-paranoizi aveau nevoie de prezentări cu durată semnificativ mai mare.

Pornind de la această cercetare din 1974, a fost organizată o serie de studii pentru aprofundarea cunoștințelor privind viteza tratării informației vizuale la pacienții schizofreni. Faptul că performanțele acestor pacienți sînt mai scăzute la toate sarcinile ce le sînt administrate este considerat expresia

unei deteriorări generalizate. Pentru a stabili dacă deficitul observat atunci când se utilizează procedeul mascării (lentoarea tratării informației) constituie un element specific legat de patologia subiacentă schizofreniei sau o manifestare a deteriorării generalizate, a fost necesară constituirea unui grup de control pentru deteriorarea generalizată. Pe baza asemănărilor frapante care există între deficiențele psihologice ale schizofrenilor și cele ale persoanelor vîrstnice (atunci cînd acestea sînt comparate cu adulții tineri), Saccuzzo (1977) sugerează utilizarea unui grup de control pentru deteriorarea generalizată constituit din persoane în vîrstă. Un astfel de experiment, organizat de Brody *et al.* (1980), cu pacienți schizofreni, persoane în vîrstă și tineri adulți normali, arată că performanța obținută de schizofreni în cazul utilizării procedurii de mascare este fundamental diferită de cea a subiecților în vîrstă și constituie deci o caracteristică a patologiei schizofrenice.

O altă problemă ridicată de deficitul prezentat de schizofreni în cazul utilizării mascării este stabilitatea acestui deficit în raport cu diferitele faze evolutive ale schizofreniei. Miller *et al.* (1979) au evaluat performanța la procedura de mascare a unor persoane diagnosticate anterior cu schizofrenie, dar care nu prezentau la momentul studiului nici un simptom major și care trăiau într-un mediu normal. Rezultatele arată că schizofrenii în faza de remisiune prezintă un deficit semnificativ atunci cînd sînt comparați cu persoanele normale. Aceasta i-a condus pe Miller *et al.* la concluzia că lentoarea tratării informației constituie o trăsătură durabilă, mai curînd decît o stare tranzitorie a patologiei schizofrenice.

Această concluzie este puțin modificată datorită rezultatelor obținute de Saccuzzo și Braff (1981), care constată că lentoarea tratării informației constituie o trăsătură a pacienților schizofreni pentru care s-a stabilit un pronostic de evoluție nefavorabil și a căror patologie ar avea baze genetice, în acest caz, deficitul decelat în situația de mascare este pronunțat pe toată durata spitalizării pacienților studiați. În schimb, această lentoare nu ar fi decît o stare la pacienții cu un pronostic bun premorbid și pentru care nu există dovada unei patologii cu determinare genetică. La acești pacienți, deficitul la procedura de mascare nu este prezent decît în stadiile precoce ale afecțiunii.

Alte cercetări au fost concepute pentru a testa ipoteza că lentoarea tratamentului informației ar fi prezentă, chiar înaintea debutului simptomelor, la schizofrenii la care s-a stabilit un pronostic de evoluție defavorabilă. Pentru a încerca o verificare parțială a acestei ipoteze, Saccuzzo și Schubert (1981) și, în mod independent, Braff (1981), au evaluat subiecți ce prezentau

o personalitate schizotipică, tulburare non-psihotică considerată a fi legată din punct de vedere genetic de schizofrenie. Braff (1981), care a utilizat durate de prezentare a țintei determinate individual<sup>15</sup> și Saccuzzo și Schubert (1981), care au păstrat constantă, pentru toți subiecții, durata țintei, au remarcat că subiecții diagnosticați cu multă minuțiozitate ca avînd personalități schizotipice prezentau alterări ale vitezei de tratare a informațiilor.

Rezultatele obținute prin utilizarea mascării vizuale validează abordarea prin prisma tratării informației a schizofreniei și a altor tulburări legate de acestea. Acest fapt are o importanță teoretică majoră pentru că, după cum subliniază Yates (1966), micșorarea vitezei de tratare a informației ar constitui deficitul primar în schizofrenie. Pentru Saccuzzo și colaboratorii săi, la fel ca și pentru Yates, încetinirea respectivă ar fi cauza majoră a tulburărilor de gîndire ale pacienților schizofreni. În acest context, este, de asemenea, important de menționat că abordarea prezentată a condus la elaborarea unor intervenții terapeutice concepute pentru a corecta, la schizofreni, deficiențele în tratarea informațiilor (Magaro *et al.*, 1986). Exemplul ales aici pentru a ilustra studiul experimental al tulburărilor psihopatologice prezentate de bolnavi arată că această orientare nu numai că își aduce contribuția la o mai bună înțelegere a tulburărilor respective, ci poate avea și implicații în practică.

## REZUMAT

În 1903, Pavlov folosește pentru prima dată termenul de psihopatologie experimentală și subliniază importanța experimentelor pe animale pentru înțelegerea patologiei umane. Psihopatologia experimentală este abordarea consacrată studiului comportamentului patologic experimental sau studiului experimental al comportamentului patologic.

Începînd din 1912, școala lui Pavlov - și, în primul rînd, Erofeeva și Shengerev-Krestovnikova - inițiază și dezvoltă cercetări în domeniul nevrozelor experimentale. Acestea au permis acumularea unei cantități apreciabile de date privind gena disfuncțiilor comportamentale. Raporturile dintre nevrozile experimentale și adevăratele nevrozile umane ridică însă numeroase probleme. Una dintre principalele critici se referă la caracterul artificial al condițiilor experimentale.

O a doua direcție de cercetare este inițiată de Baruk și de Jong care, în anii 1928-1930, încep să studieze realizarea la animal, a catatoniei. Aceste cercetări au atras atenția asupra importanței studiului biochimic al psihozelor și au arătat că se pot produce în laborator - cu ajutorul bulboacpinei - perturbări psihomotorii de tip catonic, specifice schizofreniei. Impactul acestor cercetări în plan terapeutic nu a fost însă semnificativ.

Studiul experimental al tulburărilor psihopatologice prezentate de pacienții psihiatrici poate fi ilustrat prin cercetările privind viteza de tratare a informației la persoanele cu schizofrenie. Rezultatele obținute prin procedura mascării vizuale dovedesc o încetinire a vitezei de tratare a informației și au condus la elaborarea unor intervenții specifice pentru corectarea acestei deficiențe.

## NOTE

1. Metodele istorice implică observarea detaliată, dar nu întotdeauna sistematică, a anumitor comportamente, o anumită perioadă de timp. Metodele descriptive includ observarea sistematică prin înregistrarea diverselor comportamente, în special cu scopul de a obține date normative. Metoda corelațională, care permite punerea în legătură a diferitelor fenomene, face parte din metodele descriptive (Sabourin, 1988).
2. Această manipulare conduce la variații „provocate” deliberat. În unele cazuri, experimentatorul poate folosi variații „invocate” (el consideră valorile variabilei dependente în grupe care diferă din punctul de vedere al unor variabile independente care nu pot fi modificate în mod direct: de exemplu vîrsta, sexul, mediul social al subiecților etc.)
3. Cititorul care dorește să-și aprofundeze cunoștințele privind metoda experimentală poate consulta lucrările lui Christensen (1977), Reuchlin (1972; 1973), Robert (1988), Robinson (1976).
4. Jacques Cain (1959) menționează, în bibliografia finală a lucrării sale, teza lui Erofeeva privind „Stimularea electrică a pielii cîinelui ca excitant condiționat pentru funcția glandelor salivare” (1912) și două dintre publicațiile sale din 1913 intitulate „Fiziologia reflexelor condiționate distruse”.
5. Cain (1959) citează pe Petrova (1945) și pe Rosenthal (1926), care au regăsit prin experimentare, sindromurile ciclice cunoscute la om. El îl menționează și pe Pavlov care, referindu-se la cercetările sale, scria: „Dacă le raportăm la ființa umană, stările nervoase morbide pe care le producem corespund în mare măsură afecțiunilor cunoscute sub numele de psihoze periodice”.
6. Giurgea (1986) rezumă astfel aceste relații:
  - tipul melancolic (slab) este cel mai sensibil la toate modalitățile nevrogene și în special la supraîncărcarea excitației;
  - tipul coleric (puternic/dezechilibrat) este sensibil în special la o supraîncărcare a inhibiției;
  - tipul flegmatic (puternic/echilibrat/inert) este deosebit de sensibil la o supraîncărcare a mobilității;
  - tipul sangvin (puternic/echilibrat/mobil) este cel mai rezistent la cele trei modalități nevrogene, dar i se poate totuși provoca o stare nevrotică făcînd sarcinile din ce în ce mai dificile, împiedicîndu-l să doarmă, izolîndu-l, provocîndu-i tulburări hormonale etc.
7. În 1931, Pavlov scria: „Stabilirea unei analogii serioase între stările nevrotice ale clinilor și diferitele nevroze ale oamenilor este o sarcină în afara posibilităților, pentru noi, fiziologii, care nu cunoaștem în detaliu neurologia umană”. Această prudență nu-l împiedica să sublinieze importanța experimentelor pe animale: „Totuși, sînt convins că soluția sau esența soluției unui mare număr de probleme privind etiologia, sistematizarea

naturală, mecanismul și tratamentul nevrozelor la ființele umane este în mîna celui care experimentează pe animale” (Cosnier, 1966).

8. Maier studia de mult timp învățarea la Universitatea din Michigan. Fiind foarte de timpuriu la curent cu lucrările lui Liddell și Gantt, el introduce noțiunea de frustrare pentru a explica apariția tulburărilor nevrotice la animal. Conform lui Maier, dacă pisica prezintă un comportament nevrotic atunci cînd primește un șoc electric în locul mîncării, aceasta se întîmplă pentru că este frustrată în așteptările sale (Cain, 1959).
9. Bulbocapnina este un alcaloid extras dintr-o plantă bulboasă, *Corydalis Cava* (familia Fumariaceae). Formula sa chimică,  $C_{15}H_{15}O_4N$ , este asemănătoare cu cea a apomorfinei (Baruk, 1964).
10. Întrucît diferitele substanțe catatonigene produc perturbări ale voinței, suspendînd funcționarea inițiativei și a înfrînării voluntare, Baruk (1964) le consideră drept veritabile „otrăvuri electice ale voinței”.
11. Inducția artificială a stărilor de conștientă alterată la oameni (realizată în general prin alcool, diverse droguri sau hipnoză) pune, fără îndoială, numeroase probleme, în special de ordin etic. Această direcție de cercetare a permis studiul anumitor procese cognitive asociate cu tulburări psihice.
12. Experimentele analoge pe oameni vizează înțelegerea proceselor și mecanismelor care intervin în dezvoltarea tulburărilor psihice. Aceste experimente se referă doar la aspecte sau situații comparabile, analoge adevăratelor tulburări. Huber (1987) citează drept exemplu crearea de situații de anxietate sau de „depresie” (proponînd subiectului probleme dificile sau imposibil de rezolvat, recurgînd la privarea senzorială, la hipnoză sau la jocuri de rol) și observarea modului în care reacționează individul.
13. Pentru Huber (1987), psihopatologia experimentală nu cuprinde decît cercetările destinate studiului experimental al fenomenelor psihopatologice deja prezente.
14. Într-un studiu mai recent, Braff și Saccuzzo (1985) au găsit că deficitul schizofrenilor la procedura de mascare este legată de un interval de timp între sfîrșitul prezentării țintei și începutul mascării, cuprins între 50 și 500 mimi de secundă.
15. În acest studiu, nici un subiect cu personalitate schizotipică nu se afla sub medicație. Este totuși interesant de menționat că medicația nu afectează performanța subiecților schizofreni la procedura de mascare.

## CAPITOLUL 11

## Psihopatologie fenomenologică

Psihopatologia fenomenologică își are originea în filosofia germană omonimă, mai precis în opera lui Husserl și Heidegger. Aceste origini sînt descrise detaliat în mai multe lucrări fundamentale, printre care cele ale lui Lanteri-Laura (1963) și Lyotard (1964). Aportul fenomenologiei a condus la o pluralitate de puncte de vedere în psihopatologie, fapt ce reiese în mod evident din contribuțiile lui Jaspers, Minkowski, Binswanger sau von Gebsattel.

Două demersuri sînt mai cunoscute. Primul, ce poate fi calificat drept descriptiv, apropiat de psihologia empirică descriptivă a fenomenelor (Beauchesne, 1986), este cel al lui Karl Jaspers (1883-1969), prezentat în cartea sa *Psihopatologie generală* (1913). În această accepțiune, psihopatologia se ocupă în special de ceea ce bolnavii trăiesc, studiază stările lor sufletești, urmărind să le dezvăluie semnificațiile.

Al doilea demers este cel al lui Ludwig Binswanger (1881-1966), mult mai net impregnat cu referințe filosofice și cunoscut în special datorită studiilor asupra schizofreniei, maniei<sup>1</sup> și melancoliei (Binswanger, 1957; 1987). Opera lui Binswanger a condus la *Daseinsanalyse* (Binswanger, 1971), terapeutică, sau mai curând „atitudine pornind de la comprehensiunea omului în situație”, „activitate de actualizare a ființei umane în toate formele și lumile sale”, foarte puțin răspîndită din cauza complexității sale.

Diffuzarea și înțelegerea psihopatologiei fenomenologice (în special în exteriorul țărilor germanice) au fost limitate de limbajul filosofic al autorilor, în decursul ultimilor cincisprezece ani, asistăm în Franța la o creștere a interesului pentru această abordare și la apariția unor lucrări importante printre care cele ale lui Tatossian (1979), *Phenomenologie des psychoses* și cea coordonată de Fedida (1986), *Phenomenologie, psychiatrie et psychanalyse*.

După al doilea război mondial, fenomenologia a pătruns în America de Nord (Gay, 1969), în special în cîmpul psihologiei, mai puțin influențată în

Statele Unite de teoria husserliană de la care împrumută totuși unele principii directe (Thines, 1980; Bachelor & Joshi, 1986). Universitatea Duquesne a devenit principalul centru de cercetare și formare în psihologia fenomenologică (Giorgi, 1966; 1971; 1975a și b; 1983; von Eckartsberg, 1971; Fischer, 1974). Echipa acestei universități editează, de asemenea, începând din 1971, o revistă prestigioasă, *Journal of Phenomenological Psychology*. În Statele Unite, psihologia fenomenologică s-a dezvoltat îndeosebi ca o abordare, ca o metodologie din ce în ce mai riguroasă, iar această metodologie începe să fie utilizată în diverse proiecte de cercetare în psihopatologie.

Prezentarea în acest capitol a psihopatologiei fenomenologice începe cu una dintre contribuțiile clasice europene în domeniu, cea a lui Binswanger. Urmează apoi o secțiune consacrată unei dezvoltări recente, aplicarea abordării fenomenologice la studiul spitalizării în psihiatrie. Capitolul se termină printr-o schițare a principiilor metodologiei de cercetare fenomenologică.

## A. BINSWANGER ȘI MELANCOLIA

Abordarea fenomenologică va fi ilustrată în această primă secțiune pornind de la studiile lui Binswanger (1987) asupra melancoliei, texte publicate în germană în 1960. În introducerea, Binswanger precizează că nu este vorba despre studii de tip clinic, ci de o contribuție la metodologia psihiatrică inspirată de fenomenologia pură și transcendentă la lui Husserl. De fapt, după cum precizează Pelicier (1987), „substratul metodologic este oferit în același timp de Husserl (intenționalitate) și de Heidegger (degajarea *Dasein*<sup>2</sup> și a formelor sale psihiatrice). Autorul își propune să înțeleagă lumea bolnavului și să identifice momentele ei structurale”.

Exemplul ales se referă în mare parte la studiul timpului<sup>4</sup> și se bazează pe două cazuri citate în textul privind *Retrospecția melancolică* (Binswanger, 1987). Primul caz este cel al lui Cecile Miinch, o elvețiancă în vîrstă de 46 de ani care și-a pierdut soțul într-un accident feroviar, cu cinci luni înainte de spitalizarea sa în clinica Bellevue din Kreuzlingen<sup>5</sup>. Pierderea soțului a cufundat-o într-o stare de depresie profundă cu insomnie, refuzul hranei și reproșuri fără sfîrșit al căror punct central era faptul că ea a fost cea care a propus excursia în decursul căreia a avut loc accidentul. În plus, cu puțin timp înaintea accidentului, soțul ei își schimbase locul în tren cu un prieten, care a scăpat cu viață. Acest eveniment a provocat în Cecile o ură foarte puternică față de acea persoană.



Iată pe scurt povestea acestei paciente. Care este însă întrebarea pe care Binswanger și-o pune în legătură cu Cecile Miinch? „În fața acestui caz clinic de melancolie”, scrie Binswanger, „nu punem întrebarea privind modul în care simptomatologia clinică și deci autoreproșurile melancolie sînt derivabile **din dominantele structurii de personalitate**, din constituția caracteriologică și morfologică, din temperament, ereditate... etc, ci întrebarea: Ce s-a întîmplat efectiv aici?” sau, cu alte cuvinte, „Ce s-a produs în devenirea transcendentă a Dasein-ului?”.

Pentru a răspunde la această întrebare, Binswanger ne trimite la Husserl care, în *Lecții pentru o fenomenologie a conștiinței intime a timpului*, înțelege „timpul” pornind de la intenționalitate și studiază constituirea în conștiința subiectivă a timpului a obiectivității temporale, deci a „obiectelor temporale noematice” sau intenționale: trecut, prezent, viitor. Husserl desemnează momentele structurale intenționale constitutive ale obiectelor temporale (viitor, trecut, prezent) drept protenție, retenție, prezentare. În mod normal, în structura obiectivității temporale, protenția, retenția și prezentarea nu constituie elemente izolate. Ele nu sînt disociabile, ci se intrică asigurînd astfel structura lui „despre ce” (*Worüber*).

Cercetarea întreprinsă de Binswanger are drept obiectiv tocmai dezvăluirea „modurilor deficiente” ale acestor trei dimensiuni și interacțiunii lor. Pentru aceasta el examinează autoreproșul melancolic: „Dacă nu aș fi propus excursia” sau „dacă nu aș fi propus-o (atunci soful meu ar fi încă în viață, atunci aș fi rămas fericită și plină de voioșie, atunci nu mi-aș mai face altăea reproșuri etc.)”. Acest discurs în „dacă”, „dacă... nu aș fi...” ne oferă o serie de informații privind ceea ce Binswanger numește „slăbirea firelor momentelor structurale intenționale ale obiectivității temporale”. Și iată explicația. Acolo unde este vorba de posibilități, sînt implicate acte protentive. Or, discursul pacientei arată că ceea ce este posibilitate (posibilitate liberă) se retrage în trecut (care în mod normal nu cuprinde posibilități) și constituie de fapt o posibilitate vidă. Constatăm astfel că retenția se confundă cu protenția, protenția fiind astfel alterată, golită. Întreg „procesul”, continuitatea temporalizării (la fel ca și gîndirea în general) este alterată, iar protenția nu mai are „despre ce”, nu-i mai rămîne nimic de „produs” în afară de „obiectivitatea temporală a vidului **viitor** sau a vidului **ca viitor**”, ca să reluăm formularea lui Binswanger. Să adăugăm că o prezentare autentică este, de asemenea, imposibilă, întrucît ea nu se poate baza decît pe o retenție și o protenție.

Pentru a verifica analiza făcută în cazul lui Cecile Miinch, Binswanger prezintă și discută un al doilea caz. Începînd de la vîrsta de 45 de ani, David

Burge s-a plîns un an întreg că depresia sa își avea originea în faptul că a girat o sumă considerabilă dar care, de fapt, nu putea să-l ruineze. „Dacă nu aș fi făcut greșeala de a-mi asuma această garanție, nu m-aș fi îmbolnăvit” spunea Burge, fiind convins că nu-și va recupera niciodată banii. Faptul că i-a recuperat pînă la urmă nu a avut nici un efect. Tema garanției bancare și a ruinei sale și-a pierdut orice importanță, lăsînd locul unei alte teme melancolice, confirmînd astfel ceea ce o infirmieră a notat în raportul ei: „pacientul poate fi văzut plîngîndu-se pentru că trebuie să se plîngă și folosește drept obiect al plîngerilor sale orice îi stă la dispoziție”.

În comentariul său Binswanger arată că aici, la fel ca și în cazul lui Cecile Miinch, retenția este infiltrată de momente protentive și golită de sens. Cazul lui Burge indică faptul că prezentarea, „despre ce”-ul, prezentul este de asemenea alterat. Aici, în „despre ce”-ul de care vorbim (numit și tematic) se realizează unitatea actelor intenționale retentive și protentive. Dacă acestea sînt alterate, atunci prezentarea, după cum scrie Binswanger, rămîne suspendată în aer.

Acest al doilea caz contribuie la aprofundarea cunoașterii melancoliei, punînd în evidență fragilitatea sau precaritatea „conținutului” melancolic. Binswanger subliniază: „chiar și în conținuturi melancolice aparent motivate și fundamentate **psihologic**, nu trebuie să vedem ceva strict reacționai psihologic, ci expresia unei maladii (endogene)”.

## B. DEZVOLTĂRI RECENTE: STUDIUL FENOMENOLOGIC AL SPITALIZĂRII ÎN PSIHIATRIE

Realizată în decursul ultimilor ani, o importantă cercetare subvenționată de Consiliul cercetării sociale din Quebec a fost consacrată experienței spitalizării în psihiatrie. Într-un capitol al voluminosului lor raport final (634 pagini plus anexe), Letendre *et al.* (1988) grupează lucrările americane, în funcție de alegerea metodologică făcută de autori, în cercetări cantitative și calitative. Autorii acestui studiu clasifică ulterior cele 16 cercetări calitative disponibile, pe baza postulatelor epistemologice ale fiecăreia. Rezultatul este o grupare în funcție de trei modele, medical, social și fenomenologic, care se reflectă în întreg demersul empiric: alegerea problemei de explorat, alegerea datelor, instrumente, analiza datelor, interpretarea rezultatelor. Decizia de a utiliza studiul lui Letendre *et al.* pentru a ilustra modul în care se concretizează astăzi, în America de Nord, abordarea fenomenologică se

justifică nu doar prin importanța și actualitatea temei abordate (experiența spitalizării în psihiatrie), ci și prin posibilitatea pe care o oferă de a compara modelul fenomenologic de cercetare cu celelalte două modele de cercetare calitativă.

**Modelul medical.** În forma sa tipică, acest model poate fi definit folosind mai multe afirmații: (1) „boala mintală” are cauze individuale, interne; (2) comportamentele „pacienților” sînt determinate de aceste cauze; (3) persoanele pot fi clasificate drept sănătoase și bolnave; (4) diagnosticul servește la departajarea bolnavilor de persoanele sănătoase și descrierea diferitelor componente etiologice și comportamentale ale bolnavilor; (5) specialiștii posedă cunoașterea despre boala mintală (și deci o anumită putere). Cercetătorii care adoptă acest model fac recomandări privind lărgirea puterii specialiștilor, nu pun în nici un fel în discuție funcțiile spitalului altfel decît pentru a-i consolida bazele, se erijează (ca și specialiștii) în „experți”, neagă discursul persoanelor spitalizate.

Trei cercetări efectuate conform modelului medical utilizează convorbirea drept principală sursă de informații pentru a studia procesul de cronicizare (Sommer & Witney, 1961), percepțiile pe care le au persoanele internate despre ei înșiși și spital (Bergen & Thomas, 1969) sau posibilitățile de reabilitare (așa cum reies ele din scopuri, ambiții, din dorința de a schimba ceva în viață) studiate la rezidenții dintr-un *board-and-care-home* (Lamb, 1979). O altă metodă, observarea participativă (mai precis metoda pseudo-pacienților) a fost folosită în cazul altor patru studii ce se înscriu în modelul medical (Deane, 1961; Ishiyama *et al.*, 1967; Goldman *et al.*, 1970; Rosenhan, 1973).

În cercetarea lui Rosenhan (1973), fără îndoială cea mai cunoscută, opt persoane ce simulau prezența unor halucinații auditive (un psihiatru, un pediatru, patru psihologi, un pictor și o menajeră) s-au internat, în douăsprezece spitale diferite, pe durate cuprinse între 7 și 52 de zile. Această cercetare pune în evidență relativitatea diagnosticului psihiatric (pseudo-pacienții au fost diagnosticați în 11 cazuri drept schizofrenici, iar într-un caz drept maniaco-depresiv) și imposibilitatea de a distinge bolnavii mintal de oamenii normali. Nici unul dintre pseudo-pacienți nu a fost identificat ca atare de către personal, doar unii dintre „adevărații” pacienți manifestînd unele dubii. Atunci cînd pseudo-pacienții adoptau comportamente absolut normale în decursul spitalizării lor, acestea erau interpretate de către personal în funcție de diagnosticul **pus**, fapt care explică de ce studiul lui Rosenhan (1973) a fost frecvent **citat** de adepții teoriei etichetării. Această cercetare

**pune** de asemenea în evidență caracteristicile modului de viață al pacienților (sentimente de neputință, privarea de intimitate, depersonalizarea) și descrie structura spitalului, cu spații distincte pentru pacienți și pentru personal, cu o organizare ierarhică tipică, organizare care face ca persoanele care dețin cea mai mare putere să aibă cele mai reduse contacte cu aceștia. În fața unor asemenea rezultate, foarte critice la adresa modului de viață instituțional și concordante cu cele obținute în alte cercetări, ne putem întreba de ce studii de genul celui al lui Rosenhan au fost situate în grupul „modelului medical”. Răspunsul lui Letendre *et al.* (1988) este că această decizie a fost luată pe baza presupunțiilor conținute în toate aceste cercetări: (a) există indivizi sănătoși și indivizi bolnavi; (b) cercetătorii-persoane sănătoase se dau drept pacienți pentru a studia viața în spital.

**Modelul social.** Acest model, dezvoltat ca o reacție la cel medical, poate fi caracterizat prin următoarele cinci enunțuri: (1) spitalizarea este rezultatul devianței subiecților; (2) devianța are cauze sociale și externe subiecților; (3) comportamentele și atitudinile spitalizaților sînt rezultatul unei situații sociale opresive; (4) spitalul psihiatric este o societate cu scopuri precise, care posedă propriile reguli și valori; (5) persoana spitalizată dezvoltă strategii, atitudini, comportamente care nu sînt legate de vreo patologie, ci mai curînd de un sistem de interacțiune socială în vederea unei adaptări.

Aceste caracteristici demonstrează că modelul social este foarte diferit de modelul medical analizat anterior, în anumite puncte, însă, modelul social se aseamănă cu cel medical. Într-adevăr, ambele anulează discursul persoanelor internate, caută cauze, oferă un discurs „expert” care face ca transmiterea cunoașterii să aibă loc într-un singur sens, interpretează situațiile și comportamentele persoanelor în funcție de categorii prestabilite.

Letendre *et al.* (1988) au identificat patru cercetări care ilustrează modelul social (Caudill *et al.*, 1952; Goffman, 1961; Pine & Levinson, 1961; Perucci, 1974). Printre acestea, cercetarea lui Goffman, a cărei versiune franceză poartă titlul *Asiles: etudes sur la condition des malades mentaux* (1968) este, fără îndoială, cea mai cunoscută. Goffman descrie cu multă precizie situația bolnavului, spitalul psihiatric și teoretizează funcționarea acestuia.

Pentru Goffman, spitalul psihiatric este o instituție totalitară a cărei funcție este de a se ocupa de persoanele considerate deopotrivă incapabile de a se îngriji de ele însele și **periculoase pentru comunitate**. Pe măsură ce internarea se prelungește, **pacientul își pierde în mod progresiv cultura** („decurtare”). Pacientul se **depersonalizează ca urmare a diferitelor „tehnici**

de mortificare": izolare de lumea exterioară, pierderea rolurilor anterioare, despuerea de bunuri, degradarea imaginii de sine, violarea intimității sale etc.

De asemenea, Goffman descrie diferitele strategii de adaptare pe care le poate utiliza pacientul: (a) retragerea în sine sau regresia; (b) intransigența (refuzul de a colabora, mutismul); (c) instalarea (aprecierea vieții instituționale); (d) conversia (adoptarea opiniei administrației și/sau a personalului despre el și faptul de a se forța să joace rolul internatului perfect: supus, rigid și incolor)<sup>7</sup>.

Quadagno și Antonio (1975) critică modelele medical și social pentru că ele nu țin suficient seama de punctul de vedere al persoanelor spitalizate. Ei poartă convorbiri cu 15 pacienți spitalizați în psihiatrie și constată că ele resping rolul pasiv care le este atribuit și că rezistă la etichetarea „bolnavă mintal” prin normalizarea dificultăților lor (aceste pacienți spun că „toată lumea are probleme” și că aceste probleme ar rezulta dintr-o viață stresantă, din dificultăți sau boli fizice). Letendre *et al.* (1988) examinează și ei acest ultim aspect și constată, la subiecții lor, o preocupare extremă privind posibilele consecințe devastatoare ale unei identități de bolnav mintal. Rezultatele lor sînt însă mai puțin univale: un anumit număr de subiecți sîrșesc prin a adopta o asemenea identitate, care oferă și o serie de avantaje.

În a doua cercetare, Stoneall și Schmitt (1984) încearcă să cunoască percepțiile pe care le au despre boala mintală unii dintre utilizatorii unui serviciu psihiatric ambulatoriu și persoanele lor apropiate. La fel ca și Quadagno și Antonio (1975), Stoneall și Schmitt pornesc de la o critică a modelului medical (care denigrează experiența pacientului, considerînd-o drept imposibil de verificat, bizară, impresionistă) și a modelului social, în special a lucrărilor cercetătorilor care se bazează pe teoria etichetării și care nu au observat viața de zi cu zi a pacienților psihiatrici. Stoneall și Schmitt notează că pacienții nu se etichetează drept „nebuni”, ci afirmă că au probleme, „se află la limită”, „au cedat”. Pacienții atribuie dificultățile lor inadecvării altora sau unor cauze fizice (naștere prematură, accident etc). Rezultatele lui Letendre *et al.* (1988) merg în același sens, dar arată că variațiile de identitate ale subiectului din cauza raporturilor sale cu psihiatria constituie un proces mult mai complicat decît simplul refuz al etichetei de „nebun”. În ceea ce-i privește pe utilizatorii serviciului psihiatric de zi, Stoneall și Schmitt notează că, în absența explicațiilor alternative, acția acceptă etichetarea oficială care îi ajută de altfel să-și organizeze percepțiile. În plus, manifestările bolii sînt utilizate de către persoanele apropiate pentru a justifica spitalizarea.

Deși admisă ca o lucrare fundamentală, cartea lui Goffman a fost obiectul a numeroase critici privind slăbiciunile metodologice (mai ales **la nivelul culegerii datelor, considerată drept insuficient de riguroasă**) și interpretarea

exclusiv sociologică a faptelor observate. La acestea s-ar putea adăuga un oarecare pesimism care rezultă din concluzia cărții, în care Goffman scrie că nu este în măsură „să sugereze un mod mai adecvat de a trata oamenii”.

**Modelul fenomenologic.** El se demarcă foarte clar de modelele prezentate anterior prin două caracteristici principale: (a) nu caută cauzele unei maladii sau ale unei deviații care să fi condus la internarea în psihiatrie; (b) încearcă să afle care este „experiența nebulii”, pornind de la cei care au trăit-o și care devin astfel principalele surse de informații și date.

În studiul lui Letendre *et al.* sînt inventariate două cercetări realizate conform modelului fenomenologic (Quadagno & Antonio, 1975; Stoneall & Schmitt, 1984)<sup>8</sup>. De asemenea, trebuie subliniat faptul că însăși cercetarea lui Letendre *et al.* aderă, în mare măsură, la acest model, fiind interesată de interpretările și percepțiile pacienților psihiatrici referitor la situația lor.

Acordînd cuvîntul pacienților psihiatrici, cercetarea bazată pe abordarea fenomenologică permite cercetătorilor și practicienilor să învețe din experiența acestor subiecți, să le cunoască mai bine viața de zi cu zi. Este vorba de o cercetare angajată social care, dezvoltîndu-se în continuare, va putea contribui la o schimbare a politicii în materie de servicii psihiatrice.

### C. FUNDAMENTE ALE METODEI FENOMENOLOGICE DE CERCETARE

La fel ca și celelalte metode de cercetare calitative, metoda fenomenologică se caracterizează prin faptul că utilizează o abordare holistică, folosește o analiză inductivă și se derulează sub forma unei anchete naturaliste (Patton, 1983). Utilizarea unei **abordări holistice** corespunde faptului că cercetătorul încearcă să înțeleagă fenomenele și situațiile într-o manieră globală, fără a limita numărul aspectelor de studiat. Acest mod de a concepe cercetarea este foarte diferit de cel al planurilor experimentale de cercetare, unde se studiază variabile izolate și precis definite, unde se manipulează și se măsoară relațiile dintre cîteva variabile alese cu atenție.

În abordarea ipotetico-deductivă utilizată atunci cînd se aplică planuri experimentale, cercetătorul trebuie să identifice variabilele importante și să formuleze ipoteze înaintea culegerii datelor. Spre deosebire de acestea, planurile calitative de cercetare încep cu observații specifice, cu examenul minuțios al cazurilor individuale. Acest mod de a **proceda permite precizarea, pe măsură ce avansează cercetarea, a dimensiunilor de studiat. Faptul**

de a respinge impunerea unor așteptări prealabile privind situația de cercetat, faptul că utilizează o **analiză inductivă** constituie deci a doua caracteristică a cercetării calitative.

Experimentarea clasică vizează controlul absolut al situației de cercetat. Se evaluează, în acest caz, efectele manipulării anumitor variabile, păstrând constante toate celelalte variabile care ar putea să mai intervină în situația respectivă. Folosind metode calitative, cercetătorul nu operează nici o manipulare a mediului de cercetare. Încercarea de a înțelege fenomenele așa cum apar ele în mod natural constituie însăși justificarea utilizării planurilor calitative de cercetare. De aceea, se consideră că desfășurarea sub forma unei anchete naturaliste constituie a treia caracteristică a metodelor calitative de cercetare, întrucât ea nu vizează evaluarea unei realități schimbătoare, această anchetă are o orientare dinamică, de tip proces, care nu exclude totuși punerea în evidență a legilor generale privind structura și procesul experienței (von Eckartsberg, 1971).

Ca metodă calitativă, metoda fenomenologică prezintă cele trei caracteristici descrise mai sus, dar se diferențiază și prin caracteristici care îi sînt proprii. După Bachelor și Joshi (1986), metoda fenomenologică „necesită, într-un prim timp, o descriere atentă și sistematică a percepției asupra experienței trăite, iar într-un al doilea timp, ea vizează să identifice și să elucideze semnificația sa esențială. Este vorba de semnificații anterioare oricăror presupuneri sau construcții conceptuale”. Utilizînd metoda fenomenologică, cercetătorul vizează studiul semnificațiilor și structurii fenomenelor umane în aspectul lor eidetic, adică în funcție de natura lor fundamentală și de constituenții lor esențiali.

După aceste cîteva precizări de ordin general, să examinăm acum în mod mai detaliat unele etape ale cercetării fenomenologice : culegerea datelor, analiza datelor culese, evaluarea calității datelor culese, verificarea rezultatelor și a concluziilor.

Culegerea **datelor**. în cercetarea fenomenologică empirică, culegerea datelor se poate face folosind patru proceduri diferite (Bachelor & Joshi, 1986): (1) mărturia personală (*self-report*); (2) convorbirea ; (3) procedeele de observare participativă; (4) metode mixte.

- Mărturia personală este obținută în urma unei cereri scrise din partea cercetătorului. Ea reprezintă o descriere scrisă a ceea ce subiectul resimte în fața situației sau a fenomenului studiat. Mărturia poate fi obținută de la un singur subiect, de la mai mulți subiecți, de la cercetătorul însuși și de la unul sau mai mulți subiecți. În această ultimă situație, cercetătorul își notează

experiența sa specifică legată de situația sau fenomenul studiat și poate astfel să-și dea seama de propriile bias-uri sau prejudecăți.

- în decursul convorbirii, cercetătorul întreabă subiecții care participă la cercetare cu privire la experiența lor legată de situația sau fenomenul studiat. Convorbirea începe cu o întrebare generală și se continuă cu întrebări din ce în ce mai precise. La fel ca și în cazul mărturiei personale, convorbirea se poate realiza cu unul sau mai mulți subiecți, incluzîndu-l, în unele cazuri, chiar și pe cercetător.

- Procedeele de observație participativă se diferențiază în funcție de gradul de implicare a cercetătorului în situația studiată. Acesta poate fi un participant complet integrat în grupul de studiu, un participant-observator, un observator-participant sau doar un simplu observator.

- Utilizarea, în aceeași cercetare, a mai multor metode de culegere a datelor se face în funcție de situația studiată și de obiectivele urmărite de cercetător. Se poate combina, de exemplu, o metodă cantitativă și una calitativă, utilizate succesiv pentru studiul aceleiași situații sau aceleiași fenomen.

**Analiza datelor.** O dată culese datele, cercetătorul procedează la analiza lor. într-o abordare fenomenologică, analiza trebuie să fie inductivă și să permită elucidarea eidetică a situațiilor sau fenomenelor studiate. După De Koning (1979) și Bachelor și Joshi (1986), operațiile analitice care permit identificarea, pornind de la date brute, a caracteristicilor structurale generale ale situației sau fenomenului studiat, cuprind cinci etape secvențiale distincte :

- perceperea sensului global, realizată pornind de la o primă lectură completă a textului de analizat;

- delimitarea unităților cu semnificație naturală (constituite din fraze unice sau consecutive), operată ținînd seama de fiecare tranziție a sensului;

- delimitarea temei centrale, articulată în jurul uneia sau mai multor unități naturale și exprimată în limbajul subiectului;

- analiza temei centrale în funcție de obiectivele specifice ale cercetării, în funcție de ceea ce arăta ea privind fenomenul studiat, folosind de data aceasta un limbaj științific ;

- definirea, pornind de la o sinteză a rezultatelor, a structurii fundamentale a fenomenului studiat. Această definire poate fi relativă, atunci cînd descrierea fenomenului include aspectele concrete și specifice ale situației de cercetat, sau generală, atunci cînd nu sînt abordate decît acele aspecte ale fenomenului care sînt comune mai multor situații identice, sau chiar universale.

Analiza datelor este realizată de către cercetător, dar se consideră că participarea a cel puțin doi judecători independenți mărește fidelitatea rezultatelor.

**Evaluarea calității datelor culese, verificarea rezultatelor și a concluziilor.** Deși se poate afirma că, în stadiul actual de dezvoltare a cercetării fenomenologice, rigoarea metodologică este mare în ceea ce privește culegerea datelor și analiza acestora, dispunem însă de mai puține reguli de decizie în ceea ce privește etapa confirmării și verificării rezultatelor. Atunci când se adoptă abordarea fenomenologică, pot fi utilizate totuși câteva strategii disponibile pentru cercetarea calitativă în general. Este vorba de tehnici de evaluare a calității datelor culese, de verificare a rezultatelor prin biais-ul contrastelor și de evaluare a concluziilor cercetării (Miles & Huberman, 1984; Bachelor & Joshi, 1986).

**Calitatea observațiilor sau a faptelor culese** poate fi asigurată folosind diferite tehnici ce vor fi descrise în cele ce urmează:

- Verificarea **reprezentativității** faptelor culese, stabilind în ce măsură acestea sînt tipice, reprezentative sau indicative pentru fenomenul studiat. În cazul în care cercetătorul riscă să generalizeze într-un mod inadecvat pornind de la date culese de la subiecți nereprezentativi, el își poate asigura non-selectivitatea eșantionului prin mărirea numărului de subiecți, de exemplu, sau prin căutarea deliberată a cazurilor contrastante (negative, extreme sau opuse).

- Verificarea prezenței **efectelor legate de cercetător**. Pentru a preveni eventualele biais-uri produse de prezența sa asupra mediului, cercetătorul poate, de exemplu, să-și clarifice mandatul său față de subiecți, să ceară unuia dintre ei să examineze influența pe care el o exercită, în calitate de cercetător, asupra mediului și subiecților, sau să rămână cît mai mult timp posibil în mediul în care își efectuează cercetarea. Atunci cînd, din contra, este vorba de un biais rezultînd din efectele mediului asupra cercetătorului, pot fi utilizate alte tehnici: examinarea datelor obținute de către un cercetător exterior proiectului în curs, cerîndu-i-se acestuia să identifice sursele de biais-uri, folosirea mai multor metode pentru culegerea datelor, efectuarea mai rară a vizitelor în mediul respectiv etc.

- În absența măsurătorilor externe cu care să-și compare rezultatele studiului, cercetătorul trebuie să utilizeze indici interni provenind din **măsurători independente** de situația sau fenomenul studiat, pentru a putea demonstra că acestea sînt consistente cu propriile sale rezultate, permițînd astfel o validare convergentă.

- Datele culese avînd o valoare inegală (unele sînt mai „solide” sau mai valide decît altele), cercetătorul poate proceda la **ponderarea lor**. Întrucît datele obținute de la subiecți care, de exemplu, cunosc mai bine sau sînt mai apropiați de evenimentul care îl interesează pe cercetător, sînt „mai bune” decît cele provenite de la alți subiecți, cercetătorul trebuie să le acorde o pondere mai mare. Ponderarea poate fi legată și de condițiile în care s-a realizat culegerea datelor.

O altă categorie de strategii de evaluare a cercetării calitative utilizabile în cazul abordării fenomenologice are ca obiectiv **verificarea rezultatelor și concluziilor prin folosirea contrastelor**. Procedeele disponibile sînt:

- „metoda diferențelor”, care constă în verificarea unei concluzii realizînd comparații între două ansambluri (de persoane sau de fenomene, de exemplu) cunoscute a fi diferite în ceea ce privește un alt aspect important;
- analiza semnificației excepțiilor (sau a cazurilor divergente)<sup>9</sup>, care constă în căutarea subiecților devianți și verificarea dacă unele caracteristici sînt absente sau diferite la subiecții tipici. Dacă, de exemplu, un subiect care adoptă o atitudine complet diferită față de ceilalți oferă, în loc de explicații, motive opuse celor furnizate de cei care adoptă atitudinea respectivă, aceasta constituie un rezultat care întărește concluziile cercetătorului.

O ultimă grupare a strategiilor de evaluare are drept obiectiv **confruntarea concluziilor** la care a ajuns cercetătorul utilizînd o astfel de abordare fenomenologică cu **fapte stabilite sau alte concepții și teorii**. Procedura de eliminare a relațiilor factice se folosește mai ales atunci cînd concluziile cercetării sînt neașteptate și au o importanță mare. Ea constă în a studia posibilitatea ca relația pusă în evidență între două variabile să fie factice și să intervină o a treia variabilă. În alte cazuri, o strategie de reproducere a faptelor culese într-un alt context ar putea să ajute la confirmarea sau nuanțarea rezultatelor obținute. Cercetătorul poate lua în considerare mai multe explicații posibile, chiar contradictorii, și să verifice dacă vreuna dintre ele se impune ca plauzibilă. În fine, cercetătorul trebuie, încă de la început, să caute faptele care merg în sens contrar concluziilor pe care crede că le va extrage din cercetarea întreprinsă.

Ceea ce la început era o abordare clinică a psihopatologiei influențată de conceptele filosofiei fenomenologice germane, a devenit, în special în Statele Unite, o nouă orientare metodologică. După cum am precizat, aceasta păstrează legături importante cu unele dintre principiile de bază ale fenomenologiei și îl ajută pe clinicianul-cercetător să identifice aspecte pe care nici o altă metodologie nu i le-ar putea face accesibile. Să mai subliniem că

metodologia fenomenologică apare mai mult ca o invitație la o reflecție asupra modalităților de ameliorare a calităților cercetării, decât ca o simplă colecție de reguli normative rigide.

## REZUMAT

Psihopatologia fenomenologică își are originile în filosofia germană cu același nume. Aportul fenomenologiei a condus la două demersuri principale în psihopatologie. Prima, care ar putea fi calificată drept descriptivă, este cea a lui Karl Jaspers. În acest caz, psihopatologia se ocupă mai ales de ceea ce trăiesc bolnavii, le studiază stările sufletești, încercând să le dezvăluie semnificațiile.

Al doilea demers este cel al lui Binswanger, mult mai impregnat de referințe filosofice și cunoscut mai ales datorită studiilor asupra schizofreniei, maniei și melancoliei. Contribuția lui Binswanger, al cărei substrat este oferit atât de Husserl cât și de Heidegger, privește înainte de toate metodologia psihiatrică.

Prin emergența unui model și a unei metodologii de cercetare care îi sunt specifice, abordarea fenomenologică a permis progrese semnificative în dezvoltarea psihopatologiei.

Modelul fenomenologic de cercetare, ilustrat în acest capitol de studiul asupra spitalizării în psihiatrie, are două caracteristici principale : (1) nu caută cauzele unei boli sau ale unei deviații care au condus la internare ; (b) încearcă să descopere care este „experiența nebuliei” pornind de la cei care au trăit-o și care devin astfel principalele surse de informații și date.

Asemeni celorlalte metode calitative de cercetare, metoda fenomenologică se caracterizează prin utilizarea unei abordări holistice, folosirea unei analize inductive și derularea sub forma unei anchete naturaliste. În același timp, ea se diferențiază prin caracteristici proprii: faptul că impune, într-o primă etapă, o descriere atentă și sistematică a percepției asupra experienței trăite și că urmărește, în a doua etapă, să identifice și să elucideze semnificația esențială a acestei experiențe.

## NOTE

1. Ey (1954) prezintă în studiul său nr. 21 fenomenologia fugii de idei.
2. Este vorba de intenționalitatea conștiinței orientate întotdeauna către ceva (Husserl). Conștiința este intenționalitate, întrucât ea este întotdeauna conștientă de ceva.
3. *Dasein*, cuvânt-cheie al gândirii lui Heidegger, ar putea fi tradus prin „realitate umană”. Binswanger refuză traducerea termenului *Daseinanalyse* prin „analiză existențială” și propune expresia „analiza prezenței umane”.
4. Binswanger (1987, p. 43) amintește că prima lucrare asupra timpului (lucrări care constituie, în plus, prima aplicare a metodei fenomenologice în psihiatrie) este datorată lui Minkowski: „Studiul psihologic și analiza fenomenologică a unui caz de melancolie

schizofrenică”. Conținutul acestui articol publicat în 1923 în *Journal de psychologie* (XX), a făcut obiectul unei expuneri la Ziirich în 1922, în fața Societății elvețiene de psihiatrie, expunere precedată de raportul „Despre fenomenologie”, prezentat de Binswanger.

5. Ludwig Binswanger nu avea decât zece ani atunci când Cecile Miinch a fost spitalizată în clinica Bellevue, pe care o conducea în vremea aceea tatăl său. În studiul intitulat *Retrospectivă melancolică*, Binswanger (1987) scrie : „Pe parcursul întregii mele vieți am revăzut figura suferindă și privirea profund melancolică a acestei femei...” (p. 30).
6. „Husserl propune folosirea termenului de noemă a percepției pentru caracterile proprii obiectului așa cum apare el în percepție, iar a descrie noema percepției înseamnă a descrie diversele aspecte specifice în maniera în care se arată masa atunci când ea se arată drept percepută” (Lanteri-Laura, 1963, p. 73).
7. În studiul său, Perucci (1974) descrie următoarele moduri de adaptare a pacienților: (a) retragerea (absența relațiilor cu personalul și cu ceilalți pacienți); (b) rezistența (pacienții încearcă să-și păstreze o anumită demnitate și un anumit respect față de sine, respectând totuși regulamentele și limitând la maximum intruziunile personalului); (c) acomodarea (devenind pacientul „bun”, care respectă regulile, deciziile personalului și ale celorlalți pacienți); (d) conversia (identificarea cu personalul prin integrarea valorilor și credințelor acestuia).
8. Abordarea fenomenologică a fost utilizată și într-o importantă cercetare ce a făcut obiectul unei teze de doctorat (483 de pagini), prezentată de Di Grigorio (1983) la Union Graduate School (Cincinnati, Ohio). Autorul a studiat experiența dezinstituționalizării așa cum este ea trăită de persoanele cu tulburări mintale și de dezvoltare.
9. Cazurile extreme (subiecți sau situații) se arată utile pentru confirmarea sau verificarea faptelor culese.

## CAPITOLUL 12

# Psihopatologie psihanalitică

Abordarea psihanalitică are o importanță capitală. Susținătorii ei identifică, de fapt, ansamblul psihopatologiei cu psihanaliza'. Pe de altă parte, pentru denotorii săi, psihanaliza reprezintă fie ținta unor atacuri permanente, fie o abordare condamnată la o conjurație a tăcerii în fine, pentru cei care se situează între aceste două poziții extreme, psihanaliza este importantă prin calitățile sale euristice și merită o atenție deosebită în contextul în care se încearcă validarea conceptelor sale cruciale prin metode proprii altor abordări ale psihopatologiei.

Numărul și ponderea partizanilor psihanalizei, a detractorilor săi și a celor ce se situează pe o poziție mediană în comunitatea universitarilor și cercetătorilor sînt foarte inegale, și variază în timp și de la o țară la alta. În Statele Unite, de exemplu, psihanaliza s-a dezvoltat foarte puternic și relativ timpuriu (Freud călătorește aici încă din 1909). După o perioadă în care a dominat psihopatologia și psihiatria nord-americană, abordarea psihanalitică începe să fie foarte contestată.

În continuarea unei prezentări foarte succinte, pe care o recunoaște chiar el a fi „puțin cam simplistă și caricaturală” a modelului explicativ al maladiei mintale bazat pe diferitele stadii ale dezvoltării libidoului, Grunberg, profesor de psihiatrie la Universitatea din Montreal, scrie. în 1980, că acest model „ne poate face astăzi să zîmbim”. Pentru Grunberg, viciul fundamental al modelului explicativ furnizat de abordarea psihanalitică este că „etiologia e presupusă nu numai fără nici o verificare științifică, dar și fără a oferi măcar posibilitatea de a formula ipoteze cărora să li se poată confirma sau infirma validitatea”.

Încă de la începutul perioadei de repunere în discuție a psihanalizei, unii autori nord-americani se situează pe o poziție mediană. Astfel, Maher scria în 1966 : „Actualmente, verificarea ipotezelor rezultate din teoriile dinamice este împiedicată de imprecizia ce caracterizează definirea stărilor sau proce-

selor postulate în cadrul modelului dinamic. Asta nu înseamnă că modelul nu poate fi reformulat astfel încît să poată fi deduse ipoteze testabile; pînă acum, nici o re formulare adecvată nu a fost propusă”.

Să subliniem, de asemenea, că după o perioadă de recul evident, influența abordării psihanalitice reappare în Statele Unite. Astfel, într-una din cele mai recente lucrări de psihopatologie, publicată de prestigioasa editură McGraw-Hill, Willerman și Cohen (1990), ambii profesori la Universitatea statului Texas din Austin, consacră un capitol distinct abordării psihodinamice. La finalul unei secțiuni a acestui capitol privind evaluarea critică a teoriei psihanalitice, acești doi autori scriu că „teoria psihanalitică nu poate fi ignorată” și că unele dintre formulările sale au avut un impact enorm nu numai asupra dezvoltării istorice a teoriilor psihopatologice, ci și a culturii noastre (în special asupra științelor umaniste, precum și asupra științelor sociale și comportamentului) și asupra gândirii noastre de zi cu zi. În același capitol, Willerman și Cohen scriu, de asemenea, că „nici o prezentare a psihopatologiei nu ar fi completă fără a se ține cont de abordarea psihodinamică”.

Citind aceste rînduri, o întrebare apare în mod inevitabil: care sînt principalele contribuții ale abordării psihanalitice a psihopatologiei? În fața imensității operei psihanalitice, orice tentativă de răspuns sintetic ar putea părea superficială, insuficientă și deci imprudentă. În ciuda acestui risc, ni se pare necesar să menționăm pe scurt patru contribuții pe tema cărora există un real consens printre partizanii abordării psihanalitice :

- Trecutul personal și mai cu seamă cel al copilăriei timpurii, poate provoca tulburări psihopatologice, mai ales atunci cînd acest trecut a fost ocultat și clivat, devenind astfel inconștient. Amintirile inconștiente joacă un rol important în producerea simptomelor, iar sensul acestora ne trimite deci la inconștient.

- Rolul sexualității este primordial. De exemplu, materialul străin Elului, eliminat din conștiință și exprimîndu-se în vise și simptome nevrotice, are întotdeauna conotații sexuale.

- Experiențele individuale (situații, evenimente, traumatisme, factori familiari și sociali) joacă un rol foarte important. Semnificația acestor experiențe depinde de stadiul de dezvoltare la care survin.

- Boala mintală este concepută dintr-o perspectivă funcțională: ea constituie o tentativă de ajustare, de rezolvare a problemelor care nu au putut fi rezolvate într-un alt mod, mai satisfăcător. Orice tulburare (deși obiectiv este ineficace și subiectiv este penibilă) constituie o formă de

ordine. Impresia de relativitate a frontierei dintre normal și patologic pe care o dau aceste aserțiuni este accentuată de faptul că și conflictul, care nu este considerat patologic în sine, reprezintă un factor comun al sănătății și bolii.

Contribuțiile menționate aici constituie, după părerea noastră, elemente fundamentale ale operei lui Sigmund Freud, creator al psihanalizei și al abordării psihanalitice a psihopatologiei.

Freud (1856-1939) obține diploma de medic în 1881 și lucrează ulterior cu personalități de renume cum ar fi Brücke, Nothnagel și Meynert. În 1885, este numit Privat-Dozent în neuropatologie și merge la Paris, la Charcot, celebru pentru studiile sale privind isteria. Mai vizitează Franța în 1891, când îl întâlnește la Nancy pe Liebault, care utilizează hipnoza și pe Bernheim, care face experiențe de sugestie post-hipnotică. Numit în 1902 profesor extraordinar la Viena, devine profesor plin abia în 1923.

Opera lui Freud cuprinde mai multe etape. Prima (1883-1897), consacrată studiului anatomiei sistemului nervos și neurologiei, cuprinde lucrări importante privind cocaina, nervul acustic și paralizia cerebrală infantilă. În cursul acestei perioade, mai precis între 1886-1895, Freud efectuează o serie de cercetări fundamentale privind hipnoza și isteria. În 1895 publică, împreună cu prietenul său Breuer, lucrarea *Studii despre isterie*.

Între 1895 și 1920, Freud se interesează de fenomenele inconștiente și elaborează metoda psihanalitică de tratament. În această perioadă el publică *Interpretarea viselor* (1900), *Psihopatologia vieții cotidiene* (1901/1904), *Trei eseuri despre teoria sexualității* (1905), *Introducere în psihanaliză* (1916/1917).

Ultima perioadă (1920-1939) este consacrată cercetărilor în domeniul personalității umane și aplicării teoriilor sale la funcționarea societății și a religiei, în cursul acestei perioade apar *Dincolo de principii plăcerii* (1920), *Eul și Șinele* (1923), *Inhibiție, simptom și angoasă* (1925), *Noi conferințe despre psihanaliză* (1932). Este, de asemenea, perioada în care Freud își elaborează lucrările intitulate *Psihologia colectivă și analiza Eului* (1921), *Viitorul unei iluzii* (1927), *Suferință în civilizație* (1930), *Moise și monoteismul* (1939). Aceste lucrări fuseseră precedate de *Totem și tabu* (1912), unde aplicase, pentru prima oară, teoriile sale psihologice la societate în ansamblu ei.

Freud este și la originea mișcării psihanalitice, a cărei istorie a cunoscut vicisitudini și disidențe, cele mai celebre fiind cele ale lui Adler și Jung. Printre psihanalistiști fideli teoriei lui Freud și care au contribuit, împreună cu elevii lor, la dezvoltarea acesteia, un loc deosebit este ocupat de Abraham și Ferenczy, precum și de Anna Freud și Melanie Klein.

Abordarea psihanalitică va fi ilustrată, în acest capitol, prin două teme de actualitate. Prima, deja tratată de Lagache în 1964<sup>3</sup> în textul său privind „Psihanaliza ca știință exactă”, este caracterul științific al psihanalizei. În

decursul ultimilor ani, cel puțin trei seminarii francofone au abordat această problemă (De Neuter și Florence, 1988; Le Guen *et al.*, 1989; Pelletier *et al.*, 1990). A doua temă este cea situată în centrul unei importante dezbateri privind necesitatea și posibilitatea unei abordări experimentale a psihanalizei.

## A. CINCI TIPURI DE RĂSPUNSURI LA O ÎNTREBARE FRECVENTĂ: ESTE PSIHANALIZA O ȘTIINȚĂ?

Sursă de discuții interminabile, întrebarea privind caracterul științific al psihanalizei reapare fără încetare. Înainte chiar de a prezenta diferitele răspunsuri date în literatura de specialitate, ni se pare interesant să ne spunem: de ce oare apare atât de des această întrebare?

La colocolviul de la Louvain-en-Woluwe, Florence (1988) concluziona privitor la acest subiect, spunând: „probabil pentru că trebuia să fie în spiritul fondatorului ei” și pentru că acesta ținea ca psihanaliza să fie acceptată. Este binecunoscut faptul că Freud a dorit întotdeauna să includă psihanaliza printre științele naturii (*Naturwissenschaften*), care erau opuse, în vremea aceea, științelor spiritului (*Geisteswissenschaften*).

La această atitudine ambivalență a creatorului psihanalizei trebuie adăugat succesul avut de această disciplină și în special practica extensivă a psihanalizei, dezvoltarea științelor naturii și a științelor umane, apariția unor noi metode și tehnici terapeutice. Toate aceste evoluții au repus periodic în discuție locul și statutul psihanalizei, iar întrebările privind caracterul său științific constituie, după părerea noastră, un demers vizând o mai bună precizare a acestui loc și statut.

Pentru a simplifica prezentarea, punctele de vedere conținute în răspunsurile la întrebarea-titlu a acestei secțiuni vor fi prezentate în cadrul a cinci grupări. Pentru fiecare grupare, această „tipologie” nu este ilustrată decât prin punctele de vedere ale anumitor autori. Nu este vorba, deci, de o prezentare exhaustivă<sup>4</sup> și nici evaluativă a acestor puncte de vedere.

### 1. Psihanaliza este o știință

Fine (1975) și Gardner (1979) afirmă că, spre deosebire de behaviorism, care este doar o vulgară tehnologie, lipsită de o legătură reală cu adevăratul sens al umanului, psihanaliza este o știință adevărată. În *Psychanalyse*,



*Science, Societe*, Legrand (1983) scrie că cei care aderă la opțiunile epistemologiei teoriciste, dezvoltată în special de Althusser, sau care aleg epistemologia kuhniană (Kuhn, 1962)<sup>5</sup>, pot considera psihanaliza drept știință.

Mai recent, Kipman (1989) își începea cartea intitulată *Rigoarea intuiției* prin această frază: „Psihanaliza este o știință”. După el, psihanaliza ar putea fi prezentată drept o știință cuantică a gândirii. Deși psihanaliza și fizica cuantică sînt legate între ele printr-o serie de analogii, ele nu sînt totuși asimilabile una cu cealaltă, întrucît obiectul lor de studiu și metodele de cercetare diferă foarte mult. Ele s-ar supune, după Kipman, acelorași demersuri intelectuale și ar demonstra împreună profunđa revoluție științifică ce a marcat începutul secolului al XX-lea.

## 2. Psihanaliza este numai parțial o știință

În această grupare de răspunsuri privind caracterul științific al psihanalizei pot fi incluse afirmații cum ar fi aceea că psihanaliza este „pe jumătate știință, pe jumătate altceva” (Paniagua, 1987) sau că psihanaliza nu este în realitate o știință, ea este „știința noastră” (Harrison, 1970).

Pentru Saucier (1990), psihanaliza (care nu este nici știință, nici ideologie) este, înainte de toate, o mișcare terapeutică. Psihanaliza ar avea un nucleu central terapeutic, cu diverse porțiuni periferice : un sector filosofic, un sector literar și multe altele, printre care și un sector științific.

Un alt mod de a concepe relațiile dintre psihanaliză și știință este cel al lui Brodeur (Pelletier *et al.*, 1990), care distinge trei niveluri de cunoaștere : (a) cunoașterea de către persoana analizată și audierea imediată de către psihanalist; (b) cunoașterea analistului care interpretează, pornind în special de la ceea ce a auzit, dar și de la scheme teoretice și (c) cunoașterea științifică propriu-zisă, care reia primele două niveluri de cunoaștere pentru a extrage din ele un fel de analiză de conținut.

## 3. Psihanaliza este o știință hermeneutică

Contrar psihologiei, care este o știință a observației ce vizează faptele de conduită, psihanaliza este o știință exegetică, adică o hermeneutică, referindu-se la raporturile de sens dintre obiectele substituite și cele originare (pierdute) ale pulsionii. Psihanaliza nu este o știință a naturii și nu studiază relațiile dintre cauze și efecte. Ca hermeneutică, psihanaliza este o explicare

a discursului persoanei analizate, o căutare și o creare de sens. Din această perspectivă hermeneutică, dezvoltată în special de către Ricœur (1965), psihanaliza caută mai curînd să înțeleagă fenomenele decît să le explice sau să le prezică.

## 4. Psihanaliza nu este o știință

Conform adepților epistemologiei empiriste dintre care Popper (1934)<sup>6</sup> este reprezentantul cel mai remarcabil, psihanaliza trebuie considerată drept o pseudo-știință.

Popper examinează psihanaliza și marxismul și constată surprinzătoarea lor putere explicativă : ele sînt întotdeauna adaptate, întotdeauna confirmate. De aceea, el enunță criteriul de respingere sau falsificabilitate<sup>7</sup>. Conform acestui criteriu, o teorie nu poate pretinde că are caracter științific decît dacă își poate supune afirmațiile procedurilor de falsificare empirică. Astfel, criteriul de demarcare dintre știință și non-știință constă în posibilitatea de a formula propoziții falsificabile. Criteriile de respingere trebuie stabilite din timp : trebuie să existe un acord în privința acelor situații observabile care, dacă sînt realmente observate, semnifică o respingere a teoriei.

După Popper, psihanaliza cuprinde o strategie „imunizantă” capabilă să integreze, să digere și să anuleze orice critică ce îi este adresată. Psihanaliza și-ar confirma progresele conceptuale prin observații ce ar conține aceste progrese, susținînd că pentru înconștient, contrariile au același sens.

## 5. Psihanaliza este altceva

Cu umor sau seriozitate, diverși autori clasează în mod diferit psihanaliza: „practică delirantă” (Lacan, 1977), „nimic mai mult decît un sistem delirant contagios” (Crews, 1985), „arta de a juca jocul asociației libere, de a crea ceva cu materialele imaginare ale celor doi înconștienți, ale înconștientului persoanei analizate și ale analistului” (Brodeur, 1990), „o doctrină în care singurele criterii de referință sînt argumentul Autorității și opinia adepților” (Van Rillaer, 1982).

## B. STUDIUL EMPIRIC AL UNOR COMPONENTE ALE TEORIEI PSIHANALITICE. BILANȚUL CERCETĂRIILOR ASUPRA ORALITĂȚII

În mai multe rânduri, Freud a manifestat un fel de ambivalență în legătură cu procesul de verificare a diferitelor componente ale teoriei sale. Uneori, scrierile sale pledează în favoarea validării ipotezelor psihanalitice și a necesității experimentării. Astfel, într-un articol despre consecințele psihologice ale diferențelor anatomice dintre sexe, Freud (1925) scrie: „Sînt conștient că opiniile mele nu vor putea fi reținute decît dacă observațiile mele, bazate pe un număr redus de cazuri, se dovedesc a avea o validitate generală și ca fiind tipice”. În alte situații, Freud refuză validarea prin verificări experimentale. Lui Rosenzweig, de exemplu, care îi descrieser experiențele sale de laborator privind refluxarea, Freud îi răspunde: „Am examinat cu interes studiile dumneavoastră experimentale privind verificarea afirmațiilor psihanalitice legate de refluxare. Nu pot să acord prea multă importanță acestor confirmări, întrucît bogăția observațiilor sigure pe care se sprijină aceste afirmații le fac independente de verificările experimentale”.

Ambivalența lui Freud i-a influențat, fără îndoială, pe discipolii și continuatorii săi. Ea a contribuit la structurarea a două poziții clare privind validarea ipotezelor psihanalitice. Recent, Van Gijsegem (1990) descria astfel aceste poziții: (a) validarea ipotezelor psihanalitice trebuie să se facă în și prin cură (Thomă și Kächele, 1975; Edelson, 1985), pentru a respecta ceea ce Erdelyi (1985) numea „validitate ecologică”; (b) validarea și verificarea empirică sînt necesare și trebuie realizate prin mijloacele tradiționale ale metodei experimentale, dacă este posibil în laborator și folosind limbajul universal al matematicii (Kline, 1972; Reuchlin, 1972-1973).

O a treia poziție, mai suplă, care ar putea fi denumită „de compromis”, a fost exprimată în cadrul celui de-al treilea seminar al Asociației Psihoterapeuților Psihanaliști din Quebec, organizat în mai 1989. Această poziție este conținută în răspunsul dat de Jean-Francois Saucier lui Helene Richard care, în cursul discuției organizate după prima masă rotundă (Pelletier *et al.*, 1990) remarca faptul că ipotezele freudiene se bazează pe date culese într-o situație de intersubiectivitate, situația transfero/contra-transferențială. În aceste condiții, metoda experimentală sau științifică, ce nu lasă loc nici intersubiectivității și nici inconștientului (mai ales al cercetătorului...), apare

drept inadecvată. În răspunsul său, Saucier descrie două niveluri de verificare. La primul nivel, cel al interacțiunii concrete pacient-terapeut, adică la nivelul transferului și contra-transferului, metoda experimentală „nu poate fi eficace, pentru că prezentul interacțional are o complexitate imensă”. La al doilea nivel, mai general, mai depărtat de contactul pacient-terapeut, ipotezele formulate de Freud pe baza observațiilor făcute pe un număr oarecare de pacienți sînt mai ușor verificabile prin metoda experimentală<sup>10</sup>.

Impresionantul volum de cercetări privind validarea și verificarea empirică a teoriei psihanalitice atestă excepționala calitate euristică a acesteia. Dintre aceste cercetări, un număr important este consacrat validării conceptului de oralitate, temă aleasă pentru a ilustra, în acest capitol, studiul empiric al anumitor componente ale teoriei psihanalitice.

Stadiul oral sau canibalic este descris de Freud în 1915. Prim stadiu al sexualității, el are drept sursă regiunea orală. Obiectul este într-o relație strînsă cu alimentarea, iar scopul urmărit este încorporarea (Laplanche & Pontalis, 1973). Ulterior, în 1924, Abraham diferențiază, în interiorul stadiului oral, un stadiu precoce al sucțiunii („preambivalent”) și un stadiu sadic-oral care corespunde apariției dinților. Activitatea de mușcare și de devorare implică o distrugere a obiectului și apare ambivalența pulsională: libidoul și agresivitatea sînt îndreptate către același obiect (Laplanche & Pontalis, 1973). În 1924, Abraham identifică, de asemenea, existența unui caracter oral exprimat prin următoarele trăsături: optimism, generozitate, sociabilitate, dependență, pasivitate. Acestea ar apărea ca urmare a unei fixații în stadiul oral (Abraham, 1965-1966). Numeroși cercetători au încercat de timpuriu să verifice această teorie<sup>11</sup>.

Fisher și Greenberg (1977) trec în revistă circa treizeci de cercetări și ajung la următoarele două concluzii: (1) există corelații pozitive, reduse însă, între trăsături cum ar fi tendința spre activități orale (supraalimentare, alcoolism, tabagism), nevoia de a avea contact sociale, nevoia de aprobare, pasivitate; (2) nici un argument solid nu sprijină afirmația că aceste trăsături se datorează modului în care subiectul a fost hrănit, înălțat și satisfăcut „oral” în primii ani ai copilăriei.

Un alt bilanț, mai recent, al numeroaselor cercetări realizate pentru a valida conceptul de oralitate ne este oferit de Masling (1986)<sup>12</sup>. Studiile efectuate pe pacienți din Buffalo, spitalizați (Bertrand & Masling, 1969) sau externi (Weiss & Masling, 1970) și pe pacienți italieni spitalizați în servicii de psihiatrie (Tognazzo, 1970) au arătat că alcoolicii oferă mai multe răspunsuri de tip oral la testul Rorschach decît pacienții din loturile de control.

în prima dintre aceste cercetări, Bertrand și Masling au studiat arhivele spitalului V.A. din Buffalo și au putut localiza dosarele a 20 de pacienți neuropsihiatrici, al căror diagnostic principal era alcoolismul. Protocoalele de răspuns la testul Rorschach au fost ulterior minuțios comparate cu cele ale unui grup de control de 20 de pacienți ne-alcoolici. Aceste protocoale fiind completate anterior studiului lui Bertrand și Masling, examinătorii (26 de psihologi în total) nu au putut fi influențați de ipoteza studiului. După eliminarea din protocoale a tuturor răspunsurilor legate de alcool și de actul de a bea, autorii cercetării au găsit că pacienții alcoolici au dat semnificativ mai multe răspunsuri orale decât subiecții din lotul de control, fapt ce poate fi atribuit în principal unui subgrup de zece subiecți care au dat în mod frecvent răspunsuri de tip oral.

Studiul unor subiecți obezi israelieni și americani (Masling *et al.*, 1967 ; Weiss & Masling, 1970) arată că aceștia dau mai multe răspunsuri de tip oral decât subiecții de control. Aceste rezultate nu au fost confirmate de cercetarea lui Zechow (1969). În plus, scorurile orale ale pacienților ulcerosi au fost și ele superioare celor ale unui lot de control (Weiss & Masling, 1970). În line, o cercetare asupra tabagismului, realizată de data aceasta pe femei, nu a pus în evidență niveluri mai ridicate de răspunsuri de tip oral la testul Rorschach.

Comentind aceste rezultate, Masling (1986) remarcă faptul că ele nu ne permit să precizăm care a apărut prima : tulburarea fizică sau caracteristica personalității ? Conform teoriei psihodinamice, fiecare tulburare este rezultatul unei dinamici a personalității anterioare, dar datele corelaționale culese în cercetările citate nu permit testarea ipotezei genetice. Concluzia care poate fi totuși extrasă din toate studiile trecute în revistă este faptul că descrierea psihanalitică a caracteristicilor orale la persoanele alcoolice și obeze pare a fi adecvată.

O altă categorie de cercetări se referă la corelațiile comportamentale ale oralității. Studiile sintetizate de Masling (1986) arată că persoana de tip oral prezintă o serie de caracteristici care pot fi descrise drept o tendință de orientare spre ceilalți : o asemenea persoană crede că sprijinul extern este vital pentru supraviețuire ; ea atinge fizic oamenii mai ușor decât ceilalți ; în plan interpersonal, percepțiile sale sînt mai exacte ; activitatea sa vegetativă scade în situații stresante, datorită simplei prezențe a altor persoane ; este mai interesată de consultarea unui consilier ; consideră tratamentul psihanalitic mai atrăgător ; tinde să fie mai flexibilă cu regulile și regulamentele ; într-un grup mic, se alătură judecăților celorlalți ; apreciază eforturile liderului grupului<sup>13</sup>.

În comparație cu rezultatele privind aspectele abordate pînă acum, rezultatele cercetărilor care au urmărit să verifice faptul că oralitatea conduce la comportamente de dependență sînt mai contradictorii. Masling (1986) notează că subiecții care oferă un număr mai ridicat de răspunsuri de tip oral la testul Rorschach cred mai mult în Dumnezeu sau în viața de după moarte. Alte cercetări, pe care le citează în sinteza sa, arată că, deși uneori subiecții „orali” se supun opiniilor celorlalte persoane, aceasta nu constituie o regulă. S-a stabilit, de asemenea, că atunci cînd au de rezolvat o sarcină dificilă, subiecții orali stabilesc mai frecvent un contact vizual cu examinătorul. Această ultimă cercetare (Shilkret și Masling, 1981) indică, totuși, că cererea directă de ajutor nu este mai frecventă la subiecții orali. Toate aceste cercetări sugerează că prezența comportamentelor de dependență, slăbiciune, neputință nu constituie o caracteristică centrală a personalității orale. În acest context, Masling (1986) citează datele obținute de Juni și Nelson (1984), care arată că persoanele care dau mai multe răspunsuri orale la Rorschach sînt mai curînd imature, lipsite de siguranță, mai triste, mai depresive și preferă muzica tristă.

Deși cercetările trecute în revistă de Masling (1986) aduc argumente empirice în favoarea caracterologiei freudiene, trebuie menționate două limite privind această concluzie. În primul rînd, faptul că în cercetările respective, oralitatea este definită pe baza răspunsurilor de tip oral oferite la testul Rorschach<sup>14</sup>. Există în literatură și alte definiții operaționale ale oralității (Masling & Schwartz, 1979), dar acestea sînt relativ independente unele de celelalte. Masling (1986) insistă în special pe faptul că scorul la un test de evaluare a caracteristicilor orale unde subiectul trebuie să răspundă în termeni de „adevărat/fals” nu se poate compara cu o măsurare proiectivă a oralității. De asemenea, trebuie subliniat că diferitele măsuri proiective ale oralității nu conduc la rezultate identice.

A doua limită decurge din diferențele legate de sex, diferențe notate de altfel și în alte studii privind personalitatea. Descrierea oferită de Masling a caracteristicilor comportamentului oral sau ale personalității orale se bazează, în mare măsură, pe rezultate obținute cu subiecți bărbați. Întrebarea privind prezența celorlași caracteristici la femei nu a primit, pînă acum, decît puține răspunsuri.

## REZUMAT

Abordarea psihiatrică are o importanță capitală. Acest lucru este valabil, din motive diferite, atât pentru partizanii ei cât și pentru adversarii sau pentru cei care se situează între aceste două poziții extreme.

În ciuda imensității operei psihiatice, unele contribuții ale abordării psihiatice în psihopatologie au o semnificație deosebită: importanța trecutului personal, a sexualității, a experiențelor individuale și faptul de a concepe boala mintală dintr-o perspectivă funcțională, ca o tentativă de ajustare, de rezolvare a unor probleme care nu au putut fi rezolvate într-o altă manieră, mai satisfăcătoare.

Prima secțiune a capitolului este consacrată răspunsurilor privind problema caracterului științific al psihiatriei. Punctele de vedere cuprinse în aceste răspunsuri sînt grupate în cinci categorii: (1) psihiatria este o știință; (2) psihiatria este parțial o știință; (3) psihiatria este o știință hermeneutică; (4) psihiatria nu este o știință; (5) psihiatria este altceva.

A doua parte a capitolului abordează studiul empiric al anumitor componente ale teoriei psihiatice. Sînt descrise trei poziții privind validarea ipotezelor psihiatice: (a) validarea trebuie să se realizeze în și prin cură; (b) validarea și verificarea empirică sînt necesare și trebuie realizate prin mijloacele tradiționale ale metodei experimentale; (c) studierea empirică trebuie să țină cont de existența mai multor niveluri de verificare (de exemplu, faptul că la nivelul interacțiunii pacient-terapeut, metoda experimentală nu poate acționa în mod eficient). Această parte a capitolului conține și un bilanț al cercetărilor privind oralitatea. Aceste cercetări aduc în general argumente empirice în favoarea rezolvărilor freudiene.

## NOTE

1. Psihiatria reprezintă o metodă de investigare, o metodă psihoterapeutică și un ansamblu de teorii psihologice și psihopatologice în care sînt sistematizate datele obținute prin metoda psihiatrică de investigare și tratament (Laplanche & Pontalis, 1973).
2. În bibliografia volumului de față, lucrările lui Freud sînt date în funcție de anul apariției traducerilor franceze.
3. Acest text, redactat în 1964 și publicat în engleză într-o formă diferită în 1966 este reprodus în volumul *La Foile du logis. La psychanalyse comme science exacte* (Lagache, 1986). Concluziile lui Lagache sînt următoarele: „psihiatria este o știință exactă, cel puțin în regiunile izolate sau confluente ale rezultatelor sale; aparenta inexactitate provine în principal din enormitatea volumului de material de tratat, din supraestimarea și subestimarea fantastului”.
4. Această prezentare lasă deoparte o discuție privind definiția științei și a criteriilor de stabilire a caracterului științific.
5. Traducerea franceză a lucrării lui Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions*, a apărut în 1970, la editura Flammarion. După Kuhn, oamenii de știință nu sînt preocupați de

critica propriilor teorii. Ceea ce îi preocupă este mai ales faptul de a privi lucrurile în lumina teoriilor lor, de a explica realitatea cu ajutorul paradigmei lor, de a introduce realitatea în paradigma lor. Deși respinge criteriul de falsificabilitate al lui Popper, teoria lui Kuhn nu afirmă că știința ar fi un discurs care permite să spui orice.

6. Marea lucrare a lui Popper, *Logik der Forschung* (1934), a fost tradusă în franceză și publicată la editura Payot în 1973.
7. Popper scrie că „psihiatria poate explica totul, dar nu poate face predicții”. El ridică astfel o altă problemă, aceea a insuficienței predictive.
8. Ladriere (1988) definește astfel criteriul de falsificabilitate: „vom spune că o propoziție este acceptabilă ca propoziție științifică, dacă și numai dacă este posibilă, în circumstanțe corespunzătoare, stabilirea eventuală a falsității sale, demonstrînd în mod empiric faptul că cel puțin una dintre consecințele care ar putea fi derivate din ea nu concordă cu datele disponibile (sau cel puțin cu ceea ce comunitatea științifică acceptă să recunoască drept «date» suficient de bine stabilite în raport cu o stare dată a cercetării)”.
9. Această scrisoare este citată de MacKinnon și Dukes (1962).
10. Saucier notează că metoda experimentală, departe de a fi fixată în manieră definitivă, este în plină evoluție. În acest context, el adaugă: „Mi se pare esențial ca psihiatrii să contribuie la conferirea metodei științifice a unui caracter din ce în ce mai subtil, astfel încît ea să poată fi aplicată cu succes unor domenii foarte complexe, cum ar fi situațiile intersubiective, inclusiv relația dintre analist și pacient”.
11. Van Rillaer (1982) notează că psihologii contemporani preferă opozițiile oralitate-analitate. Contrastul extraversiune-introversiune. El subliniază în special faptul că legăturile dintre trăsăturile „extravertite” (sociabilitate, activitate, vivacitate, impulsivitate) sînt mai puternice decît între trăsăturile „oralității”.
12. Joseph Masling, de la State University of New York (din Buffalo) a coordonat redactarea a două volume, apărute în 1983 și 1986, consacrate bilanțului unei importante serii de studii empirice ale teoriilor (la plural) psihiatice. În primul volum, unul dintre cele mai pasionante capitole, cel redactat de Greenberg și Fisher, este consacrat diferențelor sexuale. Verificarea ideilor freudiene în acest domeniu specific arată că teoria psihiatice este compusă din afirmații cu grade diferite de validitate. O cercetare foarte sofisticată, implicînd evaluări multiple, arată că, în contradicție cu ipoteza lui Freud, bărbații sînt aceia care pe durata copilăriei, adolescenței sau a vârstei adulte prezintă o mai mare anxietate și un mai mare disconfort legat de propriul corp. Discutînd acest rezultat neașteptat, Saucier (1990) avansează ipoteza (de verificat!) că ar fi mai îngrozitor să fie castrat decît castrat.
13. Relația dintre prezența unui comportament antisocial și un procent mai ridicat de răspunsuri orale este prezentă într-un singur studiu. Kertzman (1978) găsește că părinții acuzați de abuzuri fizice la adresa copiilor lor dau un număr semnificativ mai mare de răspunsuri orale, comparativ cu lotul de control compus din părinți care ajung în fața tribunalului de familie din cauze non-criminale.
14. Masling *et al.* (1987) au utilizat, într-o singură cercetare, testele Rorschach și TAT. O corelație semnificativă (0,58) a fost obținută între scorurile orale la cele două teste. Cu toate acestea, Masling *et al.* notează că specificitatea stimulilor conținuți în itemii fiecărui test poate determina diferențe privind răspunsurile date. Ar fi deci justificată precizarea întotdeauna a instrumentului utilizat pentru a evalua oralitatea.

## CAPITOLUL 13

# Psihopatologie socială

Expresia psihopatologie socială este foarte puțin utilizată, iar domeniul specific al acestei abordări este inclus în mod implicit, de majoritatea autorilor, în cel al psihiatriei sociale. În publicațiile de limbă franceză, doar doi autori utilizează expresia de psihopatologie socială sau o formulă similară. Primul este Bastide (1965), care, atunci când propune diferențierea psihiatriei sociale de sociologia bolilor mintale și de etnopsihiatrie indică fără ambiguitate că prima dintre aceste trei științe poate fi numită și psihopatologie socială<sup>1</sup>. Al doilea este Rouault de la Vigne (1970), autorul a două volume de *Elemente de psihopatologie medico-socială*. În acest cadru poate fi citată, de asemenea, crearea în 1975 a Asociației franceze de psihiatrie și psihopatologie socială, care urmărește să stabilească și să dezvolte contactele între diferitele discipline științifice și profesii vizate de psihopatologia socială, precum și de sociologia bolilor mintale (Chanoit & de Verbizier, 1986)<sup>2</sup>.

Aceste fapte justifică necesitatea începerii acestui capitol printr-o scurtă prezentare a marilor etape ale evoluției psihiatriei sociale. După Bell și Spiegel (1966) și Munoz (1983), primul care a utilizat, în 1917, expresia de psihiatrie socială a fost Southard (director la Boston Psychopathic Hospital și fondatorul unuia dintre primele centre ambulatorii pentru bolnavi mintali din Statele Unite). În acest an, în primul număr al revistei *Mental Hygiene*, Southard prezintă o clasificare a specialităților din sfera psihiatriei, iar printre ele include și psihiatria socială, pe care o consideră drept o specialitate „nouă și promițătoare”. Interesul acordat psihiatriei sociale se concretizează prin organizarea unor manifestări științifice din ce în ce mai importante : o masă rotundă organizată în 1924 de Asociația americană de psihiatrie<sup>3</sup>, o secțiune consacrată psihiatriei sociale la primul congres mondial de psihiatrie (1950) și organizarea la Londra, în 1964, a primului congres internațional de psihiatrie socială. La acest congres este creată, sub conducerea lui Joshua Bierer, Asociația internațională pentru psihiatrie socială. Ni se pare impor-

tant de notat faptul că, în conformitate cu statutul acestei asociații, o persoană definită ca pacient face parte, în calitate de membru, din consiliul internațional al asociației (Carleton, 1977).

Două evenimente editoriale marchează dezvoltarea acestui domeniu: apariția în 1952 a lucrării lui Maxwell Jones, *Social Psychiatry. A Study of Therapeutic Communities* și în 1955 a primei reviste de psihiatrie socială (*International Journal of Social Psychiatry*). În Franța, evoluția domeniului este jalonată de mai multe lucrări: *Etudes de psychiatrie sociologique* (Damaye, 1925)<sup>4</sup>, *La Psychiatrie sociale* (Baruk, 1955), *Psychiatrie et vie sociale* (Meurice, 1977), *Dictionnaire de psychiatrie sociale* (Bleandou, 1976) sau *Recherches en psychiatrie sociale* (Chanoit & de Verbizier, 1986).

Această scurtă descriere a principalelor momente ale dezvoltării psihiatriei sociale nu ar fi completă fără a menționa contribuțiile provenind din cîmpul sociologiei bolilor mintale (Bastide, 1965 ; Dufrancatel, 1969) sau al socio-psihoanalizei, dezvoltată, începînd din 1968, pornind de la opera lui Mendel și, începînd din 1971, în cadrul grupurilor socio-psihoanalitice.

În fața acestor fapte, devine importantă întrebarea privind motivele acestei dezvoltări considerabile a psihiatriei sociale. Este vorba, desigur, de o conștientizare a limitelor unui punct de vedere strict medical privind tulburările psihiatrice. Un răspuns destul de complet la această întrebare ne este oferit de Bleandou (1976) în finalul introducerii la *Dictionnaire de psychiatrie sociale* : „continuăm să vorbim despre psihiatrie socială pentru că mulți refuză o psihiatrie adecvată caracteristicilor economice, culturale și sociale ale societăților industriale avansate. Nu există psihiatrie care să nu fie socială ; singurele variații sînt cele care țin de modul de conștientizare și de luare în considerație a acestui adevăr”.

Deși cîmpul psihiatriei sociale include, de fapt, domeniul a ceea ce s-ar numi psihopatologie socială, este imperios necesară o definire a obiectului de studiu al acesteia din urmă. Pentru noi, psihopatologia socială are două principale obiecte de studiu<sup>5</sup>: (1) rolul factorilor sociali în etiologia manifestărilor psihopatologice (sau sociogeneza acestora); (2) repercusiunile bolii mintale asupra relațiilor pacientului cu mediul său social<sup>6</sup>. Acest mod de a concepe psihopatologia socială face ca prevenția și terapeutică, abordate dintr-o perspectivă socială, să aparțină psihiatriei sociale. În consecință, aspecte cum ar fi terapiile de grup, socioterapia, utilizarea în scopuri terapeutice a mediului ambiant intră în sfera psihiatriei sociale, fapt în acord cu definiția acesteia dată în al șaptelea raport al comitetului de experți în sănătate mintală, reunit la Geneva la cererea Organizației Mondiale a Sănă-

tații (1958): „ansamblul de măsuri preventive și curative care au drept obiect să-l facă pe individ capabil să aibă o viață satisfăcătoare și utilă în cadrul său social”.

Dintre numeroasele aspecte care pot ilustra preocupările de cercetare în domeniul psihopatologiei sociale (așa cum am definit-o mai sus) am ales numai două: (a) cel al relației dintre apariția tulburărilor mintale și apartenența la o clasă socială și (b) cel al evoluției istorice a morbidității psihopatologice. Aceste două teme se înscriu în orientarea „sociogeneza tulburărilor mintale”.

## A. TULBURĂRI MINTALE ȘI CLASĂ SOCIALĂ

Pentru psihopatolog, eventualele diferențe privind incidența tulburărilor mintale (diferențe ce pot fi decelate prin compararea unor grupuri constituite în funcție de criteriul clasei sociale) constituie o sursă de ipoteze etiologice. Apariția mai frecventă a unei tulburări la persoane situate la unul dintre nivelurile de stratificare în funcție de clasele sociale ar putea indica faptul că expunerea la anumite condiții de viață generează sau favorizează manifestarea psihopatologică respectivă.

Primele date importante privind legătura dintre tulburările mintale și clasa socială provin dintr-un studiu efectuat la Chicago și publicat în 1939. Autorii lui, Faris și Dunham, examinează statisticile cazurilor internate pentru prima oară în spital pentru afecțiuni psihiatrice, între anii 1922 și 1934. Luând drept criteriu aria urbană în care locuiau acești pacienți înaintea spitalizării, Faris și Dunham pun în evidență o distribuție în „cercuri concentrice”: cea mai mare parte a pacienților provenea din centrul orașului, iar numărul lor scadea pe măsura înaintării spre periferie. Acest mod de distribuție era valabil pentru diversele categorii diagnostice: schizofrenie, psihoză alcoolică, toxicomanie și paralizie generală. Faris și Dunham notează, de asemenea, prezența în cazul psihozei maniaco-depresive a unei distribuții aleatorii, iar pentru psihoza senilă, concentrarea centrală nu era asociată cu o diminuare uniformă spre periferie. Interpretate nu în termeni de arie urbană ci mai curând în termeni de habitat corelat cu clasa socială de apartenență a pacienților, rezultatele obținute indică corelația inversă dintre clasa socială (cuantificată în niveluri care merg de la 1 = înaltă la 5 = joasă) și incidența tulburărilor psihiatrice (cu excepția psihozei maniaco-depresive): cu cât nivelul clasei sociale este mai coborât, cu atât numărul de internări pentru tulburări mintale este mai ridicat. Pentru Faris și Dunham,

dezorganizarea socială prezintă în anumite zone generează boala mintală, iar incidența acesteia este în corelație cu dezorganizarea socială.

Aceste rezultate, confirmate de unii cercetători, i-au condus pe Faris și Dunham la formularea ipotezei producerii sociale a tulburării (*social causation hypothesis* sau *breeder hypothesis*); altfel spus, sociogeneza tulburărilor mintale<sup>9</sup>. Totuși, datele ulterioare furnizate de un studiu făcut la Detroit l-au determinat pe Dunham (1965) să scrie în volumul *Comunitate și schizofrenie*: „Nu există nici o bază pentru a afirma că o anumită clasă socială este susceptibilă de a produce mai mulți schizofrenici decât alta...”. Această poziție este confirmată de alți cercetători, printre care Levy și Rowitz (1973)<sup>10</sup>.

La un an după apariția cărții lui Faris și Dunham, Myerson (1940) formulează ipoteza derivei sociale (*drift hypothesis*), care susține că persoanele atinse de schizofrenie (și probabil și de alte boli mintale) „se prăbușesc” sau „alunecă” spre partea de jos a structurii sociale, drept rezultat al incapacității lor de a face față problemelor vieții de toate zilele. Această ipoteză servește pentru explicarea faptului că, în unele cazuri, incidența schizofreniei este mai ridicată la subiecții din clase sociale mai defavorizate.

Prezența schizofreniei sau a elementelor prodrome ar conduce, conform ipotezei derivei sociale, la o coborîre, la o mobilitate spre partea de jos în ierarhia stabilită în funcție de clasele sociale. După Eaton (1985), această mobilitate descendentă poate fi intergenerațională (atunci cînd persoana bolnavă este comparată cu părinții săi) sau intragenerațională (atunci cînd comparația implică o studiere longitudinală a aceluiași individ).

Studiile disponibile confirmă ipoteza mobilității descendente intergeneraționale. Printre aceste studii, un loc important îl ocupă cercetarea condusă de Goldberg și Morrison (1963), care studiază un grup de 353 de bărbați internați în spitalele de psihiatrie din Anglia și din Țara Galilor, cu diagnosticul de schizofrenie. Vîrsta pacienților, între 25 și 34 de ani, corespunde vîrstei la care se încheie de obicei formarea profesională. De aceea, se putea presupune că aceste persoane ar fi atins un statut ocupațional ce nu ar putea fi considerat „final”. Goldberg și Morrison au comparat distribuția pacienților în funcție de clasa socială căreia îi aparțineau cu distribuția, în funcție de același criteriu, a taților pacienților (luînd în calcul clasa lor socială la momentul nașterii copilului lor - viitor pacient) și, respectiv, cu cea a populației generale. Distribuțiile menționate au fost realizate utilizînd un sistem de clasificare în cinci clase, unde prima clasă corespundea nivelului celui mai înalt, iar a cincea, nivelului celui mai coborît. Comparația efectuată arată, pe de o parte, că un mare număr de pacienți se află situați în clasa

socială 5, iar pe de altă parte, că distribuția taților era identică celei a populației generale. Aceste rezultate sprijină puternic ipoteza unei mobilități descendente intergeneraționale în cazul schizofreniei.

Referitor la ipoteza derivei sau mobilității sociale, mai mulți autori vorbesc despre ipoteza **selecției sociale**. Aceasta ar fi un proces care ar face ca unele persoane (datorită caracteristicilor lor cum ar fi vîrstă, sexul, trăsăturile de personalitate sau predispoziția psihotică) să fie selecționate pentru a lucra în anumite grupuri profesionale sau pentru a locui în anumite zone urbane etc. Acest concept este considerat de Levy (1974) nu doar cu mult mai precis, dar și diferit de cel de derivă, implicînd, cel puțin la anumite persoane, o mișcare adaptativă conștientă și nu doar o derivă pasivă de-a lungul structurii sociale.

## B. ANALIZA VARIATIILOR ISTORICE ALE DATELOR EPIDEMIOLOGICE

Observarea modificărilor în timp ale incidenței și prevalenței tulburărilor psihopatologice este deosebit de interesantă întrucît permite formularea de ipoteze referitor la relațiile acestor modificări cu schimbările sociale (industrializarea sau urbanizarea, de exemplu) prezente în perioada respectivă.

Apariția unor astfel de modificări nu a fost raportată de toți autorii care au examinat această problematică. Astfel, în lucrarea probabil cel mai des citată (o monografie intitulată *Psihoză și Civilizație*), Goldhammer și Marshall (1953) notează că în Massachusetts, frecvența tulburărilor psihotice fără afectare organică majoră nu s-a modificat în decursul unei perioade de circa 100 de ani<sup>12</sup>, caracterizată printr-o industrializare masivă. Pe o perioadă aproximativ egală, Krupinski (1979) constată că nu există nici o legătură între evoluția procesului de urbanizare în statul Victoria (Australia) și frecvența tulburărilor psihiatrice și psihosociale observate în acest stat.

Alte rezultate, mult mai numeroase, tind totuși să confirme existența unei relații între variațiile morbidității tulburărilor psihopatologice și schimbările sociale. Pentru a ilustra acest tip de rezultate, trei teme vor fi abordate pe scurt: suicidul, schizofrenia și problematica subiacentă cererilor de consultație psihologică și psihiatrică.

### 1. Suicidul

Într-un articol consacrat istoriei suicidului, Rosen (1971) notează că acesta era atît de răspîndit în Anglia la mijlocul secolului al XVIII-lea, încît

mulți îl considerau o urgență națională. Problema nu era de o importanță mai redusă în restul Europei, perioada respectivă corespunzînd așa-numitei „revoluții industriale precoce”. Au fost astfel stabilite legături între această etapă a dezvoltării sociale și creșterea incidenței suicidului. Ulterior, legătura stabilită între suicid și tulburările mintale a condus discuția în direcția, mai vastă, a relației dintre civilizație și nebulie, și a rolului pe care îl pot juca factorii de stres social în apariția manifestărilor psihopatologice.

Datele culese de Krupinski (1979) pentru statul Victoria (Australia) arată că incidența suicidului la bărbăți era cu mult mai ridicată în decursul celei de-a doua jumătăți a secolului al XIX-lea, decît în orice alt moment al secolului XX. Această constatare sugerează existența unei legături între urbanizare și suicid. Într-o lucrare consacrată suicidului și tentativelor de suicid, Strengel (1964) atribuie incidența mai ridicată a acestor fenomene în mediul urban unei mai mari izolări sociale și anonimatului vieții în marile metropole, situație contrastantă cu rețelele sociale dense, caracteristice structurilor sociale a satelor. Totuși, faptul că în Danemarca incidența suicidului a fost foarte ridicată cu mult înainte de dezvoltarea urbanizării și industrializării, sau că în Norvegia frecvența sa a scăzut în ciuda urbanizării și industrializării (Labovitz, 1968), arată că factorii sociali legați de suicid sînt mai complecși decît simpla dihotomie urban-rural sau industrializat-neindustrializat.

Într-o cercetare dintre cele mai complete, efectuată pentru a încerca să depășească limitele studiilor precedente, Sainsbury (1986) a examinat nivelul a 15 variabile sociale, măsurate în 18 țări, pentru anii 1961-1963 și 1972-1974. Acest studiu a arătat că suicidul crește simultan cu creșterea anomiei<sup>13</sup> și a abundenței (măsurată prin procentajul proprietarilor de televizoare). Pentru ambele sexe, suicidul crește o dată cu numărul femeilor angajate. Șomajul (și mai precis pierderea locului de muncă) și schimbările ce conduc la o sarcină relativă sînt de asemenea asociate cu niveluri ridicate ale suicidului. O analiză statistică de tipul ecuației de regresie a fost realizată pentru a prezice frecvența suicidului în cele 18 țări europene luate în calcul. În cursul acestei analize s-a ținut seama de următoarele cinci variabile: (a) procentul de divorțuri; (b) procentul de șomeri<sup>14</sup>; (c) procentul crimelor; (d) procentul de femei angajate; (e) procentul persoanelor cu vîrstă de peste 15 ani. Predicțiile realizate pe baza acestui procedeu au fost ulterior comparate cu frecvențele reale observate în țările studiate. Rezultatele obținute sînt frapante: predicția statistică a corespuns realității. Dacă Anglia și Grecia prezentau o scădere a frecvenței suicidului, celelalte țări europene (mai ales Polonia, Olanda, Danemarca, Irlanda și Ungaria) se caracterizează printr-o creștere a acestei frecvențe. Studiul lui Sainsbury (1986) arată în mod clar că incidența suicidului se află în relație cu mai multe variabile sociale, care pot fi utilizate ca predicatori ai acesteia.

## 2. Schizofrenia

Până spre secolul al XVIII-lea, spre deosebire de psihoza maniaco-depresivă, schizofrenia era rară în Europa și în America. Aceasta este teza susținută de Torrey (1980) în lucrarea sa intitulată *Schizofrenie și Civilizație*, unde notează și faptul că schizofrenia este absentă în descrierile tulburărilor mintale realizate în antichitatea greacă și romană. Jeste *et al.* (1985) susțin că toate acestea pot fi explicate nu doar prin absența unei terminologii adecvate pentru descrierea schizofreniei, ci în special prin faptul că în acea vreme, schizofrenia nu se făcea decât foarte puțin remarcată în plan social, în plus, acești autori găsesc relații vechi ce ar reprezenta, după ei, descrieri ale schizofreniei. Aceste documente provin din India și Marea Britanie, datînd respectiv din secolul I d.H. și din Evul Mediu. Este actualmente dificil de stabilit într-o manieră definitivă dacă acum circa două sute de ani schizofrenia era rară sau nu exista deloc. Dificultățile inerente analizei acestei teze sînt menționate de Ilare (1983), care într-o conferință ținută la Maudsley, în 1982, examinează dovezile în favoarea celor două puncte de vedere contrare : (a) începînd cu secolul al XVIII-lea, incidența schizofreniei a crescut; (b) incidența schizofreniei a fost constantă, dar datorită factorilor de tip nozocomial<sup>15</sup> care s-au manifestat în decursul secolului al XVIII-lea, a existat o creștere indubitabilă a internărilor în aziluri sau spitale psihiatrice<sup>16</sup>.

Cooper și Sartorius (1977) propun o ipoteză explicativă care sugerează că mărirea frecvenței schizofreniei ar fi legată de diferiți factori asociați industrializării: preponderența în marile comunități urbane a familiilor nucleare ; specializarea muncii și rolurilor sociale ; supraviețuirea unui număr mai mare de bebeluși și copii, dintre care unii cu o vulnerabilitate mărită la schizofrenie; recunoașterea faptului că tulburările mintale sînt distincte de bolile fizice. Contrar punctului de vedere conform căruia schizofrenia a fost întotdeauna prezentă iar incidența sa nu s-a modificat prea mult, această ipoteză a „epidemiei lente” explică între altele de ce pronosticul schizofreniei este mai bun în țările în curs de dezvoltare (Organizația Mondială a Sănătății, 1979; Sartorius *et al.*, 1987). Într-adevăr, structurile sociale și familiile prezente în societățile preindustriale și în țările în curs de dezvoltare de astăzi exercită un efect favorabil asupra pacienților suferind de schizofrenie. Transformările legate de industrializare fac imposibilă manifestarea unor astfel de efecte pozitive.

## 3. Schimbări în problema subiacentă cererii de consultații psihologice și psihiatrice

Samitca (1982) observa că începînd cu 1960, modificări cantitative și calitative ale morbidității au putut fi observate progresiv în practica psihiatrică occidentală. Aceste modificări se referă la o diminuare a nevrozelor clasice, o creștere importantă a tulburărilor de caracter și de personalitate, o puternică creștere a stărilor depresive nepsihotice și apariția unor noi categorii de cereri de servicii psihiatrice (de exemplu, persoane ce prezintă tulburări emoționale apărute la trecerea dintr-o categorie de vîrstă în alta).

Pentru a explica aceste schimbări, Samitca propune o conceptualizare sistemică și nu deterministă liniar. În acest cadru, el descrie un „nou triunghi” constituit din următoarele elemente aflate în interacțiune : individul (elementele stresante intra- și/sau extrapersonale) și factorii de protecție antistres. Tulburările psihice și/sau emoționale ar fi rezultatul întâlnirii unei persoane avînd pragul său de vulnerabilitate și tipul său de vulnerabilitate, cu factori de suprasolicitare (stres), în absența factorilor de protecție antistres (sau atunci cînd aceștia sînt insuficienți). Toate acestea conduc la o disfuncție-prăbușire a „apărărilor” și „mecanismelor de ajustare” (*coping-mechanisms*)<sup>17</sup>, avînd drept rezultat o stare de decompensare nespecifică (stare de criză) sau specifică.

La baza tuturor acestor schimbări, Samitca pune modificările socio-culturale proprii civilizației/culturii post-industriale la care au ajuns diferite țări. După el, principalele caracteristici ale societății/culturii post-industriale sînt: (a) intensă predominare a sectorului terțiar de activitate și reducerea la un minim operațional al celui primar ; (b) o urbanizare masivă ; (c) o mare mobilitate geografică ; (d) o nuclearizare a familiilor și apariția din ce în ce mai frecventă a fragmentelor de familie ; (e) o abundență de bunuri și servicii ; (f) o prezență masivă și intensă a mijloacelor electronice ; (g) o creștere foarte mare a timpului liber și, în fine, ca un corolar, (h) un nivel foarte ridicat al anomiei, care are particularitățile a ceea ce Simon și Gagnon (1976) numeau „anomia abundenței”. Această societate post-industrială este, după cum scrie Samitca, „o societate mobilă, fragmentată, anonimă, individualistă și «eliberată» de grijile materiale cotidiene, dar cu lipsuri mult mai mari, care nu generează frică ciangoasă, eliberată de creștele tăioase ale normelor constrictive, dar alunecînd pe pereții netezi ai ambiguității...”.

Modificările socio-culturale menționate generează schimbări cantitative și calitative ale morbidității psihopatologice, acționînd în special asupra



condițiilor de creștere a copiilor și asupra începutului socializării acestora. Pe de altă parte, dacă în plan material viața a devenit mai ușoară, efortul psihologic solicitat în permanență persoanelor ce trăiesc într-o societate/cultură post-industrială pentru a face față diferitelor probleme cotidiene a crescut mult din cauza unui număr mult mai mare de opțiuni, a lipsei unor repere clare, a faptului că în caz de eșec individul se simte mai mult sau mai puțin singur etc. În aceste condiții, stresul psihologic depășește adesea, pe durate mai mari sau mai mici, capacitatea de ajustare a acestor persoane.

## REZUMAT

Psihopatologia socială are două obiecte de studiu principale: (1) rolul factorilor sociali în etiologia manifestărilor psihopatologice (sau sociogeneza acestora); (2) repercusiunile bolii mintale asupra relațiilor pacientului cu mediul său social.

În acest capitol, două teme de cercetare ilustrează preocupările specifice cîmpului psihopatologiei sociale. Prima este cea a relației dintre apariția tulburărilor mintale și apartenența la o clasă socială. Datele disponibile - și în special cele obținute în cercetarea lui Goldberg și Morrison (1963) - tind să sprijine ipoteza „derivei sociale”, care afirmă că persoanele atinse de schizofrenie (și probabil și de alte tulburări mintale) alunecă spre partea de jos a structurii sociale, ca rezultat al incapacității lor de a face față problemelor cotidiene.

A doua temă abordată este variația istorică a datelor epidemiologice. Observarea unor astfel de modificări permite formularea unor ipoteze privind relațiile dintre ele și schimbările sociale observate în perioada respectivă. Rezultatele obținute pînă acum arată că astfel de relații există, de exemplu, în cazul suicidului și al schizofreniei.

## NOTE

1. În textul respectiv, Bastide scrie: „psihiatRIA socială propriu-zisă sau psihopatologia socială”.
2. Sub egida acestei asociații este publicată colecția *Psychiatrie et société*, coordonată de Paul Sivadon.
3. Expresia „psihiatrie socială” dispăre complet între 1925 și 1939 din literatura psihiatrică americană. Ea reapare începînd din 1940 și cunoaște un mare succes (Bell & Spiegel, 1966).
4. Heuyer (1970) citează această lucrare în prefața sa la cele două volume ale lui Rouault de la Vigne.
5. Acest mod de a concepe psihopatologia socială este foarte asemănător cu cel al lui Heuyer (1970), care scria că există două moduri de a privi raporturile dintre psihopatologie și mediul social: (a) un punct de vedere „clasic”, ce constă în studierea repercusiunilor bolii mintale asupra legăturilor bolnavului cu mediul său (familial, profesional, comunitar) și (b) analiza condițiilor de viață care explică, în afara eredității, boala mintală.

6. Această idee trebuie interpretată, după cum menționa Crocq (1986), în sensul că tulburările psihopatologice reprezintă conduite semnificative pentru mediul uman al subiectului, ceea ce ne pune în fața unei „semiologii” relaționale.
7. În articolul consacrat istoricului noțiunii de „psihiatrie socială”, Bell și Spiegel (1966) subliniază că este dificil de găsit o coerență a acestui domeniu. Această constatare este ilustrată de faptul că, în primul număr al *International Journal of Social Psychiatry*, Rennie (1955) (pe vremea aceea profesor de psihiatrie socială la Cornell University Medical College) dă o definiție a psihiatriei sociale care contrastează cu cea propusă de Lord Johnson în prezentarea revistei și cu cea utilizată de alți colaboratori din Marea Britanie, cum ar fi Joshua Bierer sau John Custance.
8. Orientarea privind repercusiunile bolii mintale asupra relațiilor pacientului cu mediul său social nu este abordată în acest capitol. Printre diferitele teme care se înscriu în această a doua orientare pot fi citate teoria reacției sociale (Scheff, 1966, 1979; Murphy, 1976), conform căreia reacțiile societății la devianță explică menținerea acesteia (sau, cum se spune adesea, o „carieră” a devianței). Teoria etichetării se concentrează pe eticheta pe care societatea o aplică unui comportament deviant. Această abordare include studiul factorilor care determină „recunoașterea” și etichetarea ulterioară a actului deviant (Egerton, 1969), precum și efectele etichetei asupra devianțului și asupra celor care reacționează la persoana deviantă.
9. Pentru a explica incidența sau prevalența mai ridicată a schizofreniei la persoanele aparținînd unei clase sociale mai defavorizate, au fost propuși mai mulți factori. Îngrijiri obstetrice și materne deficitare, responsabile de apariția leziunilor fetale (Pasamanick & Knobloch, 1966), stres recurent sever, beneficii secundare sporite (Dohrenwend & Dohrenwend, 1969), sprijin social mai redus etc.
10. Rezultatele acestor doi autori, publicate într-un volum privind ecologia tulburărilor mintale, indică o distribuție aleatorie, în orașul Chicago, a domiciliilor pacienților spitalizați pentru prima oară cu diagnosticul de schizofrenie. În acest caz, nu ar exista o legătură între clasa socială și incidența schizofreniei.
11. Trei studii epidemiologice importante, realizate la începutul anilor '50 în diferite localități din America de Nord, au demonstrat existența unei relații inverse între clasa socială și frecvența tulburărilor psihopatologice. Este vorba despre studii efectuate la New Haven (Redlich *et al.*, 1953), în regiunea Stirling, în Noua Scoție (Leighton, 1959) și în Manhattan (Stroke *et al.*, 1962). Dintre cele șapte anchete privind prevalența schizofreniei analizate de Dohrenwend și Dohrenwend (1969), cinci pun în evidență o relație inversă între clasa socială și prevalența bolii. O relație de același tip (implicînd însă incidența cazurilor tratate) este observată de Eaton (1985) în 15 din cele 17 studii pe care le trece în revistă.
12. Datorită caracterului nesigur al datelor pe care se bazează acest studiu, Wing (1976) repune în discuție concluziile la care ajung Goldhammer și Marshall.
13. Anomia este un concept sociologic creat de Durkheim. La Durkheim, anomia este văzută cu două sensuri diferite. În lucrarea sa *De la division du travail social*, Durkheim definește anomia ca fiind răul de care suferă o societate în ansamblul ei din lipsa regulilor morale și juridice care îi organizează economia. În lucrarea sa consacrată suicidului, Durkheim insistă pe un alt aspect al anomiei: relația individului cu normele societății sale și modul de interiorizare a acestora.

14. Raportul dintre șomaj și suicid a făcut obiectul a numeroase studii. Într-o sinteză a literaturii consacrate impactului șomajului asupra confortului psihic și sănătății mintale, Fortin (1983) prezenta 45 de studii. Într-una dintre cele mai interesante cercetări pe această temă, Boor (1980) constata că în patru țări (Canada, Franța, Japonia, Statele Unite), variațiile anuale ale frecvenței suicidului între 1962 și 1976 prezentau corelații semnificative cu variațiile anuale ale șomajului. În cazul Germaniei și Suediei, Boor notează o tendință în aceeași direcție. Relația descrisă este practic absentă în cazul Italiei (unde se constată o evoluție eratică a șomajului). În Marea Britanie, relația între șomaj și suicid este semnificativă, dar negativă. Trebuie însă notat că în cursul perioadei studiate de Boor, numărul tentativelor de suicid nereușite a crescut de fapt în Marea Britanie (Brown, 1979).
15. Adjectiv ce se referă la ceea ce ține de spitale sau are legătură cu aceste instituții.
16. Torrey și Hare observă o altă schimbare survenită în secolul al XX-lea, cea privind manifestările clinice ale schizofreniei: diminuarea severității sale (Odegård, 1967) și reducerea frecvenței catatoniei.
17. Aceste mecanisme pot fi definite drept modalități conștiente, raționale, utilizate pentru a învinge anxietatea (mai precis cauza acesteia), anxietate pe care subiectul o resimte în diverse situații (Reber, 1985). În *Dictionary of behavioral science* (Wolman, 1989) se diferențiază trei termeni: (a) ajustarea (*coping*) care reprezintă, după Lazarus, eforturile adaptative în situație de stres, amenințare sau suferință; (b) comportamentul de a face față sau comportament de ajustare (*coping behavior*) definit, după Maslow, drept o configurație comportamentală care facilitează ajustarea la mediu în vederea atingerii unui anumit scop; și (c) stil de ajustare (*coping style*), care reprezintă mijloacele prin care o persoană reușește să facă față factorilor de stres și să profite de condițiile favorabile. Acest stil reprezintă și organizarea specifică sugerată de diferitele metode utilizate de o persoană în cadrul eforturilor sale adaptative.

## CAPITOLUL 14

# Psihopatologie structuralistă

Apariția și dezvoltarea unei abordări structuraliste<sup>1</sup> a psihopatologiei sînt legate de amploarea extinderii structuralismului, important curent de gîndire al secolului XX. Deși majoritatea autorilor sînt de acord asupra faptului că nu există un structuralism ci mai multe structuralisme, acestea au un numitor comun și anume căutarea explicațiilor prin noțiunea de structură (Birou, 1966). Centrîndu-se pe aspectele pozitive ale noțiunii de structură, Piaget (1970) notează două aspecte comune tuturor structuralismelor: „pe de o parte idealul, sau speranțele de inteligibilitate intrinsecă, fondate pe postulatul că o structură își este sieși suficientă și nu necesită, pentru a fi sesizată, recurgerea la tot felul de elemente străine naturii sale; pe de altă parte realizările, în măsura în care s-a ajuns să se cunoască efectiv anumite structuri și în care utilizarea lor pune în evidență unele caractere generale și aparent necesare pe care le prezintă toate, în ciuda varietăților lor”.

Element central al structuralismului, noțiunea de structură poate fi definită ca fiind „dispoziția diferitelor părți ale unui tot” sau „dispoziția în care părțile sînt dependente de întreg și deci solidare unele cu celelalte” (Foulquie, 1986). Pentru Piaget (1970), „o structură este un sistem de transformări care prezintă legi în calitate de sistem (în opoziție cu proprietățile elementelor sale) și care se conservă sau se îmbogățește prin însăși jocul transformărilor sale, fără ca acestea să ajungă în afara frontierelor sale sau să facă apel la elemente exterioare. Într-un cuvînt, o structură cuprinde astfel cele trei caractere de **totalitate, transformare și autoreglare**”. Piaget adaugă faptul că descoperirea unei structuri trebuie să poată conduce la o **formalizare**.

În psihologie, termenul de structură a fost introdus de Wilhelm Wundt, fondatorul școlii structuraliste de psihologie. Pornind de la experiența personală și internă a fiecăruia, Wundt încerca să descopere structurile cele mai simple ale spiritului (Trotter & McConnell, 1980). Continuator al lui Wundt,

Edward Titchener dezvoltă, în Statele Unite, psihologia structurală<sup>2</sup> și creează viitoarea școală de la Corneli, după numele universității unde a fost profesor (Evans, 1977)<sup>3</sup>.

Studiind procesele psihologice prin prisma elementelor sau structurilor lor (percepții, atenție, memorie, afecte etc), structuraliștii încercau să stabilească legile gândirii. Prin intermediul introspecției experimentale sistematice, cercetătorii structuraliști au studiat aceste elemente, încercând apoi să determine cum sînt ele alcătuite și cum se conectează între ele (Thines & Lempereur, 1975).

Debuturile abordării structuraliste în psihologie sînt, de asemenea, legate de lucrările școlii cunoscute sub numele „psihologia gestaltistă” (Koffka, 1935 ; Kohler, 1947), de la cuvîntul german *Gestalt*, care semnifică „formă”, „organizare” sau „configurație”. „Forma” corespunde manierei în care părțile sînt aranjate în ansamblu. Valoarea fiecărui element este determinată de participarea sa la ansamblu; o dată integrat, el nu mai există decît prin intermediul rolului pe care îl joacă. **Psihologia forme** este mai ales o teorie privind percepția care se opune fragmentării psihismului în maniera „asociaționiștilor”.

Originile abordării structuraliste în psihopatologie se află, după părerea multora, la Freud<sup>4</sup>. În antologia literaturii structuraliste (De George & De George, 1972), Freud este reprezentat printr-un extras din *Psihopatologia vieții cotidiane* și este considerat un precursor al structuralismului actual.

Termenul de structură a fost utilizat pentru a face referință la ceea ce am putea numi „materialele de construcție” ale fenomenelor psihologice, mai curînd decît aspectele organizaționale ale acestor fenomene. Siomopoulos (1983) notează că acesta este sensul în care Freud utilizează, în mod ocazional, în scrierile sale de debut, termenul de „structură”: „structuri obsesionale”, „structura visului”, „structura și funcțiile aparatului psihic”<sup>5</sup>. După Freud au fost deschise noi direcții de cercetare în psihopatologia structuralistă. Cooper (1977) citează în acest sens contribuțiile a numeroși autori: Anna Freud, Hartmann, Kris, Loewenstein, Spitz, Mahler, Greenacre, Jacobson, Kernberg, Kohut, Brenner și Arlow.

În psihopatologie, punctele de vedere structuraliste, precum și metodologia structuralistă, inspirate de psihologia gestaltistă, au ocupat un loc foarte important în opera lui Kurt Goldstein. Acesta considera orice comportament, normal sau patologic, drept expresia diferitelor modalități de funcționare a organismului, considerat în totalitatea sa, ca întreg.

Influențat printre alții de Werner, Piaget și Goldstein, Arieti a creat o abordare a psihopatologiei pe care a numit-o „structurală” sau „psihostruc-

rală”. Această abordare a fost dezvoltată independent și în direcții diferite față de cea a studiilor lui Levi-Strauss și precede aplicarea de către Chomsky a structuralismului în alte domenii de studiu (Arieti, 1974). La început, Arieti a încercat să elucideze mecanismele structurale ale gândirii schizofrenice. Mai tîrziu, el și-a extins preocupările la studiul afectivității și cogniției la persoanele sănătoase și al procesului creativității (Arieti, 1967).

Beck, autor ale cărui principale contribuții au fost descrise în capitolul consacrat psihopatologiei cognitive, a fost interesat de structura depresiei, mai precis de relația dintre cogniție și afect. Cognițiile (gînduri și imagini vizuale) pacientului se bazează pe structuri cognitive (scheme), adică *pattern-uri* de triere, de diferențiere și de codare a stimulilor. Atunci cînd o persoană este confruntată cu o situație specifică (stimuli), o schemă legată de această situație este activată, iar persoana categorizează și evaluează situația prin intermediul acestei scheme. În consecință, răspunsurile comportamentale și emoționale sînt determinate de scheme specifice, activate în fiecare situație specifică (Beck, 1974).

În Franța, o serie de contribuții<sup>6</sup> au fost publicate în colecția „Psihopatologie structurală”, coordonată de Zena Helman (1973, 1977, 1980, 1984)<sup>7</sup>. Aceste lucrări sînt legate de cursurile ținute de Zena Helman la Universitatea din Lille și de studiile conduse de membrii grupului de cercetare „Rorschach și psihopatologia fenomenologic-structurală”.

Pentru Zena Helman și echipa sa, psihopatologia structurală (abordare provenită din studiul psihozelor) se ocupă de la începuturile sale de delir, încercînd să identifice natura fenomenelor și cadrul structural care stau la baza ideilor delirante. Lucrările grupului de la Lille integrează testul Rorschach într-o metodă de analiză structurală a personalității și îl utilizează pentru a aborda probleme de fond, cum ar fi viziunea în imagini.

O altă contribuție franceză la psihopatologia structuralistă este adusă de Lacan. Acesta insistă pe importanța limbajului care structurează inconștientul: „inconștientul funcționează ca un limbaj structurat”. În *Formațiunile inconștientului*, Lacan (1956-1957) scrie pe această temă: „Există o structură omogenă în simptome, vise, acte ratate și cuvinte de spirit. Sînt prezente aceleași legi structurale de condensare și deplasare<sup>8</sup>, care sînt legile inconștientului. Aceste legi sînt aceleași cu cele care creează sensul în limbaj”. Una dintre tezele importante ale lui Lacan este aceea că mecanismele de formare a inconștientului se asimilează cu cele ale limbajului după două figuri centrale: (a) metaforă sau condensare și (b) metonimie sau deplasare<sup>9</sup>.

Tipul de studiu propus de Lacan a primit numeroase critici, dintre care reproșul principal, menționat de Godefroy (1983), este acela de a fi „algebrizat” incoștientul. Beauchesne (1986) notează că în direcția propusă de Lacan s-a încercat definirea principalelor organizări patologice în termeni de structuri (nevrotice, psihotice, de exemplu). Aceste cercetări, conduse de Maud, Mannoni și Castets, au vizat în special copii psihotici.

În capitolul de față, abordarea structuralistă a psihopatologiei va fi ilustrată prin două teme. Prima este aceea a structurilor psihopatologice. Această temă are o importanță capitală întrucât, în domeniul psihologiei și, bineînțeles, al psihopatologiei, noțiunea de structură nu se mai aplică sistemelor de corelație pentru a se aplica semnificațiilor. Mucchielli (1966), în *Introducere în psihologia structurală*, nota: „O structură de semnificație este aspectul la care se raportează un element al lumii pentru a dobândi sens pentru un subiect”. Tema structurilor psihopatologice va fi ilustrat pornind de la lucrările lui Bergeret, profesor la Universitatea Lyon-II, asupra structurilor psihotice, nevrotice și organizărilor stărilor-limită.

A doua parte a acestui capitol va fi consacrată prezentării structurilor ideilor delirante, temă abordată îndeosebi într-una din principalele lucrări americane de psihopatologie structuralistă, *Structura experienței psihopatologice*, elaborată de Siomopoulos (1983), profesor asociat de psihiatrie la Colegiul de medicină al Universității din Illinois (Chicago)<sup>10</sup>.

## A. STRUCTURILE PSIHOPATOLOGICE

În psihopatologia franceză, una dintre principalele contribuții privind noțiunea de structură provine din lucrările lui Bergeret (1974, 1985). Pentru a descrie această noțiune, Bergeret reia exemplul dat de Freud (1936) în *Noile Conferințe despre psihanaliză*. „Atunci când lăsam să cadă pe pământ un bloc de cristale, acesta nu se sparge întâmplător, ci după o serie de linii de clivaj care sînt deja determinate în structura blocului respectiv.”

Situația ar fi aceeași pentru structura psihică, organizată, „cristalizată” progresiv în cursul dezvoltării post-natale<sup>11</sup>. Rezultatul ar fi o structură stabilă, de un tip sau altul. Stabilitatea implică imposibilitatea de a trece de la o structură psihopatologică la alta, începînd din momentul în care structura respectivă s-a constituit.

În absența unor traumatisme afective, a unor frustrări sau conflicte intense, subiectul nu se va îmbolnăvi. Din contra, în prezența unor asemenea

evenimente structura s-ar „sparge” după linii de clivaj prestabilite în cursul dezvoltării precoce. Astfel, un subiect cu structură nevrotică nu va putea dezvolta decât o nevroză. Diagnosticat precoce și tratat corect, acest subiect se va însănătoși, menținînd structura nevrotică, din nou compensată în mod eficace. Boala ar reprezenta deci doar o formă evolutivă a structurii, o „stare de decompensare vizibilă la care a ajuns o structură ca urmare a unei inadapări a organizării profunde și fixe a subiectului la circumstanțele noi, interioare sau exterioare, devenite mai puternice decât mijloacele de protecție de care dispune” (Bergeret, 1974).

Pentru Bergeret există două mari structuri de bază: psihotică și nevrotică. Direcția structurală psihotică are ca punct de pornire frustrări foarte timpurii, avînd originea în principal la polul matern. Cronologic, structurarea psihotică are loc în faza orală sau în decursul primei părți a fazei anale (de rejecție). Un Lu care a suferit fixații importante sau a regresat ulterior la acest nivel, se **preorganizează** conform direcției structurale psihotice. O linie de separare (*divicied line*), descrisă de Abraham, separă fixațiile și regresile psihotice de fixațiile și regresile nevrotice, fie se situează între primul substadiu anal (de rejecție) și al doilea substadiu anal (de retenție). În mod excepțional, la adolescență, un subiect poate părăsi direcția psihotică prestructurată și să devieze spre o direcție de structurare definitivă de tip nevrotic.

Regresiile și fixațiile plasate anterior liniei de separare menționate mai sus ar corespunde structurilor psihotice, dintre care cea mai arhaică ar fi structura schizofrenică și, imediat lîngă linia de separare, structura paranoică. Structura melancolică sau comportamentele manice defensive ale aceleiași organizări par dificil de situat într-o clasificare liniară a celor trei structuri psihotice de bază. Această structură melancolică nu ar ocupa o poziție mai elaborată, în plan libidinal, decât structura paranoică, iar faptul că este clasat pe locul al treilea marchează în special situația sa oarecum particulară<sup>12</sup>.

Ulterior liniei de separare menționată mai sus se situează structurile de tip nevrotic: structura obsesională urmată de structura isterică.

Pe lîngă structurile psihotice și nevrotice, Bergeret descrie și trunchiul comun al stărilor-limită care, întrucît nu prezintă fixitatea, soliditatea, specificitatea definitivă a organizărilor cu adevărat structurate, nu poate fi considerată drept structură autentică. Este vorba de o „organizare” cu statut provizoriu, de o situație „amenajată” care, deși se poate menține destul de mult timp fără prea multe modificări, nu este fixată.

în cazul unor stări-limită, Eul depășește perioada în care s-ar fi putut produce o preorganizare de tip psihotic, adică perioada de pînă la linia de separare dintre primul și al doilea substadiu anal. Eul își continuă traseul spre stadiul oedipian și, cel mai adesea la începutul acestuia, se produce ceea ce Bergeret descrie drept „traumatismul psihic precoce”: copilul pătrunde prea brutal, prea timpuriu, prea puternic într-o situație oedipiană. Acest traumatism afectiv va dezorganiza evoluția copilului. Evoluția libidinală ulterioară a subiectului va fi oprită, înghețată, uneori foarte mult timp, în ceea ce Bergeret descrie drept un fel de pseudo-latentă, mai precoce și mai durabil decît o latentă normală și care se va prelungi dincolo de ceea ce ar fi trebuit să fie adolescența, acoperind o parte sau totalitatea vârstei adulte, mergînd uneori pînă la sfîrșitul vieții.

Într-un efort de sinteză, Bergeret compară structurile nevrotice, structurile psihotice și organizările-limită în funcție de următoarele cinci criterii: (1) instanța dominantă; (2) natura conflictului; (3) relația de obiect; (4) natura angoasei; (5) principalele mijloace de apărare utilizate.

Instanța dominantă în structurile psihotice este Șinele, care se află în conflict cu realitatea. Relația de obiect este mai mult sau mai puțin fuzională cu mama, în funcție de variațiile de psihoze. Subiectul cu structură psihotică prezintă o angoasă profundă, centrată pe fragmentare, distrugere, moarte prin sfîrșimare.angoasa fragmentării este o angoasă sinistă, de disperare și retragere. Principalele mecanisme de apărare psihotice sînt clivajul Eului<sup>13</sup> (în interiorul Eului) și negarea realității<sup>14</sup>.

În cazul structurilor nevrotice, instanța dominantă este Supraeul, aflat în conflict cu Șinele. Relația de obiect este genitalică, iar angoasa se referă la castrare. Este vorba aici de o angoasă a vinovăției, orientată spre un viitor anticipat într-o lume erotizată. Principalul mod de apărare utilizat este refularea<sup>15</sup>.

În organizările-limită, Idealul Eului constituie adevăratul pol în jurul căruia se organizează personalitatea. Conflictul specific acestor organizări opune Idealul Eului, Sinelui și realității. Relația de obiect este anacritică (etimologic „replierea spre”, „încălinarea spre”, „sprijinirea pe”). Subiectul organizare-limită trebuie să se sprijine pe interlocutorul său, pe partenerul său indispensabil. Este vorba de o relație de puternică dependență, trăită și jucată în doi. Anacriticul este într-o așteptare pasivă și solicită satisfacții pozitive din partea partenerului său, procedînd în același timp la manipulări agresive, evidente sau nu, ale acestui partener.angoasa specifică organizării-limită este angoasa pierderii obiectului, angoasa depresiei. Ea survine

de îndată ce subiectul își imaginează că obiectul său anacritic riscă să dispară, să-i scape. Printre mecanismele de apărare, organizarea-limită trebuie să recurgă în special la clivajul obiectului și la forcluzie<sup>16</sup>. În cazul clivajului survenit în organizările-limită, ar fi vorba de un clivaj al reprezentărilor obiectuale, de o dedublare a imago-urilor, cu scopul de a lupta împotriva angoasei pierderii obiectului și a riscului de a ajunge la al doilea mod de clivaj, prin dedublarea veritabilă a Eului<sup>17</sup>.

## B. STRUCTURA IDEILOR DELIRANTE

În lucrarea sa asupra structurii experienței psihopatologice, Siomopoulos (1983) consacră un capitol ideilor delirante, tulburări psihopatologice prezente în cadrul psihozelor și definite drept credințe extrem de puternice a căror falsitate poate fi demonstrată folosind normele mediului socio-cultural în care trăiește persoana care le exprimă (Hoch, 1972; Reed, 1974)<sup>18</sup>.

Atunci cînd analizează structura ideilor delirante, Siomopoulos insistă pe distincția ce trebuie realizată, în primul rînd, între forma și conținutul ideilor delirante, iar în al doilea rînd, între ideile delirante primare și cele secundare. Dacă forma se referă în general la modul în care se exprimă și este resimțit un fenomen, conținutul descrie ce este fenomenul în cauză, semnificația sa, ceea ce se află în spatele forme. Astfel, noțiunea de conținut privește credințele delirante ale unei anumite persoane și se referă la ceea ce poate fi stabilit ținînd seama de istoria personală a acestei persoane și de mediul său socio-cultural. Conținutul ideilor delirante variază deci de la o cultură la alta: în Statele Unite, de exemplu, un delirant poate să creadă că este spionat de FBI sau CIA, în timp ce într-un sat grec, delirantul poate atribui toate necazurile sale „deochiului” provocat de un vecin.

Noțiunea de formă se referă, din contra, la modul în care se constituie credințele delirante, la ceea ce se poate stabili ținînd seama de nevoile, dorințele și temerile unei persoane. Forma credințelor delirante (de persecuție, de mărire, de influență sau de gelozie) este cvasisimilară de la o cultură la alta<sup>19</sup>. Aceasta semnifică, după cum subliniază de exemplu Hoch (1972), că în geneza ideilor delirante intervin anumiți factori sau anumite mecanisme intrinseci, determinante, independente de mediul socio-cultural al individului. Siomopoulos dezvoltă ipoteza lui Hoch, postulînd existența unor relații structurale universale între gîndire și sentimente, relații care, sub impactul evenimentelor ce survin în mediul înconjurător, pot conduce, la anumiți subiecți, la apariția ideilor delirante.

A doua distincție pe care o abordează Siomopoulos în analiza structurii ideilor delirante este cea propusă, la începutul secolului, de Jaspers (1928), care descria ideile delirante primare și secundare. **Ideile delirante primare** apar în absența oricăror alte tulburări psihopatologice. Apariția lor implică totuși existența, la subiectul respectiv, a unei stări descrise de Hoch (1972) sub numele de **organizare emoțională primară**. Astfel, sentimente de stimă de sine scăzută pot induce la o persoană vaga impresie că nu ar fi iubită de anturajul ei. Aceasta poate conduce persoana la ideea că este evitată; ea poate să ajungă să creadă că ceilalți nu o doresc în preajma lor. Ulterior, toate acestea se pot cristaliza în credința delirantă că anturajul acestei persoane urmărește să o omoare, să o elimine într-un mod sau altul. Acest exemplu ilustrează felul în care sentimente specifice pot conduce la o idee delirantă specifică, dar nu explică geneza tuturor ideilor delirante de persecuție.

Ideile delirante secundare se dezvoltă pornind de la anumite experiențe psihopatologice anterioare (halucinații, depersonalizare, depresie), cărora pacientul încearcă să le confere o semnificație. Un pacient care prezintă halucinații auditive poate să dezvolte, de exemplu, ideea delirantă secundară că „receptori minusculi” i-au fost plasați în urechi în timpul unei operații chirurgicale la care a fost supus cu câteva luni înainte de apariția halucinațiilor. Acest exemplu ne arată că în cazul ideilor delirante secundare, pacientul încearcă să găsească explicații pertinente din punct de vedere logic pentru experiențele neobișnuite și perturbatoare pe care le trăiește<sup>20</sup>. Ideile delirante secundare oferă o „structură” (adică un context, relații, o organizare) experienței originale, relativ nestructurată.

Spre deosebire de ideile delirante secundare, a căror apariție este ușor de înțeles, comprehensiunea ideilor delirante primare este dificilă: logica lor este diferită de logica obișnuită. În acest cadru, Siomopoulos remarcă faptul că numeroși pacienți care prezintă idei delirante primare utilizează **gîndirea paralogică** (von Domarus, 1964), descrișă și **cağîndire paleologică** (Arieti, 1974). Persoana care gîndește în manieră paralogică acceptă identitatea nu pe baza identității subiectelor sau a întregului, ci pe baza identității predicatelor sau a părților. Un tînr crede că este Iulius Cezar pentru că este italian și pentru că s-a născut în iulie, lună în care s-ar fi născut, după el, Iulius Cezar. În acest caz, la fel ca și în cazul oricărei gîndiri paralogice, pacientul investește cu sentimente puternice subiectele sau întregii implicații. Asta înseamnă că aceștia din urmă sînt în legătură cu organizarea emoțională primară menționată mai sus. Siomopoulos mai notează că ideile delirante primare sînt structurate de sentimentele pacientului, de organizarea sa

emoțională primară. Aceste sentimente sînt produsul rezultat din transformarea sentimentelor inconștiente mai profunde (pe care Siomopoulos le numește structuri), transformare în care, întrucît individul tinde să se adapteze la cerințele mediului său, mecanismele de apărare psihologice servesc drept mediator. Pentru a ilustra transformările care conduc la anumite idei delirante destul de comune, Siomopoulos efectuează o analiză structurală a uneia dintre acestea: aceea de a privi și de a fi privit.

Pacienții psihotici exprimă destul de des credința delirantă că pot citi gîndurile celorlalți sau că alții le pot citi gîndurile. În alte cazuri, ei afirmă că pot influența anumite persoane pentru ca acestea să acționeze într-un anumit mod, sau că, din contra, ei acționează sub influența altora. Cunoscută de multă vreme, aceste idei delirante nu au fost descrise adecvat nici măcar de un autor ca Arieti, renumit pentru studiile sale privind structura experiențelor psihotice (Arieti, 1967, 1974).

Ideile delirante menționate sînt strîns legate de noțiunea de privire, privirea pacientului sau a altei persoane, adică situația de a privi și de a fi privit. Într-adevăr, se întîmplă destul de frecvent ca un pacient psihotic să afirme că ceilalți pot, privindu-l, să-i citească sau să-i controleze gîndurile sau invers, că el poate, privindu-i pe ceilalți, să le citească sau să le controleze gîndurile. Întrucît faptul de a privi și de a fi privit constituie o componentă esențială a acestor idei delirante, Siomopoulos propune utilizarea unui termen mai precis, după părerea lui, acela de **idei delirante de a privi și de a fi privit**<sup>21</sup>, mai curînd decît termenii prea generali de **idei delirante de referință**<sup>22</sup> sau de **influență**<sup>23</sup>, frecvent utilizați în literatură. Pentru a ilustra acest tip de idei, Siomopoulos analizează din punct de vedere structural trei cazuri, printre care și cel al lui G. (vezi textul din chenar).

În vîrstă de 22 de ani, G. este internat la cîteva ore după ce a fost concediat, pentru a treia oară în decursul unei luni, dintr-un post de portar. Această concediere s-a datorat nu doar slabei calități a muncii sale, cît mai ales faptului că se strîmba și rîdea, fără motiv aparent, în fața șefului său. Aceste comportamente au apărut atunci cînd G. avea 14 ani, la puțin timp după o experiență homosexuală. Pe atunci, G. credea că toată lumea era la curent cu această experiență și de aceea îl privea în mod insinuant. Pe durata anilor care au urmat, el a ajuns să creadă că poate citi gîndurile celorlalți numai privindu-i.

În timpul spitalizării, G. rîde și se strîmă în mod constant. Închide și deschide ochii rapid, își întoarce capul brusc într-o anumită direcție pentru a-l aduce imediat în poziția inițială. În cursul unei convorbiri, el spune că se

I strîmbă și rîde pentru a „diminua presiunea”. Altă dată, el își exprimă jena pe care o resimte atunci cînd este privit („Mă strîmb numai atunci cînd lumea mă privește... Atunci cînd oamenii mă privesc sînt foarte încordată... Atunci cînd cineva mă privește direct în ochi, sînt puternic emoționat...”). În cadrul unei convorbiri în cursul căreia este deosebit de încordat, G. îi spune terapeutului, cu o voce tristă: „Sînteți dezgustat și înspăimîntat de mine, doctore; o simt cînd mă priviți”. Atunci cînd terapeutul îl întreabă de ce crede asta, G. îi răspunde: „Cred că mă considerați homosexual. Poate aveți dreptate... am o piele așa de fină; mă gîndesc tot timpul la asta... nu pot suporta să mă privească cineva”. Cît despre motivul pentru care rîde sau se strîmbă atunci cînd este privit, G. răspunde: „Atunci cînd rîd sau îmi mișc capul nu mă mai gîndesc la lucrurile care mă supără”. Cu altă ocazie el spune: „Uneori cred că pot citi gîndurile altora; atunci mă simt destins și nu mă mai strîmb”. Întrebat despre modul în care se întîmplă acest lucru, G. răspunde: „Figura dumneavoastră îmi spune ce gîndiți. Pot citi asta. Există diferite expresii pentru gînduri diferite”.

Mecanismele structurale care fundamentează concluzia lui G. că o altă persoană (P) poate fi conștientă de faptul că el este homosexual pot fi explicate ținînd cont de descrierea gîndirii paralogice. Dacă reprezentăm:

- prin A, conștiința lui G. (așa cum o concepe el) de a ti privit de către P;
- prin B, conștiința lui P (așa cum o concepe G.) despre același fapt și
- prin C, ceea ce G. consideră a fi comun (în această situație de a privi și a fi privit) în conștiința lui G. și a lui P;
- atunci C ar reprezenta partea comună conducînd la concluzia că întregii A și B sînt identici.

În același mod, se poate considera că dacă pacientul este conștient de faptul că este homosexual, atunci și o altă persoană va fi și ea conștientă de acest lucru, după părerea pacientului, întrucît conștiințele lor sînt concepute de către acesta ca fiind identice.

Strîmbăturile pacientului constituie o apărare împotriva anxietății provocate de convingerea sa că ceilalți sînt conștienți de homosexualitatea sa: atunci cînd se strîmbă, oamenii se gîndesc la grimasa sa și nu la faptul că este homosexual. După Siomopoulos, ideea că este capabil să citească gîndurile celorlalți poate fi considerată drept o apărare alternativă. Pacientul poate, într-adevăr, să fie calm în aceste condiții și nu mai simte nevoia să se strîmbe. Grație capacității sale de a citi gîndurile celorlalți, pacientul, care era asemenea unui „clov care cerșește mila”, se transformă într-un „magician atotputernic”.

Ideile delirante primare prezentate de G. arată că mecanismele paralogice permit pacientului psihotic să-și identifice conștiința cu cea a altor persoane

în situațiile în care este privit de acestea, sau cînd pacientul se uită la altă persoană. Sentimentele lui G. față de trecutul său homosexual sînt structurate pentru ideile sale delirante legate de faptul de a privi sau de a fi privit.

## REZUMAT

Apariția și dezvoltarea unei abordări structuraliste a psihopatologiei sînt legate, mai întîi, de dezvoltarea puternică a structuralismului, important curent de gîndire care propune căutarea unor explicații prin folosirea noțiunii de structură. Aceasta poate fi definită drept aranjamentul în care părțile sînt dependente de întreg și, prin urmare, solidare între ele. Legat de noțiunea de structură, Piaget insistă pe caracterul ei de totalitate, de transformare și autoreglare, adăugînd că descoperirea unei structuri trebuie să permită o formalizare.

Dezvoltarea abordării structuraliste este legată și de crearea de către Wundt a unei școli structuraliste de psihologie, dezvoltată în Statele Unite de Titchener, precum și de contribuțiile școlii psihologiei gestaltiste.

Pentru mai mulți autori, Freud se află la originea abordării structuraliste în psihopatologie. Această abordare este regăsită în lucrările unor clinicieni cum ar fi Goldstein, Arieti, Beck, Helman sau Lacan.

Prima parte a capitolului de față este consacrată structurilor psihopatologice de bază: psihotice (schizofrenică, paranoică, melancolică) și nevrotice (obsesională și isterică). Prezentarea acestor structuri, bazată pe lucrările lui Bergeret, este completată printr-o scurtă descriere a „trunchiului comun al stărilor-limită”.

În a doua parte a acestui capitol este analizată structura ideilor delirante. Sprijinindu-se în principal pe lucrarea lui Siomopoulos (1983), această analiză vizează diferența, pe de o parte, dintre forma și conținutul ideilor delirante, iar pe de altă parte, dintre ideile delirante primare și secundare.

## NOTE

1. Calificativul „structuralist” utilizat în titlul acestui capitol înseamnă „care utilizează structuralismul, fie metodologic, fie metafizic” (Foulque, 1978). Structuralismul metodologic încearcă să degajeze, în diferite domenii de studiu (printre care psihologia), structurile de bază ale unui ansamblu de fapte diferite. Levi-Strauss (1973) preciza că metoda structurală constă în identificarea formelor invariante în interiorul unor conținuturi diferite. Structuralismul metafizic încearcă să verifice dacă structurile degajate prin metoda structurală tin de constituția înșiși a spiritului uman sau rezultă din informațiile obținute de spirit din realitatea concretă, sau dacă reprezintă un fapt dincolo de datele experienței, care s-ar impune gîndirii în interpretarea acestei experiențe (Foulque, 1978).
2. Termenul de psihologie structurală (*structural psychology*) este utilizat în mod frecvent de psihologii americani, care îl opun celui de psihologie funcțională (*functional psychology*). Conform *Vocabularului științelor sociale* (Foulque, 1978), este necesară distin-





## Postfață

1. Prezentarea în acest volum a diferitelor abordări în psihopatologie urmărește ruperea unor bariere dogmatice și diminuarea frecvențelor certuri între școli și a luptelor teritoriale. Citind cartea, partizanii dezbatărilor arțăgoase, pasionații opozițiilor binare și ai războaielor ideologice sterile vor fi, tară îndoială, decepționați - mai ales datorită faptului că am acordat un loc central numeroaselor cunoștințe disponibile, faptelor, metodologiilor utilizate pentru punerea lor în evidență, punctelor de vedere (de multe ori divergente !) exprimate în raport cu validitatea faptelor evocate, argumentelor folosite pentru apărarea respectivelor puncte de vedere. Cum de altfel i-ar putea decepționa și tonul prezentărilor, cit mai neutru cu putință.

Această concepție a lucrării are la bază principiul conform căruia o anumită decompartmentare teoretică poate fi obținută pornind de la studierea de ansamblu a diverselor abordări în psihopatologie. Pe de altă parte, părerea mea este următoarea : calitatea evaluării aportului fiecăreia dintre aceste abordări nu poate fi altfel decât benefică unei cunoașteri aprofundate a celorlalte abordări. Informind cititorul, textul incită la un efort de critică și sintetiză care îi va permite (sper...) să descopere căi potrivite practicii sale.

2. Multitudinea și diversitatea abordărilor expuse în lucrare - abordări foarte diferite din punctul de vedere al contribuției lor la înțelegerea tulburărilor psihopatologice - constituie caracteristica esențială a stadiului actual de dezvoltare a psihopatologiei. Această diversitate este, bineînțeles, consecința apariției unor noi școli în domeniile psihologiei și psihopatologiei. Dar, în același timp, ea reflectă recunoașterea, de către cercetătorii pionieri în acest domeniu, a complexității obiectului lor de studiu : funcționarea psihopatologică.

Posibilitatea abordării psihopatologiei din perspective diferite nu este de dată recentă. Proliferarea abordărilor psihopatologiei este întrevăzută de Jaspers care, foarte devreme (în 1913), scria că încerca „să surprindă fiecare perspectivă diferită a întregului” și „să-i atribuie un loc în funcție de semnificația și limitările sale”.

**Mai multe texte ale lui Freud demonstrează că creatorul psihanalizei anticipa deja importanța pe care ar putea-o lua și alte abordări, enunțând chiar problematici specifice acestora. Este cazul, de exemplu, al textului ce face parte din *Dincolo de***

*principiul plăcerii*, în care Freud evocă „posibilitățile nelimitate ale biologiei”, al acestui text de la sfârșitul vieții sale, când făcea referiri la implicațiile filogenezei în apariția tulburărilor mintale<sup>3</sup> sau, în fine, al unui fragment din *Scrisori către G. Fuchs*, care ne trimite cu gândul la discursul antipsihiatric<sup>4</sup>. Aceste trei exemple sugerează că Freud nu ar fi uitat de dezvoltările actuale ale abordărilor biologice, etologice și sociale ale psihopatologiei.

3. Prezentul volum constituie prima etapă a unui demers complex al cărui obiectiv final este elaborarea unei abordări integrative în psihopatologie. Acest lucru necesită un studiu comparativ prealabil al abordărilor descrise în cele 14 capitole ale lucrării de față. Un astfel de studiu ridică o problemă metodologică importantă, aceea a grilelor de comparație, deci a criteriilor de folosit în acest scop. Mai mulți cercetători, dintre care Milon și Diesenhaus (1972), Siegler și Osmond (1974), Price (1978), Weckowicz (1984) indică criterii utilizabile într-o asemenea comparație. Studiul comparativ menționat ar trebui să elibereze punctele de convergență și de complementaritate ale abordărilor. El ar trebui să ducă la căutarea acordurilor transteoretice, permițând elaborarea unor noi concepte integrative. În același timp, acest studiu comparativ ar trebui să aprofundeze implicațiile epistemologice ale unei mișcări de conciliere între diversele abordări, ale unui demers care să conducă de la orientarea unică la integrare, trecând prin apropierea, convergența și combinațiile abordărilor.

Toate aceste teme vor fi tratate într-un volum a cărui apariție e prevăzută peste doi ani...

4. Atac cu prudență proiectul de elaborare a unei abordări integrative, prudență hrănită de avertismentele mai multor autori.

Legrand (1983), de exemplu, își exprimă îndoielile în privința caracterului fructuos al schimbului între psihanaliză și behaviorism efectuat de Dollard și Miller (1950) în lucrarea lor *Personality and Psychotherapy*, lucrare dedicată lui „Freud și Pavlov, și elevilor lor”. Luând ca exemplu opera Melaniei Klein și a lui Skinner, Legrand scrie că „radicalismul este, fără îndoială, preferabil concilierilor eclectice și concordiste”.

Conrad Lecomte (1987a și b), cunoscut pentru lucrările sale cu privire la integrarea psihoterapiilor, scrie la rândul său : „Visul unei sinteze desăvârșite pare să conducă aproape la o utopie sau la o iluzie narcisică de înțelegere completă și perfectă a existenței umane. Eforturile de sinteză ce resping disidența riscă adeseori să ducă la un sincretism uniformizant sub podoabele înșelătoare ale eficacității”.

Știu că drumul de la abordările exclusive la o abordare integrativă este plin de capcane...

Ottawa-Hull, februarie 1991

Realizată la trei ani și jumătate de la publicarea lucrării *Paisprezece abordări în psihopatologie*, această a doua ediție a cărții a permis o apariție care ține cont de publicarea *DSM IV*. În același timp, întregul text a fost revăzut și adăugit. În perioada care a trecut, în Mexic a fost editată traducerea în spaniolă a celor *Paisprezece abordări*, iar acum, alte patru traduceri sînt în desfășurare. Lucrarea de integrare anunțată în această postfață, lucrare destinată să continue cele *Paisprezece abordări*, nu mai este un simplu proiect, iar publicarea ei este prevăzută pentru... 1996!

Paris, decembrie 1994

## NOTE

1. În acest text, apărut în 1920, Freud scria: „Biologia este într-adevăr un domeniu cu posibilități nelimitate : trebuie să ne așteptăm să primim din partea ei cele mai surprinzătoare lămuriri, și nu putem ghici răspunsurile pe care ni le-ar putea da peste câteva decenii la întrebările noastre. Cine știe, ar putea fi răspunsuri care să prăbușească întregul edificiu artificial al ipotezelor noastre” (Freud, 1951).
2. La sfârșitul vieții sale, la 12 iulie 1938, Freud scria: „Cu nevrozele te-ai putea crede într-un peisaj preistoric, de exemplu în jurasic. Uriași saurieni sînt încă acolo, ierburile și stuful sînt înalte cît palmierii” (Freud, 1941). După cum subliniază Demaret (1979), Freud era de părere că tulburările mintale își au rădăcinile departe, în preistoria omului, în perioade dinaintea devenirii lui ca om.
3. Este vorba de un fragment din *Scrisori către G. Fuchs*, publicat în volumul XI al ediției italiene a *Operele complete* (Turin, Einaudi, 1979), citat în *L'information psychiatrique* (1989, nr. 7, p. 746): „Acest tratament inuman (*sistemul azilar*) este în deplin acord cu civilizația noastră : nu este altceva decît expresia brutalității și incompreensiunii ce domină lumea civilizată a zilelor noastre... Iar dacă s-ar ajunge la convingerea necesității unei reforme a tuturor acestor lucruri, s-ar replica imediat că societatea capitalistă nu deține mijloacele necesare acestui gen de operații”.

## Bibliografie

- ABRAHAM, J.J. (1912), „Latah and amok”, *British Medical Journal*, 1, 438-439.
- ABRAHAM, K. (1965-1966), *CŒuvres complètes*, 2 vol., Paris, Payot.
- ABRAMSON, L.Y., ALLOY, L.B. & METALSKY, G.I. (1988), „The cognitive diathesis-stress theories of depression : Toward an adequate evaluation of the theories' validities”, in Alloy, L.B. (ed.), *Cognitive Processes in Depression*, 3-30, New York, The Guilford Press.
- ABRAMSON, L.Y., METALSKY, G.I. & ALLOY, L.B. (1987), „The Hopelessness Theory of Depression: A Metatheoretical Analysis with Implications for Psychopathology Research” (text nepublicat, citat 'n Abramson *et al*, 1988).
- ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P. & TEASDALE, J.D. (1978), „Learned helplessness in humans : Critique and reformulation”, *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- ACHENBACH, T. & ZIGLER, E. (1963), „Social Competence and Self-image Disparity in psychiatric and nonpsychiatric Patients”, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 197-205.
- ACHENBACH, T.M. (1982), *Developmental Psychopathology*, New York, John Wiley & Sons (ed. a 2-a).
- ACKERMANS, A. & ANDOLFI, M. (eds.) (1987), *La Creation du systeme therapeutique. L'ecole de therapie familiale de Rome*, Paris, Editions ESF.
- ADAMS, H.E. & SUTKER, P.B. (eds.) (1984), *Comprehensive Handbook of Psychopathology*, New York, Plenum Press.
- AFGOUSTIDIS, D. (1989), *La Psychanalyse*, Paris, Desclee de Brouwer.
- AJURIAGUERRA, J. de & MARCELLI, D. (1982), *Psychopathologie de Venfant*, Paris, Masson.
- ALEXANDER, F.G. & SELESNICK, ST. (1972), *Histoire de la psychiatrie. Pensee et pratique psychiatriques de la prehistoire à nos jours*, Paris, Armând Colin.
- ALLERS, R. (1961), *Existentialism and Psychiatry*, Springfield, Thomas.
- ALLOY, L.B., CLEMENTS, C. & KOLDEN, G. (1985), „The Cognitive Diathesis-stress Theories of Depression: Therapeutic implications”, in Reiss, S. & Bootzin, R.R. (eds), *Theoretical Issues in Behavior Therapy*, 379-410. Orlando, Fla, Academic Press.
- ALLPORT, G.W. (1937), *Personality. A Psychological Interpretation*, New York, H. Hoit.
- ALTMANN, J. (1974), „Observational Study of Behavior: Sampling methods”, *Behaviour*, 49, 227-267.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, D C , American Psychiatric Association (ed. a 3-a).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1985), *DSM-III. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson (ed. a 2-a).

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1989), *DSM-III-R. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson.
- ANCELIN SCHUTZENBERGER, A. (1972), Preface, in May, R. *Le Desir d'être, Psychologie existentielle*, 7-11, Paris, Epi éditeurs.
- ANDOLFI, M. (1986), *La Thérapie avec la famille*. Paris, Editions ESF (ed. a 2-a).
- ANDREWS, G., TENNANT, C., HEWSON, D.M. & VAILLANT, G.E. (1978), "Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 307-316.
- ANDREY, B., BIRILLE, R., CAILLIE, R., FIVAZ, E., HARTVEIT, H., MARTINEZ, J.-P., MASSON, O., PRATA, G., REY, Y., RUF IOT, A., SACCU, C., SELVINI PALAZZOLI, M. & WATZLAWICK, P. (1983), *La Thérapie familiale telle quelle... De la théorie à la pratique*. Paris, Editions ESF.
- ANISMAN, I.L., PIZZINO, A. & SKLAR, L.S. (1980), "Coping with stress. norepinephrine depletion and escape performance". *Brain Research*, 191, 583-588.
- AN7.IEU, D. (1975), *L'Auto analyse de Freud et la de> ouverte de la psychanalyse*. 2 voi., Paris, Pl.F.
- ANZILH, D., BOWLBY, J., CHAUVIN, R., DI YCKAERTS, I., HARLOW, H.H.F., KOUERNIK, C., LEBOVKT, S., IORLIZ, K., MAIRIFAI, P., SPITZ, R. A., WIDLOCHER, D. & ZAZZO, R. (1974), *L'Anachma*. Neuchâtel. Delachaux et Niestlé.
- ARIAM, S. (1979), "The effects of subliminal > tonicité -timuli in Hebrew on academic performance of Kraeli high school students". te/à de doctorat nepublicat. New York University
- ARIETI, S. ! 1967), *The Intrapsychic Self, Feeling, Cogntion, and Creathitx in HealH, and Mental illness*, New York. Basic Books.
- ARIETI, S. (1974), *Interpretation of Schizophrenia*, New York. Basic Books.
- ARLOW, J.A. & BRENNER, C. (1964), *Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory*, New York, International University Press.
- ÅSBERG, M. (1987), "Biologie des comportements suicidaires", in Mendlewicz, J. (ed.), *Manuel de psychiatrie biologique*, 83-89, Paris, Masson.
- ÅSBERG, M., BERTILSSON, L., MARTENSSON, B., SCALIA-TOMBA, G.-P., THOREN, R. & TRÅSKMAN-BENDZ, L. (1984), "CSI- monoamine métabolites in melancholia", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 201-219.
- ÅSBERG, M., MARTENSSON, B. & WÄGNER, A. (1987), "Psychobiological aspects of suicidal behavior", in Magnusson, D. & Ohman, A. (eds.), *Psychopathology, An Interactional perspective*, 81-94, Orlando, Fla, Academic Press.
- ÅSBERG, M., THOREN, R., TRÅSKMAN, L., BERTILSSON, L. & RINGBERGER, V. (1976a), "Serotonin depression - A biochemical subgroup within the affective disorders?" *Science*, 191, 478-480.
- ÅSBERG, M., TRÅSKMAN, L. & THOREN, P. (1976b), "5-HIAA in cerebrospinal fluid : A biochemical suicide predictor?", *Archives of General Psychiatry*, 33, 1193-1197.
- AYLLON, T. & MICHAEL, J. (1959), "The psychiatric nurse as a behavioral engineer", *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 2, 323-334.
- BAACHELOR, A. & JOSHI, P. (1986), *La Methode phenomenologique de recherche en psychologie. Guide pratique*, Ste-Foy, Les Presses de l'Université Laval.
- BAKWIN, H. (1971), "Enuresis in twins", *American Journal of Diseases of Children*, 121, 222-225.

- BAKWIN, H. (1973), "The genetics of enuresis", in Kolvin, I., Mac Keith, R.C. & Meadow, S.R. (eds), *Bladder control and enuresis*, 73-77, London, Spastics International Medical Publications.
- BALLENGER, J.C., GOODWIN, F.K., MAJOR, L.F. & BROWN, G.L. (1979), "Alcohol and central serotonin metabolism in man", *Archives of General Psychiatry*, 36, 224-227.
- BANDURA, A. (1968), "A social learning interpretation of psychological dysfunctions", in London, P. & Rosenhan, D. (eds.), *Foundations of Abnormal Psychology*, 293-344, New York, Hoit, Rinehart & Winston.
- BANKI, C.M., ARATO, M., PAPP, Z. & KURCZ, M. (1984), "Biochemical markers in suicidal patients: Investigations with cerebrospinal fluid amine metabolites and neuroendocrine tests", *Journal of Affective Disorders*, 6, 341-350.
- BARATTA, S., COLORIO, C. & ZIMMERMAN-TANSELLA, C. (1985), "Inter-rater reliability of the Italian version of the Paykel Scale of Stressful Life Events". *Journal of Affective Disorders*, 8, 279-282.
- BARKER, R.G. (1968), *Ecological psychology. Concepts and method for studying the environment of human behavior*, Stanford, Ca, Stanford University Press.
- BARKER, R.G. & GUMP, P.V. (1964), *Big school, small school. High school size and student behavior*, Stanford, Ca, Stanford University Press.
- BARUK, H. (1938), *Psychiatrie medicale, phsxiologique et experimentale*, Paris, Masson.
- BARUK, H. (1955), *La Psychiatrie sociale*. Paris, PUF.
- BARUK, H. (1959), *Traité de psychiatrie*, 2 voi., Paris, Masson.
- BARUK, H. (1964), *La Psychopathologie experimentale*, Paris, PUF.
- BASTIDE, R. (1965), *Sociologie des maladies mentales*. Paris, Flammarion.
- BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J. & WEAKLAND, J. (1956), "Toward a theory of schizophrenia", *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- BAUGHMAN, E.E. & DAHLSTROM, W.G. (1972), "Racial differences on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory", in Guterman, S.S. (ed.), *Black Psyche. The Modal Personality Patterns of Black Americans*, 166-188, Berkeley, Ca, The Glendessary Press.
- BAYER, R. (1981), *Homosexuality and American Psychiatry. The Politics of Diagnosis*, New York, Basic Books.
- BEAUCHESNE, H. (1986), *Histoire de la psychopathologie*, Paris, PUF.
- BECK, A.T. (1967), *Depression. Causes and Treatment*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- BECK, A.T. (1974), "Depressive neurosis", in Arieti, S. & Brody, E.B. (eds.), *American Handbook of Psychiatry*, vol. III, *Adult clinical Psychiatry*, 61-90, New York, Basic Books (ed. a 2-a).
- BECK, A.T. (1976), *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York, International Universities Press.
- BECK, A.T. (1984a), "Cognition and therapy", *Archives of General Psychiatry*, 41, 1112-1114.
- BECK, A.T. (1984b), "Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy. The cognitive continuum", in Williams, J.B.W. & Spitzer, R.L. (eds.), *Psychotherapy Research. Where are we and where should we go ?*, New York, The Guilford Press.
- BECK, A.T., KOVACS, M. & WEISSMAN, A. (1975), "Hopelessness and suicidal behavior: an overview", *Journal of the American Medical Association*, 234, 1146-1149.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. & EMERY, G. (1979), *Cognitive Therapy of Depression*, New York, The Guilford Press.

- BECK, A.T., WEISSMAN, A., LESTER, D. & TREXLER, L. (1974), "The measurement of pessimism : The hopelessness scale", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- BEELS, C.C. (1981), "Social support and schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 7, 58-72.
- BEELS, C.C. & FERBER, A. (1969), "Family therapy : a view", *Family Process*, 8, 280-318.
- BEHRMAN, J. (1969), "The visual evoked response in hysterical amblyopia", *British Journal of Ophthalmology*, 53, 839-845.
- BEHRMAN, J. & LEVY, R. (1970), "Neurophysiological studies on patients with hysterical disturbances of vision", *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 187-194.
- BELL, N.W. & SPIEGEL, J.P. (1966), "Social psychiatry : vagaries of a term", *Archives of General Psychiatry*, 14, 337-345.
- BELLOW, S. (1982), *L'Hiver du doyen*, Paris, Flammarion.
- BENDA, C.E. (1966), "What is existential psychiatry?", *American Journal of Psychiatry*, 123, 288-296.
- BENOIT, J.-C. (1983), *Les Doubles Liens. Paradoxes familiaux des schizophrènes*, Paris, PUF (ed. a 2-a).
- BENSMAIL, B. (1985), "Evenements religieux islamiques et psychopathologie", in Guyotat, J. & Fedida, P. (eds.), *Evenement et psychopathologie*, 65-67, Villeurbanne, SIMPEP.
- BERGE, A. (1946), *Le Facteur psychique dans l'enuresie*. Paris, Le Seuil.
- BERGEN, B.J. & THOMAS, C.S. (1969), "An attempt to examine the perception of self and hospital among chronically ill mental patients", *The International Journal of Social Psychiatry*, 15, 307-313.
- BERGERET, J. (1974), "Notion de structure", in Bergeret, J. (ed.), *Abregé de psychologie pathologique theorique et clinique*, 129-133, Paris, Masson.
- BERGERET, J. (ed.) (1976), *Abregé de psychologie pathologique theorique et clinique*. Paris, Masson.
- BERGERET, J. (1985), *La Personnalité normale et pathologique. Les structures mentales, le caractère, les symptômes*. Paris, Bords (ed. a 2-a).
- BERGIN, A.E. (1966), "Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice", *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 235-246.
- BERKANOVIC, E. (1980), "The effect of inadequate language translation on Hispanics' responses to health surveys", *American Journal of Public Health*, 70, 1273-1276.
- BERNER, P., GABRIEL, E., KATSCHNIG, H., KIEFFER, W., KOEHLER, K., LENZ, G. & SIMHANDL, C.H. (1983), *Diagnostic Criteria for Schizophrenic and Affective Psychoses*, Washington, American Psychiatric Press.
- BERRY, D.C. & BROADBENT, D.E. (1984), "On the relationship between task performance and associated verbalizable knowledge", *Quarterly Journal of Experimental Psychology : Human Experimental Psychology*, 36a, 209-231.
- BERTRAND, S. & MASLING, I. (1969), "Oral imagery and alcoholism", *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 50-53.
- BILZ, R. (1971), *Wiefrei ist der Mensch ?*, Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.
- BINET, A. (1894), *Introduction à la psychologie expérimentale*, Paris, Alean.
- BINET, A. (1903), *L'Etude expérimentale de l'intelligence*, Paris, Schleicher Freres.
- BINSWANGER, L. (1957), *Schizophrenie*, Pfullingen, Günther Neske.
- BINSWANGER, L. (1971), *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris, Editions de Minuit.
- BINSWANGER, L. (1987), "Melancolie et manie", *Etudes phénoménologiques*. Paris, PUF.

- BIRD, H., CANINO, G.J. & SHROUT, P.E. (1986), "Considerations on the use of the Mini-Mental State Examination within the Spanish Diagnostic Interview Schedule", to communicate at the *Annual Meeting of the American Psychiatric Association*, Washington.
- BIROU, A. (1966), *Vocabulaire pratique des sciences sociales*, Paris, Editions ouvrières.
- BLACKBURN, I.M. & COTTRAUX, J. (1988), *Thérapie cognitive de la dépression*, Paris, Masson.
- BLACKBURN, I.M., EUNSON, K.M. & BISHOP, S. (1986), "A two-year naturalistic follow up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both", *Journal of Affective Disorders*, 10, 67-75.
- BLASHFIELD, R.K. (1982), FEIGHNER et al., "Invisible colleges, and the Matthew effect", *Schizophrenia Bulletin*, 8, 1-12.
- BLATT, S.J., BRENNIS, C.B., SCHIMEK, J.G. & GLICK, M. (1976), "Normal development and psychopathological impairment of the concept of the object on the Rorschach", *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 364-373.
- BLEANDONU, G. (1976), *Dictionnaire de psychiatrie sociale*, Paris, Payot.
- BLOCH, V. (1966), "Les niveaux de vigilance et l'attention", in Fraise, P. & Piaget, J. (eds.), *Traité de Psychologie Expérimentale*, vol. 3, 79-122, Paris, PUF.
- BOLLOTTE, G. (1973), "Moreau de Tours", *Confrontations Psychiatriques*, nr. 11, 9-26.
- BOOR, M. (1980), "Relationships between unemployment rates and suicide rates in eight countries", 1962-1976, *Psychological Reports*, 47, 1095-1101.
- BOOTZIN, R.R. & ACOCCELLA, J.R. (1988), *Abnormal Psychology. Current Perspectives*, New York, Random House (ed. a 5-a).
- BOSS, M. & CONDREAU, G. (1975), "Analyse existentielle" (Daseinanalyse), *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37815 A", 1-6.
- BOUCEBI, M. (1985), "L'événement naissance dans un monde en changement", in Guyotat, J. & Fedida, P. (eds.), *Evenement et Psychopathologie*, 68-73, Villeurbanne, SIMPEP.
- BOUCHARD, M.-A., LADOUCEUR, R. & GRANGER, L. (1977), "Analyse behaviorale", in Ladouceur, R., Bouchard, M.-A. & Granger, L. (eds.), *Principes et applications des thérapies comportementales*, 21-46, Paris, Maloine s.a.
- BOURGEOIS, M. (1985), "Connaissance et usage du DSM-III", in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 51-59, Paris, Masson.
- BOURGUIGNON, A. & GUILLON, F. (1977), "Application d'une hypothèse ethologique à l'enuresie", *La Psychiatrie de l'Enfant*, 20, 223-244.
- BOWLBY, J. (1958), "The nature of child's tie to his mother", *The International Journal of Psycho-analysis*, 39, 350-373.
- BOWLBY, J. (1969), *Attachment and Loss, I, Attachment*, New York, Basic Books.
- BOWLBY, J. (1973), *Attachment and Loss, II, Separation : Anxiety and Anger*, New York, Basic Books.
- BOWLBY, J. (1974), *Seconde intervention*, in Anzieu, D., Bowlby, J., Chauvin, R., Duyckaerts, F., Harlow, H.H.F., Koupnik, C., Lebovici, S., Lorenz, K., Malrieu, P., Spitz, R.-A., Widlocher, D. & Zazzo, R., *L'Attachement*, 127-139, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.
- BRACINHA-VIEIRA, A. (1982), "Ethologie et psychiatrie. Phylogénese des comportements et structure des psychoses", *Evolution psychiatrique*, 47, 999-1017.
- BRAFF, D.L. (1981), "Impaired speed of information processing in nonmedicated schizophrenic patients", *Schizophrenia Bulletin*, 7, 449-508.

- BRAFF, D.L. & SACCUZZO, D.P. (1985), "The time course of information processing deficits in schizophrenia", *American Journal of Psychiatry*, 142, 170-174.
- BRION, A. & EY, H. (eds.) (1964), *Psychiatrie animale*. Paris, Desclee de Brouwer.
- BRISLIN, R.W. (1970), "Back-translation for cross-cultural research", *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1, 185-216.
- BROADBENT, DE., BROADBENT, M.H. & JONES, J.L. (1986), "Performance correlates of self-reported cognitive failure and of obsessiveness", *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 285-299.
- BRODEUR, C. (1990), "Si Freud revenait... ou ce dur métier d'analyste", in Pelletier, R., Van Gijsegem, H. & Beaudry, J. (eds.), *Psychanalyse: Vision du monde ?*, 59-89, Montreal, Meriden.
- BRODY, D., SACCUZZO, D.P. & BRAFF, D.L. (1980), "Information processing for masked and unmasked stimuli in schizophrenia and old age", *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 617-622.
- BRONFENBRENNER, U. (1977), "Toward an experimental ecology of human development", *American Psychologist*, 32, 513-531.
- BRONFENBRENNER, U. (1979), *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*, Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- BROWN, G.L., EBERT, M.H., GOYER, P.F., JIMERSON, D.C., KLEIN, W.J., BUNNEY, W.E. & GOODWIN, F.K. (1982), "Aggression, suicide, and serotonin: Relationships to CSF amine metabolites", *American Journal of Psychiatry*, 139, 741-746.
- BROWN, G.L., GOODWIN, F.K., BALLENGER, J.C., GOYER, P.F. & MAJOR, L.F. (1979), "Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites", *Psychiatry Research*, 1, 131-140.
- BROWN, G.W., BHROLCHAIN, M.N.I., & HARRIS, T.O. (1975), "Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population", *Sociology*, 9, 225-254.
- BROWN, J.H. (1979), "Suicide in Britain. More attempts, fewer deaths, lesson for public policy", *Archives of General Psychiatry*, 36, 1119-1124.
- BUNNEY, W.E. (Jr.) & FAWCETT, J.A. (1965), "Possibility of biochemical test for suicidal potential. An analysis of endocrine findings prior to three suicides", *Archives of General Psychiatry*, 13, 232-239.
- BUTCHER, J.N. & BEMIS, K.M. (1983), "Abnormal behavior in cultural context", in Adams, H.E. & Sutker, P.B. (eds.), *Comprehensive Handbook of Psychopathology*, 111-139, New York, Plenum Press.
- BUTCHER, J.N. & PANCHERI, P. (1976), *A Handbook of Cross-National MMPI Research*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- CAIN, J. (1959), *Le Problème des névroses expérimentales*. Paris, Desclee de Brouwer.
- CAMERON, N.A. & GARNER, A.M. (1951), *Behavior Pathology*, Boston, Houghton Mifflin.
- CAMPBELL, D.T. (1968), "Quasi-experimental design", in Sills, D.L. (ed.), *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 5, 259-263, New York, Macmillan & Free Press.
- CARLETON, J.L. (1977), "Social psychiatry: an overview", in Wolman, B.B. (ed.), *International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis & Neurology*, vol. 10, 321-324, New York, Aesculapius.
- CARP, E. & DELLAERT, R. (1976), *Images du monde chez les malades mentaux et psychothérapies*, Paris, Editions ESF.

- CARSON, R.C., BUTCHER, J.N. & COLEMAN, J.C. (1988), *Abnormal Psychology and Modern Life*, Glenview, Ill., Scott, Foresman & Co. (ed. a 8-a).
- CAUDILL, W., REDLICH, F.C., GILMORE, H.R. & BRODY, E.B. (1952), "Social structure and interaction processes on a psychiatric ward", *American Journal of Orthopsychiatry*, 22, 314-334.
- CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE (1972), *Modeles animaux du comportement humain*. Paris, Editions du CNRS.
- CHANOIT, P.F. & DE VERBIZIER, J. (eds.) (1986), *Recherches en psychiatrie sociale*, Toulouse, Eres.
- CHERRY, E.C. (1953), "Some experiments on the recognition of speech, with one and with two ears", *Journal of the Acoustical Society of America*, 25, 975-979.
- CHRISTENSEN, L.B. (1977), *Experimental Methodology*, Boston, Allyn & Bacon.
- CICCHETTI, D. (1984), "The emergence of developmental psychopathology", *Child Development*, 55, 1-7.
- CLAUSEN, J.A. (1986), "A 15- to 20-year follow-up of married adult psychiatric patients", in Erlenmeyer-Kimling, L. & Miller, N.E. (eds.), *Life-Span Research on the Prediction of Psychopathology*, 175-194, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.
- COBB, S. (1976), "Social support as a moderator of life stress", *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- COHEN, D.J. & DONNELLAN, A.M. (eds.) (1987), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, New York, John Wiley & Sons.
- CONDON, T.J. & ALLEN, G.J. (1980), "Role of psychoanalytic merging fantasies in systematic desensitization: a rigorous methodological examination", *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 437-443.
- COOPER, A.B. (1977), "Structural theory: Post-freudian", in Wolman, B.B. (ed.), *International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis, & Neurology*, vol. 11, 8-11, New York, Aesculapius.
- COOPER, J. & SARTORIUS, N. (1977), "Cultural and temporal variations in schizophrenia: a speculation on the importance of industrialization", *British Journal of Psychiatry*, 130, 50-55.
- COPENHAVER, J.H., SCHALOCK, R.L. & CARVER, M.J. (1978), "Parachloro-D, L-phenylalanine induced filicidal behavior in the female rat", *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 8, 263-270.
- CORNBLATT, B. & MARCUSE, Y. (1986), "Children at high risk for schizophrenia: Predictions from childhood to adolescence", in Erlenmeyer-Kimling, L. & Miller, N.E. (eds.), *Life-Span Research on the Prediction of Psychopathology*, 101-117, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.
- CORSON, S.A., O'LEARY CORSON, E. & ALEXANDER, J.A. (1980), *Ethology and Nonverbal Communication in Mental Health. An Interdisciplinary Biopsychosocial Exploration*, New York, Pergamon Press.
- CORTEEN, R.S. & DUNN, D. (1974), "Shock-associated words in a nonattended message: a test for momentary awareness", *Journal of Experimental Psychology*, 102, 1143-1144.
- CORTEEN, R.S. & WOOD, B. (1972), "Autonomic responses to shock-associated words in an unattended channel", *Journal of Experimental Psychology*, 94, 308-313.
- COSNIER, J. (1966), *Les Nevroses expérimentales. De la psychologie animale à la pathologie humaine*, Paris, Editions du Seuil.
- COSNIER, J. (1977), "Spécificité de l'attitude éthologique dans l'étude du comportement humain", *Psychologie Médicale*, 9, 2025-2030.

- COSTIN, F. & DRAGUNS, J.G. (1989), *Abnormal Psychology. Patterns, issues, Interventions*, New York, John Wiley & Sons.
- COTTRAUX, J. (1984), *Les Therapies comportementales*, Paris, Masson.
- COTTRAUX, J., BOUVARD, M. & LEGERON, P. (1985), *Methodes et echelles d'evaluation des comportements*, Issy-les-Moulineaux, Editions d'Application Psychotechniques.
- COTTRAUX, J., BOUVARD, M. & LUCAS, M. (1984), "Les obsessions-compulsions", in Fontaine, O., Cottraux, J. & Ladouceur, R. (eds.), *Cliniques de therapie comportementale*, 91-104, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- COURCHESNE, E., YEUNG-COURCHESNE, R., PRESS, G.A., HESSELINK, J.R. & JERNIGAN, T.L. (1988), "Hypoplasia of cerebellar vermal lobules VI and VII in autism", *The New England Journal of Medicine*, 318, 1349-1354.
- COYNE, J.C. & GOTLIB, I.H. (1983), "The role of cognition in depression: a critical appraisal", *Psychological Bulletin*, 94, 472-505.
- CREWS, F. (1985, 21 ianuarie), "The future of an illusion", *The New Republic*, 28-33.
- CROCO, L. (1986), "Specificite de la recherche en psychiatrie sociale", in Chanoit, P.F. & de Verbizier, J. (eds.), *Recherches en psychiatrie sociale*, 45-61, Toulouse, Eres.
- CYRULNIK, B. (1987), "Ethologie humaine et clinique", *Encyclopedie Medico-Chirurgicale*. Paris, Psychiatrie, 37887 A°, 12, 1-6.
- DAMAYE, H. (1925), *Etudes de psychiatrie sociologique*, Paris, Maloine.
- DAVIS, K.L., HOLLIESTER, L.E., MATHE, A.A., DAVIS, B.M., ROTHPEARL, A.B., FAULL, K.F., HSIEH, J.Y.K., BARCHAS, J.D. & BERGER, P.A. (1981), "Neuroendocrine and neurochemical measurements in depression", *American Journal of Psychiatry*, 138, 1555-1561.
- DAVISON, G.C. (1967), "Some problems of logic and conceptualization in behavior therapy research and theory", comunicare prezentată la *First Annual Meeting of the Association for the Advancement of the Behavioral Therapies*, American Psychological Association, Washington, D.C.
- DEAN, A. & LIN, N. (1977), "The stress-buffering role of social support", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 403-417.
- DEANE, W.N. (1961), "The reactions of a nonpatient to a stay on a mental hospital ward", *Psychiatry*, 24, 61-68.
- DEBUYST, C. (1985), *Modele ethologique et criminologie*, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- DEGEORGE, R.T. & DEGEORGE, F.M. (1972), *The Structuralists. From Marx to Levi-Strauss*, Garden City, N.Y., Anchor Books.
- DE KONING, A.J.J. (1979), "The qualitative method of research in the phenomenology of suspicion", in Giorgi, A., Knowles, R. & Smith, D.L. (eds.), *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, vol. III, 122-134, Pittsburgh, Duquesne University Press.
- DELLAERT, R. & CARP, E.A.D.E. (1956), *Nouvelles Orientations de la psychiatrie infantile*, Lyon, Emmanuel Vitte.
- DEMARET, A. (1979), *Ethologie et psychiatrie. Valeur de survie et phylogenese des maladies mentales*. Bruxelles, Pierre Mardaga.
- DE NEUTER, P. & FLORENCE, J. (eds.) (1988), *Sciences et Psychanalyse*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael.
- DEVEREUX, G. (1965), "Les origines sociales de la schizophrénie ou la schizophrénie sans larmes", *L'information psychiatrique*, 41, 783-799.
- DEVEREUX, G. (1977), *Essais d'ethnopsychiatrie generale*, Paris, Gallimard (ed. a 3-a).

- DEVEREUX, G. (1982), *Psychotherapie d'un indien des plaines*. Paris, Godefroy.
- DEVEREUX, G. (1985), *Ethnopsychanalyse complementariste*, Paris, Flammarion.
- DIGRIGORIO, J.M. (1983), "A psychological investigation of deinstitutionalization", teză de doctorat, *The Union Graduate School*, Cincinnati (Ohio).
- DIXON, N.F. (1981), *Preconscious Processing*, Chichester, John Wiley & Sons.
- DOHRENWEND, B.P. & DOHRENWEND, B.S. (1969), *Social Status and Psychological Disorder. A Causal Inquiry*, New York, Wiley-Interscience.
- DOHRENWEND, B.P., SHROUT, P.E., EGRI, G. & MENDELSON, F.S. (1980), "Non specific psychological distress and other dimensions of psychopathology: measures for use in the general population", *Archives of General Psychiatry*, 37, 1229-1236.
- DOLEYS, D.M. (1989), "Functional enuresis and encopresis", in Last, C.G. & Hersen, M. (eds.), *Handbook of Child Psychiatric Diagnosis*, 427-442, New York, John Wiley & Sons.
- DOLLARD, J. & MILLER, N.E. (1950), *Personality and Psychotherapy. An Analysis in Terms of Learning, Thinking, and Culture*, New York, McGraw-Hill.
- DRAGUNS, J.G. (1973), "Comparisons of psychopathology across cultures: Issues, findings, directions", *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 4, 9-47.
- DRAGUNS, J.G., PHILLIPS, L., BROVERMAN, I.K. & CAUDILL, W. (1970), "Social competence and psychiatric symptomatology in Japan: A cross-cultural extension of earlier American findings", *Journal of Abnormal Psychology*, 75, 68-73.
- DUFFY, E. (1962), *Activation and Behavior*, New York, John Wiley & Sons.
- DUFRANCATEL, C. (1969), *La Sociologie des maladies mentales. Tendances actuelles de la recherche et bibliographie*. Paris, Mouton.
- DUMONT, M. & MARKOVITS, H. (1985), "Les gestes stereotypes chez les enfants handicapes de la vue, dans un groupe de pairs", in Tremblay, R.E., Provost, M.A. & Strayer, F.F. (eds.), *Ethologie et developpement de l'enfant*, 349-360, Paris, Stock/Laurence Peroud.
- DUNHAM, H.W. (1965), *Community and Schizophrenia. An Epidemiological Analysis*, Detroit, Wayne State University Press.
- DUYCKAERTS, F. (1972), "L'objet d'attachement: mediateur entre l'enfant et le milieu", in Duyckaerts, F., Hindley, C.B., Lezine, L., Reuchlin, M. & Zemleni, A., *Milieu et developpement*, 219-245, Paris, PUF.
- EATON, W.W. (1978), "Life events, social supports, and psychiatric symptoms: A re-analysis of the New Haven Data", *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 230-234.
- EATON, W.W. (1985), "Epidemiology of schizophrenia", *Epidemiologic Reviews*, 7, 105-126.
- EDELSON, M. (1985), "The hermeneutic turn and the single case study in psychoanalysis", *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 8, 567-614.
- EDGERTON, R.B. (1969), "On the 'recognition' of mental illness", in Plog, S.C. & Edgerton, R.B. (eds.), *Changing Perspectives in Mental Illness*, 49-72, New York, Holt, Rinehart & Winston.
- EKEHAMMAR, B. (1974), "Interactionism in personality from a historical perspective", *Psychological Bulletin*, 81, 1026-1048.
- ELLENBERGER, H.F. (1950), "Die Putzwut", *Der Psychologe*, 2, 91-138.
- ELLENBERGER, H.F. (1974), *À La Decouverte de l'inconscient. Histoire de la psychiatrie dynamique*, Villeurbanne, SIMPEP.
- ELLENBERGER, H.F. & MURPHY, H.B.M. (1978), "Les nevroses et les etats mineurs", *Encyclopedie Medico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 4-37725 B°, 43-47.

- ELLIS, A. (1962), *Reason and Emotion in Psychotherapy*, Secaucus, N.J., L. Stuart.
- ELLIS, W.G. (1893), "The Amok of the Malays", *Journal of Mental Science*, 39, 325-338.
- EMERY, G., HOLLON, S.D. & BEDROSIAN, R.C. (eds.) (1981), *New Directions in Cognitive Therapy. A Casebook*, New York, Guilford Press.
- ENGEL, G.L. (1977), "The need for a new medical model : a challenge for biomedicine", *Science*, 196, 129-136.
- ERDELYI, M.H. (1985), *Psychoanalysis. Freud's Cognitive Psychology*, New York, Freeman.
- ERIKSON, E.H. (1982), *Enfance et société*. Paris, Delachaux et Niestlé.
- ERLENMEYER-KIMLING, L. & MILLER, N.E. (eds.) (1986), *Life-span Research on the Prediction of Psychopathology*, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- ESSEN-MOLLER, E. (1971), "Suggestions for further improvement of the international classification of mental disorders", *Psychological Medicine*, 1, 308-311.
- ESSEN-MOLLER, E. & WOHLFAHRT, S. (1947), "Suggestions for the amendmem of the official Swedish classification of mental disorders", *Acta Psychiatrica et Neurologica*, suppl. 47, 551-555.
- EVANS, F.C. (1956), "Ecosystem as the basic unit in ecology", *Science*, 123, 1127-1128.
- EVANS, R.B. (1977), "Structuralism", in Wolman, B.B. (ed.), *International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis, & Neurology*, vol. 11, 7-8, New York, Aesculapius.
- EY, H. (1948), *Etudes psychiatriques*, vol. 1, *Historique - methodologie - psychopathologie generale*, Paris, Desclée de Brouwer & Cie.
- EY, H. (1950), *Etudes psychiatriques*, vol. 2, *Aspects semeiologiques*, Paris. Desclée de Brouwer & Cie.
- EY, H. (1954), *Etudes psychiatriques*, vol. 3, *Structure des psychoses aiguës et destruction de la conscience*, Paris. Desclée de Brouwer & Cie.
- EY, H. (1963), *Ea Conscience*, Paris, PUF.
- EY, H. (1973), *Traité des hallucinations*, Paris, Masson.
- EY, H. (1975), *Des Idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*, Toulouse, Privat.
- EY, H. & HENRIC, E. (1959), "Heredite et nevroses". *Evolution psychiatrique*, 2, 287-304.
- EYSENCK, H.J. (1959), "Learning theory and behaviour therapy", *Journal of Mental Science*, 105, 61-75.
- EYSENCK, H.J. (1960), *Behaviour Therapy and the Neuroses. Readings in modern methods of treatment derived from learning theory*, Oxford, Symposium Publications Division, Pergamon Press.
- EYSENCK, H.J. (ed.) (1964), *Experiments in Behaviour Therapy. Readings in modern methods of treatment of mental disorders derived from learning theory*, Oxford, Pergamon Press.
- EYSENCK, H.J. & RACHMAN, S. (1965), *The Causes and Cures of Neurosis. An introduction to modern behaviour therapy based on learning theory and the principles of conditioning*, London, Routledge and Kegan Paul.
- EYSENCK, M.W. (1976), "Arousal, learning, and memory", *Psychological Bulletin*, 83, 389-404.
- FAGES, J.-B. (1990), *Comprendre Jacques Lacan*, Toulouse, Privat (ed. nouă).
- FARIS, R.E.L. & DUNHAM, H.W. (1939), *Mental Disorders in Urban Areas. An ecological study of schizophrenia and other psychoses*. Chicago, The University of Chicago Press.

- FEDIDA, P. (ed.) (1986), *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*. Paris, G.R.E.U.P.P.
- FEIGHNER, J.P., ROBINS, E., GUZE, S.B., WOODRUFF, R.A. (Jr), WINOKUR, G. & MUNOZ, R. (1972), "Diagnostic criteria for use in psychiatric research", *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- FEINSTEIN, A.R. (1988), ICD, POR, and DRG, "Unsolved scientific problems in the nosology of clinical medicine", *Archives of Internal Medicine*, 148, 2269-2274.
- FENTON, G.W. (1982), "Hysterical alterations of consciousness", in Roy, A. (ed.), *Hysteria*, 229-246, Chichester, John Wiley & Sons.
- FERGUSON, D.M., HORWOOD, L.J. & SHANNON, F.T. (1986), "Factors related to the age of attainment of nocturnal bladder control: an 8-year longitudinal study", *Pediatrics*, 78, 884-890.
- FINE, R. (1975), "The bankruptcy of behaviorism", *Psychoanalytic Review*, 62, 437-451.
- FINNEY, J.W. & MOOS, R.H. (1979), "Treatment and outcome for empirical subtypes of alcoholic patients", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 25-38.
- FISHER, S. & GREENBERG, R.P. (1977), *The Scientific Credibility of Freud's Theories and Therapy*, New York, Basic Books.
- FISCHER, W.F. (1974), "On the phenomenological mode of researching «Being anxious»", *Journal of Phenomenological Psychology*, 4, 405-423.
- FLAHERTY, J.A., GAVIRIA, F.M., PATHAK, D., MITCHELL, T., WINTROB, R., RICHMAN, J.A. & BIRZ, S. (1988), "Developing instruments for cross-cultural psychiatry research", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 257-263.
- FLAHERTY, J.A., KOHN, R., GOLBIN, A., GAVIRIA, M. & BIRZ, S. (1986), "Demoralization and social support in Soviet-Jewish immigrants to the United States", *Comprehensive Psychiatry*, 27, 149-158.
- FLOR-HENRY, P., FROMM-AUCH, D., TAPPER, M. & SCHOPFLOCHER, D. (1981), "A neuropsychological study of the stable syndrome of hysteria", *Biological Psychiatry*, 16, 601-626.
- FLORENCE, J. (1988), "Discussion de l'exposé de Jean Ladrière. Compte-rendu", in De Neuter, P. & Florence, J. (eds.), *Sciences et Psychanalyse*, 27-31, Bruxelles, De Boeck-Wesmael.
- FOGLIO BONDA, P. (1987), *L'autismo infantile. Prospettive teoriche e di intervento*, Milano, Franco Angeli.
- FOLEY, V.D. (1974), *An Introduction to Family Therapy*, New York, Grune & Stratton.
- FONTAINE, O. (1978), *Introduction aux thérapies comportementales*, Bruxelles, Mardaga.
- FONTAINE, O., COTTRAUX, J. & LADOUCEUR, R. (1984), *Cliniques de thérapie comportementale*, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- FORGET, J. & OTIS, R. (1984), "La modification de comportements sociaux difficiles chez l'enfant", in Fontaine, O., Cottraux, J. & Ladouceur, R. (eds), *Cliniques de thérapie comportementale*, 223-244, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- FORSTER, P.M. & GOVIER, E. (1978), "Discrimination without awareness?", *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 30, 289-295.
- FORTIN, A. (1982), "Plans de recherche quasi-experimentaux", in Robert, M. (ed), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, 119-132, Momreal, Cheneliere et Stanke.
- FORTIN, D. (1983), *Impact du chômage sur le bien-être psychologique et la santé mentale : Revue de la littérature*, Ste-Foy, Université Laval.
- FOULQUIE, P. (1968), *L'Existentialisme*, Paris, PUF (ed. a 15-a).



- FOULQUIE, P. (1978), *Vocabulaire des sciences sociales*, Paris, PUF.
- FOULQUIE, P. (1986), *Dictionnaire de la langue philosophique*, Paris, PUF (ed. a 5-a).
- FRAIBERG, S. & FREEDMAN, D.A. (1964), "Studies in the ego development of the congenitally blind child", *The Psychoanalytic Study of the Child*, 19, 113-169.
- FRANKL, V.E. (1959), *From death-camp to existentialism : a psychiatrist's path to a new therapy*, Boston, Beacon Press.
- FRARY, L.G. (1935), "Enuresis: A genetic study", *American Journal of Diseases of Children*, 49, 557-578.
- FREUD, S. (1925), "Some psychical consequences of the anatomical distinction between the sexes", in Strachey, J. (ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. XIX, 243-258, London, The Hogarth Press, 1961.
- FREUD, S. (1932), *L'Avenir d'une illusion*, Paris, Denoel et Steele.
- FREUD, S. (1934), *Malaise dans la civilisation*, Paris, Denoel et Steele.
- FREUD, S. (1936), *Nouvelles Conférences sur la psychanalyse*, Paris, Gallimard.
- FREUD, S. (1941), *Ecrits posthumes, Gesammelte Werke*, 17, 151.
- FREUD, S. (1947), *Totem et tabou*, Paris, Payot.
- FREUD, S. (1948), *Mod'è et le monothéisme*, Paris, Gallimard.
- FREUD, S. (1948), *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris, Payot.
- FREUD, S. (1950), *La Science des rêves*, Paris, PUF.
- FREUD, S. (1951), *L'Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot.
- FREUD, S. (1951), "Au-delà du principe de plaisir", in Freud, S., *Essais de psychanalyse*, 5-75, Paris, Payot.
- FREUD, S. (1951), "Psychologie collective et analyse du Moi", in Freud, S., *Essais de psychanalyse*, 76-162, Paris, Payot.
- FREUD, S. (1951), "Le Moi et le ça", in Freud, S., *Essais de psychanalyse*, 163-218, Paris, Payot.
- FREUD, S. (1956), *Les études sur l'hystérie*, Paris, PUF.
- FREUD, S. (1962), *Trois Essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard.
- FREUD, S. (1965), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF (ed. nouâ).
- GALIN, D., DIAMOND, R. & BRAFF, D. (1977), "Lateralization of conversion symptoms : more frequent on the left", *American Journal of Psychiatry*, 134, 578-580.
- GALLAGHER, B.J. (1987), *The Sociology of Mental Illness*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall (ed. a 2-a).
- GALLUP, G.G. (Jr.) & MASER, J.D. (1977), "Tonic immobility: evolutionary underpinnings of human cataplexy and catatonia", in Maser, J.D. & Seligman, M.E.P., *Psychopathology. Experimental models*, 334-357, San Francisco, W.H. Freeman.
- GARDNER, L. (1979), "Behaviorism and dynamic psychology: Skinner and Freud", *The Psychoanalytic Review*, 66, 253-262.
- GARMEZY, N., MASTEN, A., NORDSTROM, L. & FERRARESE, M. (1979), "The nature of competence in normal and deviant children", in Kent, M.W. & Rolf, J.E. (eds.), *Primary Prevention of Psychopathology*, vol. 3, *Social Competence in Children*, 23-43, Hanover, N.H., University Press of New England.
- GARNIER, M., DELAMARE, V., DELAMARE, J. & DELAMARE-RICHE, T. (1989), *Dictionnaire des termes de médecine*, Paris, Maloine (ed. a 22-a).
- GASTAUT, H., BATINI, C., BROUGHTON, R., FRESSY, J. & TASSINARI, C.A. (1965), "Etude electroencephalographique des phénomènes épisodiques non épileptiques au

- cours du sommeil", in La Société d'Electroencephalographie et de Neurophysiologie clinique de langue française (ed.), *Le sommeil de nuit normal et pathologique. Etudes electroencephalographiques*, 215-236, Paris, Masson.
- GASTAUT, H. & BROUGHTON, R.G. (1963), "Etude polygraphique de l'enuresie nocturne", *Revue Neurologique*, 109, 246-247.
- GAUTHIER, R. (1985), "Techniques d'enregistrement du comportement", in Tremblay, R.E., Provost, M.A. & Strayer, F.F. (eds.), *Ethologie et développement de l'enfant*, 59-75, Paris, Stock/Laurence Pernoud.
- GAY, P. (1969), "Weimar culture : the outsider as insider", in Fleming, D. & Bailyn, B. (eds.), *The Intellectual Migration*, 11-93, Cambridge, Harvard University Press.
- GAYDA, M., VACOLA, G. & BORNSTEIN, S. (1985), "L'homosexualité dans le DSM-III", in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 114-117, Paris, Masson.
- GIORGI, A. (1966), "Phenomenology and experimental psychology : I", *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 6, 37-50.
- GIORGI, A. (1971), "Phenomenology and experimental psychology : I", in Giorgi, A., Fischer, W.F. & Von Eckartsberg, R. (eds.), *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, vol. I, 6-16, Pittsburgh, Duquesne University Press.
- GIORGI, A. (1975a), "Convergence and divergence of qualitative and quantitative methods in psychology", in Giorgi, A., Fisher, C.T. & Murray, E.L. (eds.), *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, vol. II, 72-79, Pittsburgh, Duquesne University Press.
- GIORGI, A. (1975b), "An application of phenomenological method in psychology", in Giorgi, A., Fisher, C.T. & Murray, E.L. (eds.), *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, vol. II, 82-103, Pittsburgh, Duquesne University Press.
- GIORGI, A. (1983), "Concerning the possibility of phenomenological psychological research", *Journal of Phenomenological Psychology*, 14, 129-169.
- GISSELMANN, A., GRILLET, C., TRAPET, P. & MARIN, A. (1985), "Apport du DSM-III par ses axes III, IV et V. Réflexions à partir de quelques études épidémiologiques psychiatriques", in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 149-153, Paris, Masson.
- GIURGEA, C.E. (1986), *L'Héritage de Pavlov. Un demi-siècle après sa mort*, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- GLICK, M., ZIGLER, E. & ZIGLER, B. (1985), "Developmental correlates of age at first hospitalization in nonschizophrenic psychiatric patients", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 677-684.
- GODEFROY, P. (1983), "Jacques-Marie-Emile Lacan", in Poëti, J. & Quétel, C. (eds.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, 660-661, Toulouse, Privat.
- GOFFMAN, E. (1961), *Asylums : Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, New York, Doubleday & Company.
- GOFFMAN, E. (1968), *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres redus*, Paris, Les Editions de Minuit.
- GOGUELIN, P. (1983), "Comprendre les hommes, construire des modèles", in Actes du Colloque : Comprendre l'homme, construire des modèles : *Les Modèles implicites et explicites en psychologie*, 85-92, Paris, Société Française de Psychologie.
- GOLDBERG, D.P. (1972), *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. A Technique for the Identification and Assessment of Non-Psychotic Psychiatric Illness*, London, Oxford University Press.
- GOLDBERG, E.M. & MORRISON, S.L. (1963), "Schizophrenia and social class", *British Journal of Psychiatry*, 109, 785-802.

- GOLDHAMER, H. & MARSHALL, A.W. (1953), *Psychosis and Civilization. Two Studies in the Frequency of Mental Disease*, Glencoe, Ill., Free Press.
- GOLDMAN, AR., BOHR, R.H. & STEINBERG, TA. (1970), "On posing as mental patients: reminiscences and recommendations", *Professional Psychology*, 1, 427-434.
- GOTTLIEB, B.H. (ed.) (1981), *Social Networks and Social Supports*, Beverly Hills, Ca., Sage publications.
- GOUNONGBE, A., PIREAUX, J.P. & PELC, I. (1985), "Representation et place de l'événement en psychopathologie, en Europe et en Afrique", in Guyotat, J. & Fedida, P. (eds.), *Evenement et psychopathologie*, 14-19, Villeurbanne, SIMEP.
- GOUPLI, G. (1981), *Les Conditions d'intégration de l'élève handicapé de la vue dans les écoles régulières du Québec*, Montréal, Université de Montréal.
- GOVIER, E. & PITTS, M. (1982), "The contextual disambiguation of a polysemous word in an unattended message", *British Journal of Psychology*, 73, 537-545.
- GREENBERG, R.P. & FISHER, S. (1983), "Freud and the female reproductive process: tests and issues", in Masling, J. (ed.), *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*, vol. 1, 251-281, Hillsdale, N.J., The Analytic Press.
- GREMY, F., TOMKIEWICZ, S., FERRARI, P. & LELORD, G. (eds.) (1987), *Autisme infantile*, colloquium international INSERM-CNRS, la initiative ARAPI (Paris, 11-13 decembre 1985), Paris, INSERM.
- GROSSBERG, J.M. (1964), "Behavior therapy: a review", *Psychological Bulletin*, 62, 73-88.
- GRUNBERG, F. (1980), "Etat actuel de la psychiatrie", in Lalonde, P. & Grunberg, F. (eds.), *Psychiatrie clinique. Approche contemporaine*, 1-32. Chicoutimi, Gaetan Morin.
- GRUZELIER, J. (1981), "Hemispheric imbalances masquerading as paranoid and non paranoid syndromes", *Schizophrenia Bulletin*, 7, 662-673.
- HALEY, L., CAILLE, R., AUSLOOS, G., FERREIRA, A.J., SLUZKI, C.E., VERON, E. & BENOIT, J.-C. (1980), *Changements systemiques en therapie familiale*, Paris, Editions ESF.
- HALLIDAY, A.M. (1968), "Computing techniques in neurological diagnosis", *British Medical Bulletin*, 24, 253-259.
- HAMMER, M. (1981), "Social supports, social networks, and schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 7, 45-57.
- HARDY, P. (1986), "Aspects cognitifs de la pathologie depressive", *Encyclopedie Medico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 9-37110 A" (fisa a 2-a), 1-3.
- HARE, E. (1983), "Was insanity on the increase?", *British Journal of Psychiatry*, 142, 439-455.
- HARLOW, H.F. (1958), "The nature of love", *The American Psychologist*, 13, 673-685.
- HARRIS, F.R., JOHNSTON, M.K., KELLY, C.S. & WOLF, M.M. (1964), "Effects of positive social reinforcement on regressed crawling of a nursery school child", *Journal of Educational Psychology*, 55, 35-41.
- HARRISON, S. (1970), "Is psychoanalysis «our science»? Reflections on the scientific status of psychoanalysis", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 125-149.
- HASPEL, K.C. & HARRIS, R.S. (1982), "Effect of tachistoscopic stimulation of subconscious oedipal wishes on competitive performance: a failure to replicate", *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 437-443.
- HEILBRUN, K.S. (1980), "Silverman's subliminal psychodynamic activation: A failure to replicate", *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 560-566.

- HELMAN, Z. (ed.) (1973), *Psychopathologie structurale. 1. Etudes et recherches*, Paris, Université de Lille III, Editions Universitaires.
- HELMAN, Z. (ed.) (1977), *Psychopathologie structurale. 2. Etudes et recherches*, Lille, Publications de l'Université de Lille III.
- HELMAN, Z. (ed.) (1980), *Psychopathologie structurale. 3. Structure et evolution*, Lille, Presses Universitaires de Lille.
- HELMAN, Z. (ed.) (1984), *Psychopathologie structurale. 4. Delire et vision en images*, Toulouse, Eres.
- HENDERSON, S., BYRNE, D.G. & DUNCAN-JONES, P. (1981), *Neurosis and the Social Environment*, Sidney, Academic Press.
- HEREFORD, S.M., CLELAND, C.C. & FELLNER, M. (1973), "Territoriality and scent-marking: a study of profoundly retarded enuretics and encopretics", *American Journal of Mental Deficiency*, 77, 426-430.
- HERNANDEZ-PEON, R., CHAVEZ-IBARRA, G. & AGUILAR-FIGUEROA, E. (1963), "Somatic evoked potentials in one case of hysterical anaesthesia", *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 15, 889-892.
- HEUYER, G. (1970), Preface, in Rouault de la Vigne, A., *Elements de psychopathologie medico-sociale*, vol. 1, *Ladulte*, Paris. Editions ESF.
- HOCH, P.H. (1972), *Differential Diagnosis in Clinical Psychiatry*, New York, Aronson.
- HONDA, Y. (1983), "DSM-III in Japan", in Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. & Skodol, A.E. (eds.), *International Perspectives on DSM-III*, 185-201, Washington, American Psychiatric Press.
- HONIGMANN, J.J. (1968), "The study of personality in primitive societies", in Norbeck, E., Price-Williams, D. & McCord, W.M. (eds.), *The Study of Personality. An Interdisciplinary Appraisal*, 246-276, New York, Hoit, Rinehart & Winston.
- HOOLEY, J.M., NEALE, J.M. & DAVISON, G.C. (eds.) (1989), *Readings in Abnormal Psychology*, New York, John Wiley and Sons.
- HORVATH, T., FRIEDMAN, J. & MEARES, R. (1980), "Attention in hysteria: a study of Janet's hypothesis by means of habituation and arousal measures", *American Journal of Psychiatry*, 137, 217-220.
- HOWARD, J.E. & DORFMAN, L.J. (1986), "Evoked potentials in hysteria and malin-gering", *Journal of Clinical Neurophysiology*, 3, 39-49.
- HOWELLS, J.G. (ed.) (1988), *Modern Perspectives in Psychosocial Pathology. Modern Perspectives in Psychiatry*, New York, Brunner/Mazel.
- HUBER, W. (1987), *La Psychologie clinique aujourd'hui*, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- HUI, C.H. & TRIANDIS, H.C. (1985), "Measurement in cross-cultural psychology. A review and comparison of strategies", *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 16, 131-152.
- HULL, C.L. (1943), *Principles of Behavior: An Introduction to Behavior Theory*, New York, Appleton-century company.
- HULL, C.L. (1964), *A behavior System. An introduction to behavior theory concerning the individual organism*, New York, Science Editions.
- HUTT, S.J. & HUTT, C. (eds.) (1970), *Behaviour Studies in Psychiatry*, Oxford, Pergamon Press.
- INGRAM, R.E. & KENDALL, P.C. (1986), "Cognitive clinical psychology: implications of an information processing perspective", in Ingram R.E. (ed.), *Information Processing Approaches to Clinical Psychology*, 3-21, Orlando, Fia, Academic Press.

- INOUE, E. (1972), „Genetics aspects of neurosis : a review", *International Journal of Mental Health*, 1, 176-189.
- IONESCU, Ș. (1989), „Psychologie, psychopathologie et sida", *Psychologie française*, 34, 113-126.
- IRVINE, S.H. & CARROLL, W.K. (1980), „Testing and assessment across cultures : issues in methodology and theory", in Triandis, H.C. & Berry, J.W. (eds.), *Handbook of Cross-Cultural Psychology. Methodology*, vol. 2, 181-244, Boston, Allyn & Bacon.
- ISHIYAMA, T., BATMAN, R. & HEWITT, E. (1967), „Let's be patients", *American Journal of Nursing*, 67, 569-571.
- IVANOV-SMOLENSKY, A.G. (1955), „Essais sur la physiopathologie de l'activité nerveuse supérieure", *La Raison*, 11-12.
- JABLENSKY, A., SCHWARZ, R. & TOMOV, T. (1980), „WHO collaborative study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, suppl. 285, 152-163.
- JAMES, W. (1890), *Principles of Psychology*, New York, H. Holt, Rinehart & Winston.
- JAMPALA, V.C., SIERLES, F.S. & TAYLOR, M.A. (1986), „A consumer's view of DSM-III: Attitudes and practices of U.S. psychiatrists and 1984 graduating psychiatric residents", *The American Journal of Psychiatry*, 143, 148-153.
- JAMPALA, V.C., SIERLES, F.S. & TAYLOR, M.A. (1988), „The use of DSM-III in the United States: a case of not going by the book", *Comprehensive Psychiatry*, 29, 39-47.
- JASNOSKI, M.L. (1984), „The ecosystemic perspective in clinical assessment and intervention", in O'Connor, W.A. & Lubin, B. (eds.), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 41-56, New York, John Wiley & Sons.
- JASPERS, K. (1928), *Psychopathologie generale*. Paris, Librairie Felix Alcan.
- JESTE, D.V., CARMEN, R., LOHR, J.B. & WYATT, R.J. (1985), „Did schizophrenia exist before the eighteenth century?", *Comprehensive Psychiatry*, 26, 493-503.
- JOHNSON, J.H. & SARASON, I.G. (1979), „Moderator variables in life stress research", in Sarason, I.G. & Spielberger, C.D. (eds.), *Stress and Anxiety*, vol. 6, 151-167, Washington, D.C., Hemisphere Publishing.
- JONES, E.E. (1978), „Black-White personality differences: another look", *Journal of Personality Assessment*, 42, 244-252.
- JONES, M. (1952), „Social psychiatry", *A Study of Therapeutic Communities*, London, Tavistock Publications.
- JUNI, S. & NELSON, S.P. (1984), „Minor tonality music preference and oral dependency", manuscrit nepublicat.
- KANTOR, J.R. (1924), *Principles of Psychology*, vol. 1, New York, Alfred A. Knopf.
- KAPLAN, B. (1967), „Meditations on genesis", *Human Development*, 10, 65-87.
- KAPLAN, B.J., FRIEDMAN, W.A. & GRAVENSTEIN, D. (1985), „Somatosensory evoked potentials in hysterical paraplegia", *Surgical Neurology*, 23, 502-506.
- KARNO, M., BURNAM, M.A., ESCOBAR, J.I., HOUGH, R.L. & EATON, W.W. (1983), „Development of the spanish-language version of the National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule", *Archives of General Psychiatry*, 40, 1183-1188.
- KAUFMAN, M.E. & LEVITT, H. (1965), „A study of three stereotyped behaviors in institutionalized mental defectives", *American Journal of Mental Deficiency*, 69, 467-473.

- KAYE, N. (1975), „The therapeutic value of three merging stimuli for male schizophrenics", teză de doctorat nepublicată, Yeshiva University.
- KAZDIN, A.E., FRENCH, N.H., UNIS, A.S., ESVELDT-DAWSON, K. & SHERICK, R.B. (1983), „Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 504-510.
- KEENEY, B.P. (1984), „An ecological epistemology for therapy", in O'Connor, W.A. & Lubin, B. (eds.), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 24-40, New York, John Wiley & Sons.
- KEITH, D.V. (1980), „Family therapy and lithium deficiency", *Journal of Marital and Family Therapy*, 6, 49-53.
- KELLY, G.A. (1955), *The Psychology of Personal Constructs*, New York, W.W. Norton.
- KENDALL, P.C. & HOLLON, S.D. (eds.) (1979), „Cognitive-behavioral interventions", *Theory, Research, and Procedures*, New York, Academic Press.
- KENDELL, R.E. (1982), „The choice of diagnostic criteria for biological research", *Archives of General Psychiatry*, 39, 1334-1339.
- KENNEDY, J.G. (1973), „Cultural psychiatry", in Honigsmann, J.J. (ed.), *Handbook of Social and Cultural Anthropology*, 1119-1198, Chicago, Rand McNally College Publishing Company.
- KENNEDY, J.L., GIUFFRÀ, L.A., MOISES, H.W., CAVALLI-SFORZA, L.L., PAKSTIS, A.J., KIDD, J.R., CASTIGLIONE, C.M., SJOGREN, B., WETTERBERG, L. & KIDD, K.K. (1988), „Evidence against linkage of schizophrenia to markers on chromosome 5 in a northern Swedish pedigree", *Nature*, 336(10), 167-170.
- KENNY, M.G. (1983), „Paradox lost: the lalab problem revisited", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 159-167.
- KERTZMAN, D. (1978), „Dependency, frustration tolerance, and impulse control in child-abusers", teză de doctorat nepublicată, State University of New York at Buffalo.
- KIEV, A. (1972), *Transcultural Psychiatry*, New York, Free Press.
- KIMMEL, H.D. (1971), *Experimental Psychopathology. Recent Research and Theory*, New York, Academic Press.
- KIMURA, B. (1971), „Struktur des Selbstbewusstseins bei Japaner in Spiegel der sogenannten «Anthropophobie»", *Transcultural Psychiatric Research Review*, 8, 129-130.
- KIPMAN, S.-D. (1989), *La Rigueur de l'intuition*, Paris, A.M. Metaille.
- KLERMAN, G.L. (1978), „The evolution of a scientific nosology", in Shershow, J.C. (ed.), *Schizophrenia. Science and Practice*, 99-121, Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- KLERMAN, G.L. (1985), „The significance of DSM-III in American psychiatry", in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 19-40, Paris, Masson.
- KLIGERMAN, M.J. & MCKEGNEY, F.P. (1971), „Patterns of psychiatric consultation in two general hospitals", *Psychiatry in Medicine*, 2, 126-132.
- KLINE, P. (1972), *Fact and Fantasy in Freudian Theory*, London, Methuen.
- KNIGHT, R.P. (1937), „The dynamics and treatment of chronic alcohol addiction", *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1, 233-250.
- KOFFKA, K. (1935), *Principles of Gestalt Psychology*, New York, Harcourt, Brace and World.
- KOHLER, W. (1947), *Gestalt Psychology, An Introduction to New Concepts in Modern Psychology*, New York, Liveright.
- KRANZ, H. & HEINRICH, K. (eds.) (1975), *Psychiatrische und ethologische Aspekte abnormen Verhaltens*, Stuttgart, Georg Thieme Verlag.

- KRUGER, A.K. (1954), „Direct and substitutive modes of tension-reduction in terms of developmental level: an experimental analysis by means of the Rorschach test”, *Dissertation Abstracts International*, 14, 1806 (University Microfilms nr. 00-09013).
- KRUPINSKI, J. (1979), „Urbanization and mental health: Psychiatric morbidity, suicide and violence in the State of Victoria”, *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 13, 139-145.
- KUHN, T.S. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago, University of Chicago Press.
- KUIPER, N.A., OLINGER, L.J. & MACDONALD, M.R. (1988), „Vulnerability and episodic cognitions in a self-worth contingency model of depression”, in Alloy, L.B. (ed.), *Cognitive Processes in Depression*, 289-309, New York, The Guilford Press.
- LABOVITZ, S. (1968), „Variation in suicide rates”, in Gibbs, J.P. (ed.), *Suicide*, 57-73, New York, Harper and Row.
- LACAN, J. (1956-1957), „Les Formations de l'inconscient”, *Bulletin de Psychologie*, 11 (4, 5) si 12 (2, 3, 4).
- LACAN, J. (1977), „Ouverture de la section clinique”, *Omicron*, 9, 7-14.
- LADER, M. & SARTORIUS, N. (1968), „Anxiety in patients with hysterical conversion symptoms”, *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 31, 490-495.
- LADOUCEUR, R., BOUCHARD, M.-A. & GRANGER, L. (1977), *Principes et applications des thérapies comportementales*, Paris, Maloine.
- LADRIERE, J. (1988), „Les sciences humaines et le problème de la scientificité”, in De Neuter, P. & Florence, J. (eds.), *Sciences et Psychanalyse*, 9-26, Bruxelles, De Boeck-Wesmael.
- LAGACHE, D. (1986), *La Foile du logis. La psychanalyse comme science exacte*, Paris, PUF.
- LAING, R.D. (1967), *The Politics of Experience*, New York, Pantheon Books.
- LANLANDE, A. (1980), *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris, PUF (ed. a 13-a).
- LAMB, H.R. (1979), „The new asylums in the community”, *Archives of General Psychiatry*, 36, 129-134.
- LANDY, D. (1985), „Pibloktoq (hysteria) and Inuit nutrition: possible implication of hypervitaminosis A”, *Social Science and Medicine*, 21, 173-185.
- LANG-P.J. & LAZOVIK, A.D. (1963), „Experimental desensitization of a phobia”, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 519-525.
- LANGER, E.J. (1978), „Rethinking the role of thought in social interaction”, in Harvey, J.H., Ickes, W. & Kidd, R.F. (eds.), *New Directions in Attribution Research*, vol. 2, 35-58, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.
- LANTIERI-LAURA, G. (1963), *La Psychiatrie phénoménologique. Fondements philosophiques*. Paris, PUF.
- LANTIERI-LAURA, G. (1966), „Les apports de la linguistique à la psychiatrie contemporaine”, rapport *la Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française*, Grenoble, septembre 1966.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. (1973), *Vocabulaire de la Psychanalyse*, Paris, PUF.
- LA RUE, A. & JARVIK, L.F. (1986), „Toward the prediction of dementias arising in the senium”, in Erlmeyer-Kimling, L. & Miller, N.E. (eds.), *Life-span Research on The Prediction of Psychopathology*, 261-274, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.

- LASZLO, E. (1972), *A Systems View of the World*, New York, G. Braziller.
- LAUBSCHER, B.J.F. (1937). *Sex, Custom and Psychopathology. A Study of South African Pagan Natives*, London, Routledge & Kegan Paul.
- LEBOVICI, S. & WEIL-HALPERN, F. (eds.) (1989), *Psychopathologie du bébé*, Paris, PUF.
- LEBOYER, M. (1985), *Autisme infantile. Faits et modèles*, Paris, PUF.
- LECOMTE, C. (1987a), „Mythes et réalités de l'éclectisme en psychothérapie”, in Lecomte, C. & Castonguay, L.G. (eds), *Rapprochement et intégration en psychothérapie. Psychanalyse, behaviorisme et humanisme*, 23-38, Chicoutimi, Gaetan Morin.
- LECOMTE, C. (1987b), „Et maintenant, que faire? Les psychothérapeutes face à l'éclectisme”, in Lecomte, C. & Castonguay, L.G. (eds), *Rapprochement et intégration en psychothérapie. Psychanalyse, behaviorisme et humanisme*, 207-221, Chicoutimi, Gaetan Morin.
- LEF.DUC, A. (1984), *Recherches sur le behaviorisme paradigmatique ou social*. Brossard, Oue. Editions Behaviora.
- LEE, I. & TYRER, P. (1980), „Responses of (hronic agoraphobics to subliminal and supraliminal phobic motion pictures”. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 168, 11 40
- LEE, I. TYRER, P. & HORN, S. (1983). „A comparison of subliminal, supraliminal and faded phobic cine-films in the treatment of agoraphobia”. *British Journal of Psychiatry*, 143, 356-361.
- LEFEBVRE, P., BARROIS, C. & BAZOT, M. (1985). „DSM-UI et psychiatrie initiale”. in Pichot, P. (ed.). *DSM-III et psychiatrie française*, 60-65, Paris, Masson.
- LEFEVRE, M., LEBOVICI, S. & JEAMMET, P. (1983), „L'application de la nouvelle classification amencaine dite DSM-III à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent”. *Psychiatrie de l'enfant*, 26, 459-505
- LEFF, J.P. (1974), „Transcultural influences on psychiatrists, rating of verbally expressed emotion”. *British Journal of Psychiatry*, 125, 336-340.
- LEGRAND, M. (1983), *Psychanalyse, science, société*, Bruxelles, Pierre Manica.
- LE GUEN, C., FLOURNOY, O., STENGERS, I. & GUILLAUMIN, J. (1989), *La Psychanalyse, une science ?*, Paris, Les Belles Lettres.
- LEIGHTON, A.H. (1959), *My Name is Legion. Foundations for a Theory of Man in Relation to Culture*. New York, Basic Books.
- LESSE, S. (1979), „Behavioral problems masking depression: Cultural and clinical survey”, *American Journal of Psychotherapy*, 33, 41-53.
- LESSER, R.P. (1985), „Psychogenic seizures”, in Pedley, T.A. & Meldrum, B.S. (eds.). *Recent Advances in Epilepsy*, nr. 2, Edinburgh, Churchill Livingstone.
- LETENDRE, R., MONAST, D. & PICOTTE, F. (1988), „Dynamique de l'expérience de l'hospitalisation en département interne de psychiatrie chez les 18-30 ans”, rapport unci ceretari subventionate de Conseil Quebecois de la Recherche Sociale, Université du Québec à Montréal.
- LEVEAU, J., GRIEZ, E. & MAZEL, J.-B. (1989). *Thérapies comportementales en psychiatrie*, Paris, Masson.
- LEVINE, J. & ZIGLER, E. (1973), „The essential-reactive distinction in alcoholism: A developmental approach”, *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 242-249.
- LEVI-STRAUSS, C. (1973), *Anthropologie structurale deux*, Paris, Pion.
- LEVY, L. (1974), „Social class and mental disorder”, *Psychiatrica Clinica*, 7, 271-286.

- LEVY, R. & BEHRMAN, J. (1970), „Cortical evoked responses in hysterical hemianesthesia", *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 29, 400-402.
- LEVY, R. & MUSHIN, J. (1973), „Somatosensory evoked responses in patients with hysterical anaesthesia", *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 81-84.
- LEVY, L. & ROWITZ, L. (1973), *The Ecology of Mental Disorder*, New York, Behavioral Publications.
- LEWIN, K. (1935), „A dynamic theory of personality", *Selected Papers*, New York, McGraw-Hill.
- LIDBERG, L., ÅSBERG, M. & SUNDQVIST-STENSMAN, U.B. (1984), „5-hydroxyindoleacetic acid levels in attempted suicides who have killed their children", *Lancet*, 2, 928.
- LIDBERG, L., TUCK, J.R., ÅSBERG, M., SCALIA-TOMBA, G.P. & BERTILSSON, L. (1985), „Homicide, suicide and CSF 5-HIAA", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 230-236.
- LIDZ, T. (1973), „Adolf Meyer - Psychobiologie et psychiatrie dynamique". *Confrontations Psychiatriques*, 6, 163-181.
- LIN, N., SIMEONE, R.S., ENSEL, W.M. & KUO, W. (1979), „Social support, stressful life events, and illness : a model and an empirical test", *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 108-119.
- LINDSLEY, D.B. (1951), „Emotion", in Stevens, S.S. (ed.), *Handbook of Experimental Psychology*, 473-516, New York, John Wiley & Sons.
- LINKOWSKI, P., VAN WETTERE, J.P., KERKHOFS, M., BRAUMAN, H. & MENDLEWICZ, J. (1983), „Thyrotrophin response to thyrostimulin in affectively ill women : relationship to suicidal behaviour", *British Journal of Psychiatry*, 143, 401-405.
- LINNOILA, M., VIRKKUNEN, M., SCHEININ, M., NUUTILA, A., RIMON, R. & GOODWIN, F.K. (1983), „Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior", *Life Sciences*, 33, 2609-2614.
- LJUNGBERG, L. (1957), „Hysteria: a clinical, prognostic and genetic study", *Acta Psychiatrica et Neurologica Kjøbenhavn*, suppl. 112.
- LYOTARD, J.-F. (1964), *La Phenomenologie*, Paris, PUF.
- MACKINNON, D.W. & DUKES, W.F. (1962), „Repression", in Postman, L. (ed.), *Psychology in the Making. Histories of Selected Research Problems*, 662-744, New York, Knopf.
- MACLEAN, P.D. (1973), *A Triune Concept of the Brain and Behaviour*, Toronto, University of Toronto Press.
- MACLEAN, P.D. (1974), „Bases neurologiques du comportement d'imitation chez le singe-ecureuil", in Morin, E. & Piatelli-Palmarini, M. (eds.), *L'Unité de l'homme*, 186-212, Paris, Editions du Seuil.
- MAGARO, P.A., JOHNSON, M.H. & BORING, R. (1986), „Information processing approaches to the treatment of schizophrenia", in Ingram, R.E. (ed.), *Information Processing Approaches to Clinical Psychology*, 283-304, Orlando, Fia, Academic Press.
- MAHER, B.A. (1966), *Principles of Psychopathology. An Experimental Approach*, New York, McGraw-Hill.
- MAI, F.M. & MERSKEY, H. (1981), „Briquet's concept of hysteria : an historical perspective", *Canadian Journal of Psychiatry*, 26, 57-63.
- MALMO, R.B. (1959), „Activation: a neuropsychological dimension", *Psychological Review*, 66, 367-386.

- MANCHANDA, R. & MERSKEY, H. (1989), „Hysteria", in Prasad, A.J. (ed.), *Biological Basis and Therapy of Neuroses*, 81-91, Boca Raton, Fia, CRC Press.
- MANDLER, J. (1975), *Mind and Emotion*, New York, John Wiley & Sons.
- MANNINO, F.V. & SHORE, M.F. (1984), „An ecological perspective on family intervention", in O'Connor, W.A. & Lubin, B. (eds.), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 75-93, New York, John Wiley & Sons.
- MARC, E. & PICARD, D. (1984), *L'Ecole de Palo Alto*, Editions Retz.
- MARCEL, A.J. (1983), „Conscious and unconscious perception : experiments on visual masking and word recognition". *Cognitive Psychology*, 15, 197-237.
- MARCELLI, D. & BRACONNIER, A. (1984), *Psychopathologie de l'adolescent*, Paris, Masson.
- MARCEU, Y. & CORNBLATT, B. (1986), „Children at high risk for schizophrenia: predictions from infancy to childhood functioning", in Erlenmeyer-Kimling, L. & Miller, W.F. (eds.), *Life-span Research on the Prediction of Psychopathology*, 81-110, Hillsdale, N.J., Laurence Erlbaum Associates.
- MARSDEN, C.D. (1986) „Hysteria: a neurologist's view". *Psychological Medicine*, 16, 277-288.
- MARSELLA, A.J. (1978), „Thoughts on cross-cultural studies on the epidemiology of depression". *Culture: Medicine and Psychiatry*, 2, 343-357.
- MARSELLA, A.J. (1979), „Cross-cultural studies of mental disorders", in Marsella, A.J., Tharp, R.G. & Ciborowski, T.J. (eds.), *Perspectives on Cross Cultural Psychology*, New York, Academic Press.
- MARSELLA, A.J. (1984), „An interactional model of psychopathology", in O'Connor W.A. & Lubin, B. (eds.), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 232-250, New York, John Wiley & Sons.
- MARSELLA, A.J., ESCUDERO, M. & GORDON, P. (1972), „Stresses, resources, and symptom patterns in urban Filipino men", in Lebra, W.P. (ed.), *Transcultural Research in Mental Health*, 148-171, Honolulu, The University Press of Hawaii.
- MARSELLA, A.J., ESCUDERO, M., & SANTIAGO, C. (1969), „Stresses, resources, and symptom patterns in urban Filipino men", comunicare prezentată la *Second Conference on Transcultural Mental Health Research in Asia and The Pacific*, University of Hawaii, Honolulu.
- MARSELLA, A.J., ESCUDERO, M. & BRENNAN, J. (1975), „Goal-striving discrepancy stress in urban Filipino men: II. Housing", *International Journal of Social Psychiatry*, 21, 282-291.
- MARSELLA, A.J. & SNYDER, K.K. (1981), „Stress, social supports, and schizophrenic disorders: Toward an interactional model", *Schizophrenia Bulletin*, 7, 152-163.
- MASLING, J. (ed.) (1983), *Empirical Studies of Psychoanalytical Theories*, vol. 1, Hillsdale, N.J., The Analytic Press.
- MASLING, J. (ed.) (1986), *Empirical Studies of Psychoanalytical Theories*, vol. 2, Hillsdale, N.J., The Analytic Press.
- MASLING, J. (1986), „Orality, pathology, and interpersonal behavior", in Masling, J. (ed.), *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*, vol. 2, 73-106, Hillsdale, N.J., The Analytic Press.
- MASLING, J., RABIE, L. & BLONDHEIM, S.H. (1967), „Obesity, level of aspiration, and Rorschach and TAT measures of oral dependence", *Journal of Consulting Psychology*, 31, 233-239.

- MASLING, J. & SCHWARTZ, M. (1979), „A critique of research in psychoanalytic theory”, *Genetic Psychology Monographs*, 100, 257-307.
- MASLOW, A. (1968), *Toward a Psychology of Being*, Princeton, N.J., Van Nostrand (ed. a 2-a).
- MASLOW, A.H. (1954), *Motivation and Personality*, New York, Harper & Row.
- MASLOW, A.H. (1969), „Existențial psychology. What's in it for us”, in May, R. (ed.), *Existential Psychology*, 49-57, New York, Random House (ed. a 2-a).
- MASSERMAN, J.H. (1946), *Principles of Dynamic Psychiatry. Including an Integrative Approach to Abnormal and Clinical Psychology*, Philadelphia. W.B. Saunders.
- MAY, R. (1950), *The Meaning of Anxiety*, New York, Ronald Press.
- MAY, R. (1953), *Mun's Search for Himself* New York, W.W. Norton & Company.
- MAY, R. (ed.) (1960a), *Existential Psychology*, New York, The American Orthopsychiatric Association.
- MAY, R. (ed.) (1960b), *Symbolism in Religion and Literature*, New York, G. Braziller.
- MAY, R. (1967a), *The Art of Counseling*, Nashville, Abingdon Press.
- MAY, R. (1967b), *Psychology and Human Dilemma*, Toronto, Van Nostrand.
- MAY, R. (1967c), *Existential Psychotherapy*, CBC Publications.
- MAY, R. (1969), *Love and W/*, New York, W.W. Norton & Company.
- MAY, R. (1971), *Psychologie Existentielle*, Paris, Epi Editeurs.
- MAY, R. (1972a), *Power and Innocence : A Search for the Sources for Violence*, New York, W.W. Norton and Company.
- MAY, R. (1972b), *Le Desir d'être. Psychotherapie existentielle*. Paris, Epi Editeurs.
- MAY, R., ANGEL, E. & ELLENBERGER, H.F. (eds.) (1958), *Existence. A New Dimension in Psychiat and Psychology*, New York, Basic Books.
- MAYER-GROSS, W. SLATER, E. & ROTH, M. (1954), *Clinical Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins.
- MAZET, P. & STOLERU, S. (1988), *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Paris, Masson.
- MCCUIRE, M.T. & FAIRBANKS, L.A. (eds.) (1977a), *Ethological Psychiatry. Psychopathology in the Context of Evolutionary Biology*, New York, Grune & Stratton.
- MCCUIRE, M.T. & FAIRBANKS, L.A. (1977b), „Ethology : psychiatry's bridge to behavior”, in McGuire, M.T. & Fairbanks, L.A. (eds.), *Ethological Psychiatry. Psychopathology in the Context of Evolutionary Biology*, 1-40, New York, Grune & Stratton.
- MEAD, G.H. (1934), *Mind, Self and Society. From the Standpoint of a Social Behaviorist*, Chicago, University of Chicago Press.
- MEARES, R. & HORVATH, T. (1972), „Acute» and «chronic- hysteria”, *British Journal of Psychiatry*, 121, 653-657.
- MECHANIC, D. & GREENLEY, J.R. (1976), „The prevalence of psychological distress and help-seeking in a college student population”, *Social Psychiatry*, 11, 1-14.
- MEDNICK, S.A. (1958), „A learning theory approach to research in schizophrenia”, *Psychological Bulletin*, 55, 316-327.
- MENDEL, G. (1968), *La Révolte contre le pere. Une introduction à la sociopsychanalyse*, Paris, Payot.
- MENDLEWICZ, J. (ed.) (1987), *Manuel de psychiatrie biologique*. Paris, Masson.
- MERSKEY, H. (1979), *The Analysis of Hysteria*, New York, Macmillan.
- MERSKEY, H. & BUHRICH, N.A. (1975), „Hysteria and organic brain disease”, *British Journal of Medical Psychology*, 48, 359-366.

- METALSKY, G.I., ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P., SEMMEL, A. PETERSON, C. (1982), „Attributional styles and life events in the classroom : vulnerability and invulnerability to depressive mood reactions”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 612-617.
- METALSKY, G.I. HALBERSTADT, L.J. & ABRAMSON, L.Y. (1987), „Vulnerability to depressive mood reactions : toward a more powerful test of the diathesis-stress and causal mediation components of the reformulated theory of depression”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 386-393.
- MEURICE, E. (1977), *Psychiatrie et vie sociale*, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- MEYER, R.G. (1989), *Cases in Developmental Psychology and Psychopathology*, Boston, Allyn & Bacon.
- MIKKELSEN, E.J., RAPOPORT, J.J., NEE, L., GRUENAU, C., MENDELSON, W. & GILLIN, J.C. (1980), „Childhood enuresis, I: sleep patterns and psychopathology”, *Archives of General Psychiatry*, 37, 1139-1144.
- MILES, M.B. & HUBERMAN, A.M. (1984), *Qualitative Data Analysis. A Source Book of New Methods*, Beverly Hills, Ca, Sage Publications.
- MILLER, G.A. (1962), *Psychology : The Science of Mental Life*, New York, Harper and Row.
- MILLER, J.M. (1973), „The effects of aggressive stimulation upon young adults who have experienced the death of a parent during childhood and adolescence”, teză de doctorat nepublicată, New York University.
- MILLER, L. (1984), „Neuropsychological concepts of somatoform disorders”, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 14, 31-46.
- MILLER, P.H. (1989), *Theories of Developmental Psychology*, New York, W.H. Freeman and Company (ed. a 2-a).
- MILLER, P.M. & INGHAM, J.G. (1976), „Friends, confidants and symptoms”, *Social Psychiatry*, 11, 51-58.
- MILLER, P.M., INGHAM, J.G. & DAVIDSON, S. (1976), „Life events, symptoms and social support”, *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 515, 522.
- MILLER, S., SACCUZZO, D.P. & BRAFF, D. (1979), „Information processing deficits in remitted schizophrenics”, *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 446-449.
- MILLER-JONES, D. (1989), „Culture and testing. Special Issue: children and their development: knowledge base, research agenda, and social policy application”, *American Psychologist*, 44, 360-366.
- MILLON, T. & DIESENHAUS, H.I. (1972), *Research Methods in Psychopathology*, New York, John Wiley & Sons.
- MINKOFF, K., BERGMAN, E., BECK, A.T. & BECK, R. (1973), „Hopelessness, depression, and attempted suicide”, *American Journal of Psychiatry*, 130, 455-459.
- MISCH, R.C. (1954), „The relationship of motoric inhibition to developmental level and ideational functioning : an analysis by means of the Rorschach test”, *Dissertation Abstracts International*, 14, 1810, (University Microfilms nr. 00-09016).
- MOLDOFSKY, H., & ENGLAND, R.S. (1975), „Facilitation of somatosensory average-evoked potentials in hysterical anesthesia and pain”, *Archives of General Psychiatry*, 32, 193-197.
- MOLLARD, E. & COTTRAUX, J. (1984), „L'agoraphobie”, in Fontaine, O., Cottiaux, J. & Ladouceur, R. (eds.), *Cliniques de therapie comportementale*, 41-60, Bruxelles, Pierre Mardaga.

- MOREL, P. (1983), „Dictionnaire biographique”, in Postei, J. & Quetel, C. (eds.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, 566-735, Toulouse, Privat.
- MOREY, L.C., SKINNER, H.A. & BLASHFIELD, R.K. (1984), „A typology of alcohol abusers: correlates and implications”, *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 408-417.
- MORUZZI, G. & MAGOUN, H.W. (1949), „Brain stem reticular formation and activation of the EEG”, *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 1, 455-473.
- MOUSTAKAS, C. (1966), *Existential Child Therapy. The Child's Discovery of Himself*, New York, Basic Books.
- MOWRER, O.H. (1950), „Learning Theory and Personality Dynamics”, *Selected papers*, New York, Ronald Press.
- MUCCHIELLI, R. (1966), *Introduction à la psychologie structurale*, Bruxelles, Dessart.
- MUCCHIELLI, A. & MUCCHIELLI, R. (1969), *Lexique des sciences sociales*, Paris, ESF.
- MUNOZ, P.E. (1983), „Psiquiatría social: Un punto de vista sobre el enfermar”, *Actas Liso-Españolas de Neurología y Psiquiatría v Ciencias Afines*, 11, 163-180.
- MUNOZ, P.E., VASQUEZ, J.L., PASTRANA, E., RODRIGUEZ, F. & ONECA, C. (1978), „Study of the validity of Goldberg's 60 item G.I.Q. in its Spanish version”, *Social Psychiatry*, 13, 99-104.
- MURPHY, I.M. (1978), „L'thno-psychiatrie, les psychoses”, *Encyclopedie Medico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 4-37725 A, 37 41.
- MURPHY, I.M. (1976), „Psychiatric libeling in crts-cultural perspective”, *Science*, 191, 1019-1028.
- MYERS, J.K., LINDENTHAL, J.J. & PEPPER, M.P. (1975), „Life events, social integration and psychiatric symptomatology”, *Journal of Health and Social Behavior*, 16, 421-427.
- MYERS, J.K., LINDENTHAL, J.J., PEPPER, M.P. & OSTRANDLER, D.R. (1972), „Life events and mental status: a longitudinal study”, *Journal of Health and Social Behavior*, 13, 398-406.
- MYERSON, A. (1940), „Book review: Mental disorders in urban areas. An ecological study of schizophrenia and other psychoses”, *American Journal of Psychiatry*, 96, 995-997.
- MYLET, M., STYFCO, S.J. & ZIGLER, E. (1979), „The interrelationship between self-image disparity and social competence, defensive style, and adjustment status”, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 553-560.
- NATHAN, T. (1986), *La Folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Dunod.
- NATHAN, T. (1988), *Le Sperme du diable. Elements d'ethnopsychiatrie*, Paris, PUF.
- NEISSER, U. (1967), *Cognitive Psychology*, New York, Appleton-Century-Crofts.
- NEISSER, U. (1976), *Cognition and Reality. Principles and Implications of Cognitive Psychology*, San Francisco, W.H. Freeman.
- NEWSTEAD, S.E. & DENNIS, I. (1979), „Lexical and grammatical processing of unshadowed messages: A re-examination of the Mackay effect”, *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 31, 477-488.
- NINAN, P.T., VAN KAMMEN, D.P., SCHEININ, M., LINNOILA, M., BUNNEY, W.E. (Jr.) & GOODWIN, F.K. (1984), „CSF 5-hydroxyindoleacetic acid levels in suicidal schizophrenic patients”, *American Journal of Psychiatry*, 141, 566-569.
- NISBETT, R.E. & WILSON, T.D. (1977), „Telling more than we can know: verbal reports on mental processes”, *Psychological Review*, 84, 231-259.

- NORGAARD, J.R., HANSEN, J.H., BUGGE NIELSEN, J.I., PETERSON, B.S., KNUDSEN, N. & DJURHUUS, J.C. (1985), „Simultaneous registration of sleep-stages and bladder activity in enuresis”, *Urology*, 26, 316-319.
- O'CONNOR, W.A. (1977), „Ecosystems theory and clinical mental health”, *Psychiatric Annals*, 7, 63-77.
- O'CONNOR, W.A. & DANIELS, S. (1979), „Psychosocial ecosystems: A multilevel model”, comunicare prezentată la *Annual Convention of the American Psychological Association* (ed. a 87-a, New York, 1-5 septembrie).
- O'CONNOR, W.A., KLASSEN, D.S. & O'CONNOR, K.S. (1979), „Evaluating human service programs: psychosocial method”, in Ahmed, P.I. & Coelho, G.V. (eds.), *Toward a New Definition of Health. Psychosocial Dimensions*, 361-387, New York, Plenum Press.
- O'CONNOR, W.A. & RAMCHANDANI, K. (1970), „Community mental health: Training for innovation”, *International Journal of Social Psychiatry*, 16, 194-200.
- ODEGÅRD, O. (1967), „Changes in the prognosis of functional psychoses since the days of Kraepelin”, *British Journal of Psychiatry*, 113, 813-822.
- OLIVIER, J.M. & BURKHAM, R. (1982), „Subliminal psychodynamic activation in depression: A failure to replicate”, *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 337-342.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1958), „Psiquiatría social y actitudes de la colectividad”, *Serie Informes Tecnicos*, 177, OMS, Geneva.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1973), *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*, vol. I, Geneva, Organisation Mondiale de la Santé.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1974), *Le Suicide et les tentatives de suicide*, Geneva, Organisation Mondiale de la Santé, *Cahiers de Santé Publique* nr. 58.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977), *La Schizophrenie: Etude multinationale. Resume de la phase d'évaluation initiale de l'étude pilote internationale sur la schizophrénie*, Geneva, Organisation Mondiale de la Santé.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1978), *Troubles mentaux: Glossaire et guide de classification en concordance avec la Neuvieme Revision de la Classification internationale des Maladies*, Geneva, Organisation Mondiale de la Santé.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1979), *Schizophrenia. An International Follow-up Study*, Chichester, John Wiley & Sons.
- OTTOSSON, J.O. & PERRIS, C. (1973), „Multidimensional classification of mental disorders”, *Psychological Medicine*, 3, 238-243.
- PANIAGUA, C. (1987), „Can clinical psychoanalysis be scientific?”, *American Journal of Psychotherapy*, 41, 104-116.
- PASAMANICK, B. & KNOBLOCH, H. (1966), „Retrospective Studies on the Epidemiology of Reproductive Casualty: Old and New”, *Merrill-Palmer Quarterly*, 12, 7-26.
- PATTISON, E.M. (1973), „Social system psychotherapy”, *American Journal of Psychotherapy*, 17, 396-409.
- PATTISON, E.M. (1976), „Psychosocial system therapy”, in Hirschowitz, R.G. & Levy, B. (eds.), *The Changing Mental Health Scene*, 127-152, New York, Spectrum.
- PATTISON, E.M. (1977), „A theoretical-empirical base for social system therapy”, in Foulks, E.F., Wintrob, R.M., Westermeyer, J. & Favazza, A.R. (eds.), *Current Perspectives in Cultural Psychiatry*, 213-253, New York, Spectrum.

- PATTISON, E.M. & HURD, G.S. (1984), „The social network paradigm as a basis for social intervention strategies”, in O'Connor, W.A. & Lubin, B. (eds.), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 145-185, New York, John Wiley & Sons.
- PATTON, M.Q. (1983), *Qualitative Evaluation Methods*, Beverly Hills, Ca, Sage Publications.
- PAUL, G.L. & BERNSTEIN, D.A. (1973), *Anxiety and Clinical Problems. Systematic Desensitization and Related Techniques*, New York, General Learning Press.
- PAVLOV, I.P. (1941), *Conditioned Reflexes and Psychiatry*, New York, International Publishers.
- PELICIER, Y. (1987), Prezentarea ediției franceze, in Binswanger, L. (ed.), *Melancolie et manie. Etudes phenomenologiques*, Paris, PUF
- PELLET, J., LANG, F. & DIGONNET, C. (1985), „DSM-III et troubles anxieux”, in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 91-98, Paris, Masson.
- PELLETIER, R., VAN GJSEGHEN, H. & BEAUDRY, J. (1990), *Psychanalyse: Vision du monde ?*, Montreal, Meridien.
- PELSER, R. (1989), *Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Boucherville, ed. Gaetan Morin.
- PERE DE LOS COBOS, J.Z., LOPEZ-IBOR ALINO, J.J. & SAIZ RIÑIZ, J. (1984), „Correlatos biológicos del suicidio y la agresividad en depresiones mayores (con melancolia)”. vHIAA en LCR. DST y respuesta terapeutica a 5-HTP”. comunicare prezentată ti F (ongress of the Spanish Society for Biological Psychiatry, Barcelona. 17-19 octombrie
- PERUCCI, K. (1974), *CineofMadness. On Biting Insane and Institutionalized in America*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- PETERSON, C. & SELIGMAN, M.E.P. (1984), „Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence”, *Psychological Review*, 91, 347-374
- PETERSON, C., SEMMEL, A., VON BAEYER, C., ABRAMSON, L.Y., METALSKY, G. & SELIGMAN, M.E.P. (1982), „The attributional style questionnaire”. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287-299.
- PETRIE, K. & CHAMBERLAIN, K. (1983), „Hopelessness and social desirability as moderator variables in predicting suicidal behavior”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 485-487.
- PETROVA, M.K. (1945), Ob eksperimental'nykh fobliakh. *Trudy Fiziolgicheskikh Laboratorii Imeni I.P. Pavlova*, 12, 5-32.
- PHILLIPS, L. (1968), *Human Adaptation and Its Failures*, New York, Academic Press.
- PHILLIPS, L., BROVERMAN, I.K. & ZIGLER, E. (1966), „Social competence and psychiatric diagnosis”, *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 209-214.
- PHILLIPS, L., BROVERMAN, I.K. & ZIGLER, E. (1968), „Sphere dominance, role orientation, and diagnosis”, *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 306-312.
- PHILLIPS, L. & RABINOVITCH, M.S. (1958), „Social role and patterns of symptomatic behaviors”, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 57, 181-186.
- PHILLIPS, L. & ZIGLER, E. (1961), „Social competence: the action-thought parameter and vicariousness in normal and pathological behavior”, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 137-146.
- PIAGET, J. (1970), *Le Structuralisme*, Paris, PUF (ed. a 4-a).
- PICHOT, P. (1981), Allocution. Symposium regional „Psychiatrie et culture”, organise par l'Association mondiale de Psychiatrie et la Societe de Psychopathologie et d'Hygiene mentale de Dakar (Dakar, 6-9 aprilie), *Psychopathologie Africaine*, XXVII, nr. 1-2-3, 11-15.

- PICHOT, P. (1985), Preface, in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, V-VI, Paris, Masson.
- PICHOT, P. (1987), „Classifications nosologiques et evaluation en psychiatrie biologique”, in Mendlewicz, J. (ed.), *Manuel de psychiatrie biologique*, 3-10, Paris, Masson.
- PICHOT, P. & GUELF, J.D. (1985), „DSM-III devant la psychopathologie française”, in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 1-6, Paris, Masson.
- PINE, F. & LEVINSON, D.J. (1961), „A sociopsychological conception of patienthood”, *International Journal of Social Psychiatry*, 7, 106-122.
- PLUYMAEKERS, J. (ed.) (1989), *Familles, institutions et approche systemique*, Paris, ESF.
- POPPER, K. (1973), *La logique de la decouverte scientifique*, Paris, Payot
- PORTERFIELD, A.L. & GOLDING, S.L. (1985), „Failure to find effect of subliminal psychodynamic activation upon cognitive measures of pathology in schizophrenia”, *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 630-639.
- POST, R.M., BALLENGER, J.C. & GOODWIN, F.K. (1980), „Cerebrospinal fluid studies of neurotransmitter function in mania and depressive illness”, in Wood, J.H. (ed.), *Neurobiology of Cerebrospinal Fluid*, 1, 685-717, New York, Plenum Press.
- POSTEL, J. & QUETEL, C. (eds.) (1983), *Nouvelle Histoire de la psychiatrie*, Toulouse, Privat.
- PRANGE, A.J. (Jr), WILSON, I.C., LYNN, C.W., A LI TOP, L.B. & STIKELATHER, R.A. (1974), „L-tryptophan in mania: contribution to a permissive hypothesis of affective disorders”, *Archives of General Psychiatry*, 30, 56-62.
- PRICE, R.H. (1978), *Abnormal Behavior. Perspectives in Conflict*, New York, Hoit, Rinehart & Winston (ed. a 2-a).
- PRINCE, R. (1968), „The changing picture of depressive syndromes in Africa: is it fad or diagnostic fashion?”, *Canadian Journal of African Studies*, 1, 177-192.
- PRINCE, R. & TCHENG-LAROCHE, F. (1987), „Culture-bound syndromes and international disease classifications”, *Culture, Medicine & Psychiatry*, 11, 3-19.
- PROVOST, M.A. (1985), „Perspective historique de l'ethologie”, in Tremblay, R.E., Provost, M.A. & Strayer, F.F. (eds.), *Ethologie et developpement de l'enfant*, 29-40, Paris, Stock/Laurence Peroud.
- PRUGH, D.G., STAUB, E.M., SANDS, H.H., KIRSCHBAUM, R.M. & LENIHAN, E.A. (1953), „A study of the emotional reactions of children and families to hospitalization and illness”, *American Journal of Orthopsychiatry*, 23, 70-106.
- PULL, C.B. & BOYER, P. (1985), „Automatisation du DSM-III”, in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 66-75, Paris, Masson.
- PULL, C.B., PULL, M.C. & PICHOT, P. (1981), „LICET-S: Une Liste Integree de Criteres d'Evaluation Taxinomique pour les psychoses non-affectives”, *Journal de Psychiatrie Biologique et Therapeutique*, 1, 33-37.
- PULL, C.B., PULL, M.C. & PICHOT, P. (1984), „LICET-D: Une liste Integree de Criteres d'Evaluation Taxinomique pour les Depressions”, *Psychologie Medicale*, 16, 125-131.
- QUADAGNO, J.S. & ANTONIO, R.J. (1975), „Labeling theory as an oversocialized conception of man: the case of mental illness”, *Sociology and Social Research*, 60, 33-45.
- QUAY, H.C. & WERRY, J.S. (1986), *Psychopathological Disorders of Childhood*, New York, John Wiley & Sons (ed. a 3-a).



- RACHMAN, S. (1963), "Introduction to behaviour therapy", *Behaviour Research and Therapy* 1, 3-15.
- RASKIN, A. & GOLOB, R. (1966), "Occurrence of sex and social class differences in premorbid competence, symptom and outcome measures in acute schizophrenics", *Psychological Reports*, 18, 11-22.
- REBER, A.S. (1985), *The Penguin Dictionary of Psychology*, London, Penguin Books.
- REDLICH, F.C., HOLLINGSHEAD, A.B., ROBERTS, B.H., ROBINSON, H.A., FREEDMAN, L.Z. & MYERS, J.K. (1953), "Social structure and psychiatric disorders", *American Journal of Psychiatry*, 109, 729-734.
- REED, G. (1974), *The Psychology of Anomalous Experience*, Boston, Houghton Mifflin.
- RENNIE, T.A.C. (1955), "Social psychiatry - a definition", *International Journal of Social Psychiatry*, 1, 5-13.
- REUCHLIN, M. (1972), *Histoire de la psychologie*, Paris, PUF.
- REUCHLIN, M. (1972-1973), "Clinique et verification", *Bulletin de Psychologie*, 26, 550-563.
- REUCHLIN, M. (1973), *Les Methodes en psychologie*, Paris, PUF.
- REUCHLIN, M. (1981), *Psychologie*, Paris, PUF. (ed. a 4-a).
- RHEINBERGER, M.B. & JASPER, H.H. (1937), "Electrical activity of the cerebral cortex in the unanesthetized cat". *American Journal of Physiology*, 119, 186-196.
- RICHELLE, M. (1973), *Le Conditionnement operant. Une Introduction et un guide à la recherche de laboratoire*, Neuchâtel, Delachaux et Niestle (ed. a 2-a).
- RICCEUR, P. (1965), *De l'interprétation. Essai sur Freud*, Paris, Le Seuil.
- RIDDLE, M.A. & CHO, S.C. (1989), "Elimination disorders", in American Psychiatric Association Task Force on Treatments of Psychiatric Disorders (ed.), *Treatments of Psychiatric Disorders*, vol. 1, 717-730, Washington, American Psychiatric Association.
- RIESMAN, D. (1966), *La Foule solitaire. Anatomie de la société moderne*, Paris, Arthaud.
- RIN, H. (1965), "A study of the aetiology of koro in respect to the chinese concept of illness", *The International Journal of Social Psychology*, 11, 7-13.
- RISLEY, T.R. (1968), "The effects and side effects of punishing the antisocial behaviors of a deviant child", *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 21-34.
- ROBERT, M. (1988), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, St-Hyacinthe, Que., Edisem.
- ROBINS, L.N., HELZER, J.E., CROUGHAN, J. & RATCLIFF, K.S. (1981), "National Institute of Mental Health Diagnostic Schedule : Its history, characteristics, and validity", *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- ROBINSON, P.W. (1976), *Fundamentals of Experimental Psychology. A Comparative Approach*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- ROGERS, C.R. (1951), *Client-centered Therapy. Its Current Practice, Implications and Theory*, Boston, Houghton Mifflin.
- ROGERS, C.R. & DYMOND, R.F. (eds.), *Psychotherapy and Personality Change. Coordinate Research Studies in the Client-centered Approach*, Chicago, University of Chicago Press.
- ROLF, J.E. (1972), "The social and academic competence of children vulnerable to schizophrenia and other behavior pathologies", *Journal of Abnormal Psychology*, 80, 225-243.
- ROSEN, G. (1971), "History in the study of suicide", *Psychological Medicine*, 1, 267-285.
- ROSENHAN, D.L. (1973), "On being sane in insane places", *Science*, 179, 250-258.
- ROSENHAN, D.L. & SELIGMAN, M.E.P. (1989), *Abnormal Psychology*, New York, Norton (ed. a 2-a).

- ROSENTHAL, I.S. (1926), "Forme nouvelle de différenciation de l'excitant conditionnel cutané mécanique", *Trudy Fiziolohicheskikh Laboratorii imeni I.P. Pavlova*, 1, F. 2, 3.
- ROUANET, H. (1983), "Modèles en tous genres et platiques statistiques", in Actes du Colloque : *Comprendre l'homme, construire des modèles, Les Modèles implicites et explicites en psychologie*, 55-64, Paris, Société Française de Psychologie.
- ROUAULT DE LA VIGNE, A. (1970), *Elements de psychopathologie medico-sociale*, vol. 1. *L'Adulte*, Paris, ESF.
- ROUAULT DE LA VIGNE, A. (1970), *Elements de psychopathologie medico-sociale*, vol. 2. *L'Enfant*, Paris, ESF.
- ROY BYRNE, P., POST, R.M., RUBINOW, D.R., LINNOILA, M., SAVARD, R. & DAVIS, D. (1983), "CSF 5-HIAA and personal and family history of suicide in affectively ill patients: a negative study", *Psychiatry Research*, 10, 263-274.
- RUDI, R.R. & MCGAUGHRAN, L.S. (1961), "Differences in developmental experience, defensiveness, and personality organization between two classes of problem drinkers", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62, 659-665.
- RUSSELL, P.N. & BEEKIULS, M.E. (1976), "Organization in memory : a comparison of psychotics and normals", *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 527-534.
- RUTIER, M. & GARMILZY, N. (1983), "Developmental psychopathology", in Hethenngton, E.M. (ed.), *Handbook of Ou/d Psychology*, vol. 4: *Socialization. Personality. and Social Development*, 775-911, New York, John Wiley & Sons.
- RUTIER, M., LEBOVICL, S., EISENBERG, L., SNEZNEVSKIJ, A.V., SADOON, R., BROOKE, E. & LIN, T.Y. (1969), "A tri-axial classification of mental disorders in childhood. An international study", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 10, 41-61.
- RUTTER, M., SHAFFER, D. & SHEPHERD, M. (1973), "An evaluation of the proposal for a multi-axial classification of child psychiatric disorders", *Psychological Medicine*, 3, 244-250.
- SABOURIN, M. (1988), "Methodes d'acquisition des connaissances", in Robert, M. (ed.), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, 37-58, St-Hyacinthe, Que., Edisem (ed. a 3-a).
- SACCUZZO, D.P. (1977), "Bridges between schizophrenia and gerontology : generalized or specific deficits", *Psychological Bulletin*, 84, 595-600.
- SACCUZZO, D.P. & BRAFF, D.L. (1981), "Early information processing deficit in schizophrenia: new findings using schizophrenic subgroups and manic controls subjects", *Archives of General Psychiatry*, 38, 175-179.
- SACCUZZO, D.P., HIRT, M. & SPENCER, T.J. (1974), "Backward masking as a measure of attention in schizophrenia", *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 512-522.
- SACCUZZO, D.P. & SCHUBERT, D.L. (1981), "Backward masking as a measure of slow processing in schizophrenia spectrum disorders", *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 305-312.
- SAINSBURY, P. (1986), "Epidemiology of suicide", in Roy, A. (ed.), *Suicide*, 17-40, Baltimore, Williams and Wilkins.
- SAMITCA, D.C. (1982), "L'influence des facteurs socio-culturels sur la demande en soins psychiatriques", *Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie*, 130, 159-177.
- SAMUEL-LAJEUNESSE, B. (1985), *DSM-III et psychiatrie française. Rapport de synthèse*, in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 160-167, Paris, Masson.

- SANES, J. & ZIGLER, E. (1971), „Premorbid social competence in schizophrenia”, *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 140-144.
- SANTOSTEFANO, S. (1970), „Assessment of motives in children”, *Psychological Reports*, 26, 639-649.
- SARASON, I.G. & SARASON, B.R. (1989), *Abnormal Psychology. The Problem of Maladaptive Behavior*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall (ed. a 6-a).
- SARTORIUS, N. (1973), „Culture and the epidemiology of depression”, *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia*, 76, 479-487.
- SARTORIUS, N., DAVIDIAN, H., ERNBERG, G., FENTON, F.R., FUJII, L., GASTPAR, M., GULBINAT, W., JABLENSKY, A., KIELHOLZ, R., LEHMANN, H.E., NARAGHI, M., SHIMIZU, M., SHINFUKU, N. & TAKAHASHI, R. (1983), *Les Troubles depressifs dans différents contextes culturels. Rapport de l'étude collective OMS sur l'évaluation normalisée des troubles dépressifs*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé.
- SARTORIUS, N., JABLENSKY, A., ERNBERG, G., LEFF, J., KORTEN, A. & GULBINAT, W. (1987), „Course of schizophrenia in different countries: some results of a WHO international comparative 5-year follow-up study”, in Häfner, H., Gattaz, W.F. & Janzarik, W. (eds.), *Search for the Causes of Schizophrenia*, 107-113, Berlin, Springer-Verlag.
- SARTORIUS, N., JABLENSKY, A., KORTEN, A., ERNBERG, G., ANKER, M., COOPER, J.E. & DAY, R. (1986), „Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO collaborative study on determinants of outcome of severe mental disorders”, *Psychological Medicine*, 16, 909-928.
- SARTRE, J.-P. (1943), *L'Être et le Néant. Essai d'ontologie phénoménologique*, Paris, Gallimard.
- SAUCIER, J.-F. (1990), „La psychanalyse est-elle une idéologie ou une science?”, in Pelletier, R., Van Gijseghem, H. & Beaudry, J. (eds.), *Psychanalyse: Vision du monde*, 23-26, Montreal, Meridien.
- SCHÄPPI, R. (1979), „Un psychiatre face à l'ethologie”, *Archives de Psychologie*, 47, 61-84.
- SCHIFF, T. (1966), *Being Mentally Ill. A Sociological Theory*, Chicago, Aldine.
- SCHEFF, T.J. (1979), „Reply to comment by Horwitz”, *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 305-306.
- SCHOPLER, E. & MESIBOV, G.B. (eds.) (1987), *Neurobiological Issues in Autism*, New York, Plenum Press.
- SCHULSINGER, F., KETY, S.S., ROSENTHAL, D. & WENDER, P.H. (1979), „A family study of suicide”, in Schou, M., Stromgren, E. (eds.), *Origin, Prevention and Treatment of Affective Disorders*, 211-291, London, Academic Press.
- SESVALL, G., FYRO, B., GULLBERG, B., NYBACK, H., WIESEL, F.-A. & WODE-HELGODT, B. (1980), „Relationships in healthy volunteers between concentrations of monoamine metabolites in cerebrospinal fluid and family history of psychiatric morbidity”, *British Journal of Psychiatry*, 136, 366-374.
- SEIFERT, J.A., DRAGUNS, J.G. & CAUDILL, W. (1971), „Role orientation, sphere dominance, and social competence as basis of psychiatric diagnosis in Japan: a replication and extension of american findings”, *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 101-106.
- SELIGMAN, M.E.P. (1974), „Depression and learned helplessness”, in Friedman, R.J. & Katz, M.M. (eds.), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*, 83-125, New York, John Wiley & Sons.

- SELIGMAN, M.E.P. (1975), *Helplessness. On Depression, Development and Death*, San Francisco, W.H. Freeman.
- SELIGMAN, M.E.P., ABRAMSON, L.Y., SEMMEL, A. & VON BAEYER, C. (1979), „Depressive attributional style”, *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- SELYE, H. (1936), „A syndrome produced by diverse noxious agents”, *Nature*, 138, 32.
- SELYE, H. (1962), *Le Stress de la vie. Le problème de l'adaptation*, Paris, Gallimard.
- SELYE, H. (1978), *The Stress of Life*, New York, McGraw-Hill.
- SERON, X., LAMBERT, J.-L. & VAN DER LINDEN, M. (1977), *La Modification du comportement. Théorie, pratique, éthique*. Bruxelles, Dessart et Mardaga.
- SHAPIRO, M.B. (1951), „An experimental approach to diagnostic psychological testing”, *Journal of Mental Science*, 97, 748-764.
- SHERRINGTON, R., BRYNJOLFSSON, J., PETURSSON, H., POTTER, M., DUDLESTON, K., BARRACLOUGH, B., WASMUTH, J., DOBBS, M. & GURLING, H. (1988), „Localization of a susceptibility locus for schizophrenia on chromosome 5”, *Nature*, 336, 164-167.
- SHEVRIN, H. & DICKMAN, S. (1980), „The psychological unconscious: a necessary assumption for all psychological theory?”, *American Psychologist*, 35, 421-434.
- SHIELDS, J. (1982), „Genetical studies of hysterical disorders”, in Roy, A. (ed.), *Hysteria*, 41-56, Chichester, John Wiley & Sons.
- SHILKRET, C.J. & MASLING, J. (1981), „Oral dependence and dependent behavior”, *Journal of Personality Assessment*, 45, 125-129.
- SHOBEN, E.J. (Jr.) (1949), „Psychotherapy as a problem in learning theory”, *Psychological Bulletin*, 46, 366-392.
- SHORE, J.H., KINZIE, J.D., HAMPSON, J.L. & PATTISON, E.M. (1973), „Psychiatric epidemiology of an Indian village”, *Psychiatry*, 36, 70-81.
- SIEGLER, M. & OSMOND, H. (1974), *Models of Madness, Models of Medicine*, New York, Macmillan.
- SILVERMAN, L.H. (1980), „A comprehensive report of studies using the subliminal psychodynamic activation method”, *Psychological Research Bulletin*, 20, 1-22.
- SILVERMAN, L.H. (1983), „The subliminal psychodynamic activation method: Overview and comprehensive listing of studies”, in Mastin, J. (ed.), *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*, vol. 1, 69-100, Hillsdale, N.J., The Analytic Press.
- SILVERMAN, L.H. (1984), „Further comments on subliminal psychodynamic activation studies (revised)”, manuscript nupublicat (disponibil la Department of Psychology, New York University, 6 Washington Place, New York, 10003).
- SILVERMAN, L.H. (1985), „Comments on three recent subliminal psychodynamic activation investigations”, *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 640-643.
- SILVERMAN, L.H., BRONSTEIN, A. & MENDELSON, E. (1976), „The further use of the subliminal psychodynamic activation method for the experimental study of the clinical theory of psychoanalysis: on the specificity of the relationship between symptoms and unconscious conflicts”, *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 13, 2-16.
- SILVERMAN, L.H. & CANDELL, P. (1970), „On the relationship between aggressive activation, symbiotic merging, intactness of body boundaries, and manifest pathology in schizophrenics”, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 150, 387-399.
- SILVERMAN, L.H., KLINGER, H., LUSTBADER, L., FARRELL, J. & MARTIN, A.D. (1972), „The effects of subliminal driver stimulation on the speech of stutterers”, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 155, 14-21.

- SILVERMAN, L.H., KWAWER, J.S., WOLITZKY, C. & CORON, M. (1973), „An experimental study of aspects of the psychoanalytic theory of male homosexuality”, *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 178-188.
- SILVERMAN, L.H., MARTIN, A., UNGARO, R. & MENDELSON, E. (1978), „Effect on subliminal stimulation of symbiotic fantasies on behavior modification treatment of obesity”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 432-441.
- SILVERMAN, L.H. & SPIRO, R.H. (1968), „The effects of subliminal, supraliminal and vocalized aggression on the ego functioning of schizophrenics”, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 146, 50-61.
- SIMON, W. & GAGNON, J.H. (1976), „The anomie of affluence: a post-Mertonian conception”, *American Journal of Sociology*, 32, 356-378.
- SIMONS, R.C. (1980), „The resolution of the lath paradox”, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 195-206.
- SIMONS, R.C. (1987), „A feasible and timely enterprise: commentary on «Culture-bound syndromes and international disease classifications», by Raymond Prince and Françoise Tchong-Laroche”, *Cult. lire. Mediane and Psychiatry*, 11, 21-28.
- SIMONS, R.C. & HUGUES, C.C. (1985), *The Culture-bound Syndromes. Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht, D. Reidel Publishing Company.
- SIMPSON, M.A. (ed.) (1980), *Psycholinguistics in Clinical Practice*. New York, Irvington.
- SIMS, A. (1988), *Symptoms in the Mind. An Introduction to Descriptive Psychopathology*, Philadelphia, Pa., Bailliere Tindall Publishers.
- SINGER, L. (1985), „DSM-III a recherche psychiatrique”, in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatric française*. 81-90. Paris, Masson.
- SIOMOPOULOS, V. (1983), *The Stricture of Psychopathological Experience*, New York. Brunner/Maze!
- SIVADON, P. (1979), Preface, in Demaret, A., *Ethologie et psychiatrie. Valeur de survie et phyllogénese des maladies mentales*, 7-13, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- SKINNHRR, B.F. (1953), *Science and Human Behavior*, New York, Macmillan.
- SKINNER, B.F. (1971), *L'Analyse expérimentale du comportement. Un essai théorique*. Bruxelles, C. Dessart.
- SKODOL, A.E. & SPITZER, R.L. (1985), „DSM-III: Rationales, basic concepts, and some differences from ICD-9”, in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 7-18, Paris, Masson.
- SLATER, E. (1961), „Hysteria 311”, *Journal of Mental Science*, 107, 359-381.
- SLATER, E. (1965), „Diagnosis of «hysteria»”, *British Medical Journal*, 1, 1395-1399.
- SLATER, E.T.O. & GLITHERO, E. (1965), „A follow-up of patients diagnosed as suffering from «hysteria»”, *Journal of Psychosomatic Research*, 9, 9-13.
- SMITH, M.A., CHETHIK, M. & ADELSON, E. (1969), „Differential assessments of «blindisms»”, *American Journal of Orthopsychiatry*, 39, 807-817.
- SMITH, E.R. & MILLER, F.D. (1978), „Limits on perception of cognitive processes: a reply to Nisbett and Wilson”, *Psychological Review*, 85, 355-362.
- SOMMER, R. & WITNEY G. (1961), „The chain of chronicity”, *American Journal of Psychiatry*, 118, 111-117.
- SOUTHARD, E.E. (1917), „Alienists and psychiatrists: Notes on divisions and nomenclature of mental hygiene”, *Mental Hygiene*, 1, 567-571.
- SPITZER, R.L. (1985), Introduction, in American Psychiatric Association, *DSM-III, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 3-16, Paris, Masson.

- SPITZER, R.L. & FLEISS, J.L. (1974), „A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis”, *British Journal of Psychiatry*, 125, 341-347.
- SPITZER, R.L. & WILLIAMS, J.B.W. (1988), „Having a dream: a research strategy for DSM-IV”, *Archives of General Psychiatry*, 45, 871-874.
- SPITZER, R.L. & WILLIAMS, J.B.W. (1989a), Introduction, in American Psychiatric Association, *DSM-III-R, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, XIX-XXX, Paris, Masson.
- SPITZER, R.L. & WILLIAMS, J.B.W. (1989b), „In reply” (scrisoare către editor), *Archives of General Psychiatry*, 46, 959-960.
- SROLE, L. & FISCHER, A.K. (1986), „Gender, generations, and well-being: the midtown Manhattan longitudinal study”, in Erlenmeyer-Kimling, L. & Miller, N.E. (eds.), *Life-span Research on the Prediction of Psychopathology*, 223-237, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.
- SROLE, L., LANGNER, T.S., MICHAEL, S.T., OPLER, M.K. & RENNIE, T.A.C. (1962), *Mental Health in the Metropolis. The Midtown Manhattan Study*, New York, McGraw-Hill.
- SROUFE, L.A. & RUTTER, M. (1984), „The domain of developmental psychopathology”, *Child Development*, 55, 17-29.
- STAATS, A.W. (1957), „Learning theory and «opposite speech»”, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 55, 268-269.
- STAATS, A.W. (1963), *Complex Human Behavior. A Systematic Extension of Learning Principles*, New York, Hoit, Rinehart & Winston.
- STAATS, A.W. (ed.) (1964), *Human Learning. Studies Extending Conditioning Principles to Complex Behavior*, New York, Hoit, Rinehart & Winston.
- STAATS, A.W. (1968), *Learning, Language, and Cognition. Theory, Research, and Method for the Study of Human Behavior and Its Development*, New York, Hoit, Rinehart & Winston.
- STAATS, A.W. (1971), *Child Learning, Intelligence, and Personality. Principles of a Behavioral Interaction Approach*, New York, Harper & Row.
- STAATS, A.W. (1973), „Behavior analysis and token reinforcement in educational behavior modification and curriculum research”, in Thoresen, C.E. (ed.), *Behavior modification in education. The Seventy-second Yearbook of the National Society for the Study of Education*, parta I, 195-229, Chicago, University of Chicago Press.
- STAATS, A.W. (1975), *Social Behaviorism*, Homewood, Ill., The Dorsey Press.
- STAATS, A.W. (1983), *Psychology's Crisis of Disunity. Philosophy and Method for a Unified Science*, New York, Praeger.
- STAATS, A.W. (1986), *Behaviorisme Social*, Brossard, Que., Editions Behaviora.
- STACHOWIAK, J. & BRIGGS, S.L. (1984), „Ecosystemic therapy: a treatment perspective”, in O'Connor, W.A. & Lubin, B. (eds.), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 7-23, New York, John Wiley & Sons.
- STAMATOIU, I. (1974), „Potențialul evoca”, in Arseni, C. (ed.), *Investigații paraclinice în afecțiunile sistemului nervos. Metode electrofizologice, ultrasonice și radioizotopice*, București, Editura Medicală.
- STENGEL, E. (1959), „Classification of mental disorders”, *Bulletin of World Health Organisation*, 21, 601-663.
- STENGEL, E. (1964), *Suicide and Attempted Suicide*, Middlesex, Penguin Books.
- STERN, D.B. (1977), „Handedness and the lateral distribution of conversion reactions”, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 122-128.

- STONEALL, L. & SCHMITT, R.L. (1984), „Lay persons, experience with mental illness”, *Studies in Symbolic Interaction*, 5, 197-218.
- STORMS, M.D. & NISBETT, R.E. (1970), „Insomnia and the attribution process”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 16, 319-328.
- STRAYER, F.F. & GAUTHIER, R. (1985), „Concepts et methodes”, in Tremblay, R.E., Provost, M.A. & Strayer, F.F. (eds.), *Ethologie et développement de l'enfant*, 41-57, Paris, Stock/Laurence Pernoud.
- SUGERMAN, A.A., REILLY, D. & ALBAHARY, R.S. (1965), „Social competence and essential-reactive distinction in alcoholism”, *Archives of General Psychiatry*, 12, 552-556.
- SUINN, R.M. (1970), *Fundamentals of Behavior Pathology*, New York, John Wiley & Sons.
- SWAP, S. (1984), „Ecological approaches to working with families of disturbing children”, in O'Connor, W.A. & Dubin, B. (eds.), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 107-144, New York, John Wiley & Sons.
- SZAPOCZNIK, J., KURTINES, W., HERVIS, O. & SPENCER, F. (1984), „One person family therapy”, in O'Connor, W.A. & Dubin, B. (eds.), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 335-355, New York, John Wiley & Sons.
- SZASZ, T.S. (1975), *Le Mythe de la maladie mentale*, Paris, Payot.
- TATOSSIAN, A. (1979), „Phenomenologie des psychoses”, *Congres de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Francaise* (LXXVII session, Angers, 25-30 juin), Paris, Masson.
- TAYLOR, M.A. (1989), „The vote on DSM-IV” (scénario: catherine editor), *Archives of General Psychiatry*, 46, 959.
- THEODORSON, G.A. (ed.) (1961), *Studies in Human Ecology*, Evanston, Harper & Row.
- THINES, G. (1980), *Phenomenologie et science du comportement*, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- THINES, G. & LEMPERFUR, A. (1975), *Dictionnaire general des sciences humaines*, Paris, Editions Universitaires.
- THOMÁ, H. & KACHELE, H. (1975), „Problems of metascience and methodology in clinical psychoanalytic research”, in Chicago Institute for Psychoanalysis (ed.), *The Annual of Psychoanalysis*, vol. 3, 49-119, New York, International Universities Press.
- THOREN, P., ASBERG, M., BERTILSSON, L., MELLSTROM, B., SJÖQVIST, F. & TRASKMAN, L. (1980), „Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder: II. Biochemical aspects”, *Archives of General Psychiatry*, 37, 1289-1294.
- TINBERGEN, E.A. & TINBERGEN, N. (1972), *Early Childhood Autism. An Ethological Approach*, Berlin and Hamburg, Paul Parey.
- TINBERGEN, N. (1951), *The Study of Instinct*, London, Oxford University Press.
- TINBERGEN, N. (1952), „Derived” activities: Their causation, biological significance, origin, and emancipation during evolution”, *The Quarterly Review of Biology*, 27, 1-32.
- TINBERGEN, N. (1974), „Ethology and stress diseases”, *Science*, 185, 20-27.
- TOGNAZZO, D. (1970), „Sui contenuti orali del Rorschach in un gruppo di alcoolisti”, *Psichiatria Generale e dell'Eta Evolutiva*, 8, 323-325.
- TORGENSEN, S. (1986), „Genetics of somatoform disorders”, *Archives of General Psychiatry*, 43, 502-505.
- TORREY, E.F. (1979), *Schizophrenia and Civilization*, New York, Aronson.
- TOUSIGNANT, M. & MURPHY, H.B.M. (1978), „Fondements anthropologiques de l'ethno-psychiatrie”, *Encyclopedie Medico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 4-37715 A”, 33-36.
- TRASKMAN, L., ASBERG, M., BERTILSSON, L. & SJÖSTRAND, L. (1981), „Monoamine metabolites in CSF and suicidal behavior”, *Archives of General Psychiatry*, 38, 631-636.

- TREMINI, T., LAUZEL, J.P., TUFFET, R., JONQUET, P. & ANGUERA, P. (1985), „DSM-III. L'agnosticisme: une religion?”, in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 99-102, Paris, Masson.
- TRILLAT, E. (1986), *Histoire de l'hysterie*, Paris, Editions Seghers.
- TRIMBLE, M. (1983), „Pseudoproblems: pseudoseizures”, *British Journal of Hospital Medicine*, 29, 326-333.
- TROTTER, R.J. & MCCONNEL, J.V. (1980), *Psychologie. Science de l'homme*, Montreal, HRW.
- TSUANG, M.T. (1986), „Predictors of poor and good outcome in schizophrenia”, in Erlenmeyer-Kimling, L. & Miller, N.E. (eds.), *Life-span Research on the Prediction of Psychopathology*, 195-203, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.
- TURVEY, M.T. (1973), „On peripheral and central processes in vision: inferences from an information-processing analysis of masking with patterned stimuli”, *Psychological Review*, 80, 1-52.
- TYRER, P., HORN, S. & LEE, I. (1978), „Treatment of agoraphobia by subliminal and supraliminal exposure to phobic cine film”, *Lancet*, 1, 358-360.
- VALZELLI, L. (1981), *Psychobiology of Aggression and Violence*, New York, Raven Press.
- VAN BRERO, P.J.C. (1986), „Koro: eine eigenthümliche Zwangsvorstellung”, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 53, 569-573.
- VAN GIJSEGHM, H. (1990), „Peut-on vivre avec «moins» qu'une science?”, in Pelletier, R., Van Gijseghem, H. & Beaudry, J. (eds.), *Psychanalyse: Vision du monde*, 37-58, Montreal, Meridien.
- VAN PRAAG, H.M. (1977), „Significance of biochemical parameters in the diagnosis, treatment, and prevention of depressive disorders”, *Biological Psychiatry*, 12, 101-131.
- VAN PRAAG, H.M. (1983), „CSF 5-HIAA and suicide in non-depressed schizophrenics”, *Lancet*, 2, 977-978.
- VAN PRAAG, H.M. (1987), „Monoamines and depression: conceptions actuelles”, in Mendlewicz, J. (ed.), *Manuel de psychiatrie biologique*, 49-63, Paris, Masson.
- VAN PRAAG, H.M. & KORF, J. (1971), „Endogenous depressions with and without disturbances in the 5-hydroxytryptamine metabolism: a biochemical classification?”, *Psychopharmacologia*, 19, 148-152.
- VAN RILLAER, J. (1982), *Les Illusions de la psychanalyse*, Bruxelles, Pierre Mardaga (ed. a-2a).
- VERNON, S.W. & ROBERTS, R.E. (1981), „Measuring nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology: further observations on the problem”, *Archives of General Psychiatry*, 38, 1239-1247.
- VON BERTALANFFY, L. (1968), *General System Theory. Foundations, Development, Applications*, New York, George Braziller.
- VON DOMARUS, E. (1964), „The specific laws of logic in schizophrenia”, in Kasanin, J.S. (ed.), *Language and Thought in Schizophrenia*, 104-114, New York, Norton.
- VON ECKARTSBERG, R. (1971), „On experimental methodology”, in Giorgi, A., Fischer, W.F. & von Eckartsberg, R. (eds.), *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, vol. 1, 66-79, Pittsburgh, Duquesne University Press.
- VON WRIGHT, J.M., ANDERSON, K. & STENMAN, U. (1975), „Generalization of conditioned GSRs in dichotic listening”, in Rabbitt, P.M.A. & Dornic, S. (eds.), *Attention and Performance V*, 194-204, London, Academic Press.

- WATSON, J.B. (1913), „Psychology as the behaviorist view it”, *Psychological Review*, 20, 158-177.
- WATZLAWICK, R., JACKSON, D. & BEAVIN, J.H. (1972), *Une logique de la communication*. Paris, Editions du Seuil.
- WECKOWICZ, T.E. (1984), *Models of Mental Illness. Systems and Theories of Abnormal Psychology*, Springfield, Ill., Charles C. Thomas.
- WEIGERT, E. (1949), „Existentialism and its relations to psychotherapy”, *Psychiatr*, 12, 399-412.
- WEISS, L. & MASLING, J. (1970), „Further validation of a Rorschach measure of oral imagery: a study of six clinical groups”, *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 83-87.
- WERNER, H. (1937), „Process and achievement: a basic problem of education and developmental psychology”, *Harvard Educational Review*, 7, 353, 368.
- WERNER, H. (1948), *Comparative Psychology of Mental Development*, New York, International Universities Press.
- WERNER, H. (1957), „The concept of development from a comparative and organismic point of view”. in Harris, D.D. (ed.), *The Concept of Development. An Issue in the Study of Human Behavior*, 125-148, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- WERNER, H. & KAPLAN B. (1963), *Symbol Formation. An Organismic-Developmental Approach to Language and the Expression of Thought*. New York, John Wiley & Sons.
- WESTERMEYER, J. (1973), „On the epidemicity of amok violence”, *Archives of General Psychiatry*, 28, 873-876.
- WESTERMEYER, J. (1985), „Psychiatric diagnosis across cultural boundaries”, *American Journal of Psychiatry*, 142, 798-805.
- WESTERMEYER, J. & ZIMMERMAN, R. (1981), „Lao folk diagnoses for mental disorder: comparison with psychiatric diagnosis and assessment with psychiatric rating scales”, *Medical Anthropology*, 5, 425-443.
- WHITE, N.F. (ed.) (1974), *Ethology in Psychiatry*, Toronto, University of Toronto Press.
- WHITE, P. (1980), „Limitations on verbal reports of internal events: A refutation of Nisbett and Wilson and of Bem”, *Psychological Review*, 87, 105-112.
- WITHLOCK, F.A. (1967), „The aetiology of hysteria”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43, 114-162.
- WHYTE, L.L. (1971), *L'Inconscient avant Freud*, Paris, Payot.
- WIDLOCHER, D. (1984), Preface, in Marcelii, D. & Braconnier, A., *Psychopathologie de l'adolescent*, V-VIII, Paris, Masson.
- WIDLOCHER, D. (1985), „DSM-III et psychanalyse”, in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 76-80, Paris, Masson.
- WIENER, P. (1983), *Structure et processus dans la psychose*, Paris, PUF.
- WIENER, P. (1985), „DSM-III et nosographies d'inspiration psychosomatique”, in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 103-107, Paris, Masson.
- WILLERMAN, L. & COHEN, D.B. (1990), *Psychopathology*, New York, McGraw-Hill.
- WILLIAMS, J.M.G., WATTS, F.N., MACLEOD, C. & MATTHEWS, A. (1988), „Nonconscious processing”, in Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C. & Matthews, A. (eds.), *Cognitive Psychology and Emotional Disorders*, Chichester, John Wiley & Sons.
- WING, J.K. (1976), „Mental health in urban environments”, in Harrison, G.A. & Gibson, J.B. (eds.), *Man in Urban Environments*, 304-318, London, Oxford University Press.
- WING, J.K., Cooper, J.E. & SARTORIUS, N. (1974), *Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms. An Instruction Manual for the PSE and Catego Program*, London, Cambridge University Press.

- WITTKOWER, E.D. & FRIED, J. (1959), „A cross-cultural approach to mental health problems”, *American Journal of Psychiatry*, 116, 423-428.
- WOHLWILL, J.F. (1970), „The age variable in psychological research”, *Psychological Review*, 77, 49-64.
- WOLMAN, B.B. (1989), *Dictionary of Behavioral Science*, San Diego, Ca, Academic Press (ed. a 2-a).
- WOLPE, J. (1958), *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, Ca, Stanford University Press.
- WOLPE, J. (1969), *The Practice of Behavior Therapy*, New York, Pergamon Press.
- WOLPE, J. & LAZARUS, A.A. (1966), *Behavior Therapy Techniques. A Guide to the Treatment of Neuroses*, Oxford, Pergamon Press.
- YAP, P.M. (1952), „The latak reaction: Its pathodynamics and nosological position”, *Journal of Mental Science*, 98, 515-564.
- YAP, P.M. (1969), „The culture-bound reactive syndromes”, in Caudill, W. & Lin, T.Y. (eds.), *Mental Health Research in Asia and the Pacific*, 33-53, Honolulu, East-West Center Press.
- YATES, A.J. (1958), „Symptoms and symptom substitution”, *Psychological Review*, 65, 371-374.
- YATES, A.J. (1966), „Psychological deficit”, *Annual Review of Psychology*, 17, 111-144.
- YORKE, C., WISEBERG, S. & EREEMAN, T. (1989), *Development and Psychopathology. Studies in Psychoanalytic Psychiatry*, New Haven, Ct, Yale University Press.
- ZAZZO, R. (1974), „L'attachement”, in Anzieu, D., Bowlby, J., Chauvin, R., Duyckaerts, F., Harlow, H.H.F., Koupemik, C., Lebovici, S., Lorenz, K., Maltieu, P., Spitz, R.A., Widlocher, D. & Zazzo, R., *L'Attachement*, 20-54, Developm, Delachaux et Niestle.
- ZAZZO, R. (1983), „Mefions-nous des modeles”, in Actes du Colloque : *Comprendre les hommes, construire des modeles : Les Modeles implicites et explicites en psychologie*, 125-131, Paris, Societe Francaise de Psychologie.
- ZECHOWY, A.C. (1969), „The influence on social class on the psycho-dynamics of obesity”, teză de doctorat nepublicată, State University of New York, Buffalo.
- ZIGLER, E. (1963), „Metatheoretical issues in developmental psychology”, in Marx, M.H. (ed.), *Theories in Contemporary Psychology*, 341-369, New York, Macmillan.
- ZIGLER, E. (1969), „Developmental versus difference theories of mental retardation and the problem of motivation”, *American Journal of Mental Deficiency*, 73, 536-556.
- ZIGLER, E. & GLICK, M. (1986), *A Developmental Approach to Adult Psychopathology*, New York, John Wiley & Sons.
- ZIGLER, E., GLICK, M. & MARSH, A. (1979), „Premorbid social competence and outcome among schizophrenic and nonschizophrenic patients”, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 478-483.
- ZIGLER, E. & PHILLIPS, L. (1960), „Social effectiveness and symptomatic behaviors”, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61, 231-238.
- ZIGLER, E. & PHILLIPS, L. (1961), „Case history data and psychiatric diagnosis”, *Journal of Consulting Psychology*, 25, 458.
- ZIGLER, E. & PHILLIPS, L. (1962), „Social competence and the process-reactive distinction in psychopathology”, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 215-222.
- ZUBIN, J. & SPRING, B. (1977), „Vulnerability - a new view of schizophrenia”, *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

**Seria : Psihologie, Științele educației**

Constantin Cucuș - *Pedagogie*

Liviu Antonesei - *Paideia. Fundamentele culturale ale educației*

Adrian Neculau (coord.) - *Psihologie socială. Aspecte contemporane*

Andrei Cosmovici - *Psihologie generală*

W. Doise, J.C. Deschamps, G. Mugny - *Psihologie socială  
experimentală*

Gilles Ferreol, Adrian Neculau (coord.) - *Minoritari, marginali,  
excluși*

Constantin Cucuș - *Minciună, contrafacere, simulare. O abordare  
psihopedagogică*

Mielu Zlate (coord.) - *Psihologia vieții cotidiene*

R. Bourhis, J.P. Leyens (coord.) - *Stereotipuri, discriminare  
și relații intergrupuri*

Serge Moscovici - *Psihologia socială sau mașina de fabricat zei*

Adrian Neculau (coord.) - *Câmpul universitar și actorii săi*

Carmen Crețu - *Psihopedagogia succesului*

Jean-Marc Monteil - *Educație și formare. Perspective psihosociale*

Adrian Neculau (coord.) - *Psihologia câmpului social:  
reprezentările sociale*

J. Barus-Michel, F. Giust-Desprairies, Luc Ridel - *Crize.  
Abordare psihologică clinică*

Andrei Cosmovici, Luminița Iacob (coord.) - *Psihologie școlară*

Șerban Ionescu - *Paisprezece abordări în psihopatologie*

în pregătire

Serge Moscovici - *Psihologia socială a relațiilor cu celălalt*

W. Doise, G. Mugny - *Psihologie socială și dezvoltare cognitivă*

## Seria : **Sociologie, Științe politice**

Vladimir Tismăneanu - *Reinventarea politicului. Europa Răsăriteană de la Stalin la Havel*

Petre Andrei - *Sociologie generală*

Elisabeta Stănciulescu - *Teorii sociologice ale educației*

Ion I. Ionescu - *Sociologia școlii*

Elisabeta Stănciulescu - *Sociologia educației familiale*

Traian Rotariu, Petru Iluț - *Ancheta sociologică și sondajul de opinie*

Joachim Wach - *Sociologia religiei*

Vladimir Tismăneanu - *Mizeria utopiei*

Petru Iluț - *Abordarea calitativă a socio-umanului*

Gilles Ferreol (coord.) - *Dicționar de sociologie*

Alina Mungiu-Pippidi (coord.) - *Doctrină politice. Concepte universale și realități românești*

### în pregătire

Ernst Gellner - *Condiția libertății*

Vasile Boari - *Alternative est-europene*

Vladimir Tismăneanu - *Fantasmele mintuirii*

Aurelian Crăiuțu - *Elogiul libertății*

## Seria : **Filosofie**

Petre Andrei - *Prelegeri de istoria filosofiei. De la Kant la Schopenhauer*

Petre Andrei - *Filosofia valorii*

Petre Botezatu - *Introducere în logică*

Ion Petrovici - *Teoria noțiunilor*

### în pregătire

Andrei Marga - *Reconstrucția pragmatică a filosofiei*

Al. Codoban - *Pentru o nouă filosofie a religiei. Sacru și ontofanie*

C.M. Ionescu - *Hermeneutică și apofază*

## Seria : **Media**

Mihai Coman (coord.) - *Manual de jurnalism. Tehnici fundamentale de redactare*

### în pregătire

David Randall - *Jurnalismul universal*

Norbert Bakenhus - *Manual practic pentru posturile de radio locale și regionale*

Melvin L. De Fleur, Sandra Ball-Rokeach - *Teorii ale comunicației mass-media*

C.J. Bertrand - *Media. O introducere în presă, radio și televiziune*

Werner J. Severin, James W. Tankard Jr. - *Teorii ale comunicației. Origini, metode și practici în mass-media*

## Seria : **Metodică**

Mihaela Neagu, Georgeta Beraru - *Activități matematice în grădiniță. Îndrumar metodologic*

Teresa Siek-Piskozub - *Jocuri și activități distractive în învățarea limbilor străine*

Aurel Dascălu - *Educația plastică în ciclul primar (clasele II-IV)*

Iliana Dăscălescu, Ana Alexandru, Sonia Hudac - *Îndrumar în sprijinul desfășurării activităților de cunoaștere a mediului înconjurător la grupa pregătitoare în grădiniță*

## Seria: **Științe juridice**

Valerius M. Ciucă - *Procedura partajului succesoral*

### în pregătire

Valerius M. Ciucă - *Lecții de sociologia dreptului*

M.B. Cantacuzino - *Elementele dreptului civil*

Seria: **Științe economice**

I.D. Adumitrăcesei, E. Niculescu, N.G. Niculescu - *Economie politică. Teorie și politică economică pentru România. Structuri și mecanisme economice*

I. Ciobanu - *Management strategic*

Ștefan Prutianu - *Comunicare și negociere în afaceri*

Seria: **Litere**

Paul Cornea - *Introducere în teoria lecturii*

în pregătire:

Dumitru Irimia - *Introducere în stilistică și poetică*

Adrian Marino - *Comparatism și teoria literaturii*

Daniel-Henri Pageaux - *Literatura generală și comparată*

D.M. Pippidi - *Formarea ideilor literare în antichitate*

Seria: **Practic**

Ewa Drozda-Senkowska - *Capcanele raționamentului. Cum ne înșelăm convingși că avem dreptate*

Gilles Ferreol, Noel Flageul - *Metode și tehnici de exprimare scrisă și orală*

Bun de tipar: martie 1998. Apărui: 1998

Editura Polirom, B-dul Copou nr. 3 • P.O. Box 266  
6600, Iași • Tel. & Fax (032) 21.41.00 ; (032) 21.41.11 ;  
(032)21.74.40 (difuzare) ; E-mail : [polirom@mail.eccis.ro](mailto:polirom@mail.eccis.ro)

București, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7;  
Tel. : (01) 613.89.78

Tiparul executat la Polirom S.A. 6600 Iași  
Calea Chișinăului nr. 32  
Tel. : (032) 230323 ; Fax : (032) 230485



Științele educației

Șerban Ionescu

# PAISPREZECE ABORDĂRI ÎN PSIROPATOLOGIE

Lucrarea prezintă diferite abordări posibile în psihopatologie: ateoretică, behavioristă, biologică, cognitivă, din perspectiva dezvoltării, ecosistemice, etnologică, etologică, existențialistă, experimentală, fenomenologică, psihanalitică, socială și structuralistă.

După ce definește fiecare dintre aceste abordări, autorul prezintă exemple practice, evidențind astfel problematica și aporturile teoretice complementare.

Cele paisprezece capitole formează un întreg, o perspectivă de ansamblu asupra domeniului, în vederea unei *abordări integrative* a psihopatologiei.

**Șerban Ionescu**, psihiatru și psiholog, este actualmente profesor la Universitățile Rene Descartes (Sorbona) și Trois-Rivieres (Quebec). Cercetările sale în domeniul deficienței mintale, al dezinstituționalizării, al implicațiilor psihologice în bolile fizice și al psihopatologiei s-au concretizat în numeroase lucrări, dintre care amintim: *L'Intervention en deficiences mentales* (2 voi., 1987 și 1990), *La Deficiences intellectuelles* (2 voi., 1993 și 1995) și *Psychopathologie de la vie universitaire* (1995).

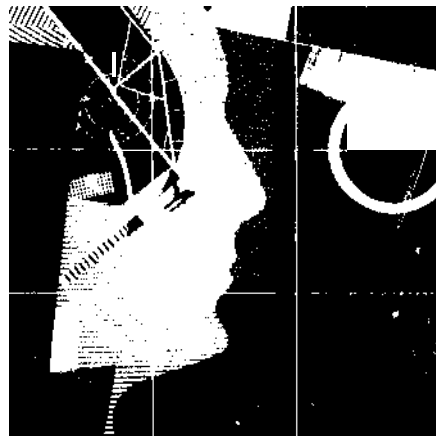
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Științele educației

Șerban Ionescu

# PAISPREZECE ABORDĂRI PSIROPATOLOGIE



Collegium

POLIROM