

## DIN ISTORICUL CONCEPTULUI DE PSIHOZĂ

MIHAI ARDELEAN

**Foray into the History of the Concept of Psychosis.** It took time for the concept of psychosis to be defined, and the process reflected the development of scientific thinking on the subject of mental disorders. The interest for this concept was related to the perspective of the different medical, philosophical or psychological schools, having also interdisciplinary connexions, especially with sociology and anthropology. There are two main schools of thought surrounding the definition and conceptualization of psychosis. One of them insists on the organic cerebral factors (and more recently on the biochemical ones), the other one insists on the unconscious mind. Currently, the meaning of the term “psychosis” is narrowed down and its derivative “psychotic” is often used as an adjective.

**Keywords:** psychosis, concept, classification, organo-dynamic theory, unconscious, dichotomy.

Psihiatrii, de când s-au constituit în practicanții unei specialități medicale aparte, au fost în căutarea unui termen și a unui concept, precum psihoza, care să le susțină dreptul de a profesa. Voi urmări cum, de la denominarea lor, psihozele, cu tot cortegiul lor de simptome, sindroame și diagnostice, au fost instrumentate ca mijloace cu ajutorul cărora să fie cuprinsă și detaliată totalitatea trecerii catastrofice de la o viață psihică organizată, așa zis normo-funcțională, la una de tip disruptiv sau dezorganizat. Tot acest efort euristic își are originile istorice în debarasarea de supranatural în bolile minții, declarate eufemistic și boli ale spiritului, și considerarea acestora ca manifestări naturale ale ființelor umane.

Despărțirea patologiei mentale din ansamblul patologiei umane a complicat demersurile spre o abordare teoretică și, inerent, înspre o înnobilitate științifică. În sensul că, patologia mentală, în manifestările ei extreme de dezumanizare sau alienare, fărâma până la eliminare libertatea individuală, descoperită și enunțată ca un drept inalienabil de către civilizația occidentală, după Reformă și Revoluția Franceză. Astfel, s-a ajuns, în timpul radicalizării Revoluției Franceze, în 1793, la Spitalul din Bicêtre, ca medicul șef, Philippe Pinel (1745–1826), împreună cu un „supraveghetor de valoare” să desființeze metodele „animalizante”, în uz față de cei internați, și să adopte atitudini și procedee în jurul cărora psihiatrii și-au întretesut, în anii următori, mitul fondator al eliberării bolnavilor psihic din lanțuri. Fără să fie o fire de revoluționar, ci mai mult de umanist, adept al filosofiei iluministe, Philippe Pinel credea, mai degrabă, în proiectul său utopic de a stăpâni „alienația mintală” printr-un

„tratament moral”, bazat pe o „bunătate fermă”. Pinel considera că dacă se respectă „drepturile sacre ale umanității”, libertatea bolnavilor putea să fie restricționată legal, într-un mod mai subtil, prin definirea bolii mentale cu ajutorul medicinei, în interesul siguranței suferinzilor și a altora<sup>1</sup>.

Aproximativ în aceiași ani, a avut loc delimitarea psihiatriei ca disciplină medicală și denumirea ei ca atare de către Johann Christian Reil, din Halle, în 1808. Psihiatria a avut nevoie de la început de susținere din partea ideologiilor derivate din doctrine filosofice, pornind de la cele din Secolul Luminilor și, în continuare, până la cele ale corectitudinii politice, din timpurile noastre. Aceste intricări ideologice s-au petrecut cu toată avertizarea, enunțată de Reil, ca noua specialitate medicală să fie „pură”, fără „încorporări” filosofice și psihologice<sup>2</sup>. Fapt relevant exact pe dos, *ab initio*, de abordarea filozofico-morală a lui Pinel în cărțile sale apărute cam cu zece ani înainte: *Nosographie philosophique, ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine* apărută în două volume, în 1798, și *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie*, în 1801<sup>3</sup>.

Inspirat de Pinel, Étienne Jean Dominique Esquirol (1772–1840) a imaginat noua instituție a azilului (1819), din perspectiva a ceea ce am putea numi o utopie medicală: „izolarea terapeutică”. Pentru Esquirol, azilul era „cel mai bun instrument de vindecare în mâinile unui medic abil”, atunci când „chiar zidurile azilului sunt un remediu”<sup>4</sup>.

Recunoscând realitatea alienării ca fiind o boală naturală, alieniștii adică psihiatrii, de mai târziu, au propus ca în aziluri indivizii, odată ajunși pentru că și-au pierdut mințile sau rațiunea, să facă pașii cuveniți pentru a și le regăsi.

Astfel, în „Principiile urmate pentru înființarea și construcția azilurilor de alienați” (1853)<sup>5</sup>, J.B.M. Parchappe, profesor de anatomie și de fiziologie, director al azilului de alienați al orașului Rouen (1840), inspector general al institutelor psihiatrice și de sănătate carcerală<sup>6</sup>, partizanul prevenirii pierderii rațiunii prin educație fizică și morală<sup>7</sup>, stabilește cum trebuie să arate un azil ideal. Clădirile dispuse în cartiere distincte, după planurile unei arhitecturi raționaliste, trebuiau să adăpostească separat alienații, conform clasificării bolilor mintale de atunci (furioșii, suicidarii, melancolicii liniștiți, monomaniacii, demenții,etc). Convalescenții, clasificați în cartierul lor, nu aveau voie să-i vadă și să-i audă pe cei bolnavi.

---

<sup>1</sup> Gérard Massé, Alain Jacquart, Michel Ciardi, *Histoire illustrée de la psychiatrie*, Ed. Bordas-Dunod, Paris, 1987, pp. 18-19.

<sup>2</sup> Andreas Marneros, *Psychiatry's 200th birthday*, „The British Journal of Psychiatry”, 2008, 193, pp. 1-3.

<sup>3</sup> <http://medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/pinelp.html>.

<sup>4</sup> Gérard Massé, Alain Jacquart, Michel Ciardi, *op. cit.*, pp. 20-21.

<sup>5</sup> *Ibidem*, p. 22.

<sup>6</sup> <http://www.idref.fr/060700645>.

<sup>7</sup> J.B.M. Parchappe, „Le meilleur moyen préventif contre les excès passionnels serait l'éducation physique et morale”, în teza sa de doctorat „*Quelques considérations générales sur la nature et l'influence des passions*” [http://antiques.gift/quelques-considerations-generales-sur-la-nature-et-linfluence-des-passions\\_4699090.html](http://antiques.gift/quelques-considerations-generales-sur-la-nature-et-linfluence-des-passions_4699090.html).

Deja de la începutul secolului al XIX-lea, datorită descoperirilor anatomo-clinice, se conturase o entitate morbidă, adică o boală bine stabilită ca tablou clinic, și anume paralizia generală, descrisă, în 1822, de alienistul Antoine Laurent Bayle<sup>8</sup>, boală care a purtat și numele său. Semnele clinice după care se recunoștea boala erau: în prima etapă denumită a *monomaniei*<sup>9</sup>, tulburări de memorie, de vorbire și de mișcare, slăbire intelectuală și delir monomaniac (delir megalomaniac); în a doua etapă cea a *maniei*, mișcări tremurate ale limbii, buzelor și delirul; în etapa a treia și finală intitulată *faza demențială*, deteriorare demențială asociată cu paralizii parțiale și generale<sup>10</sup>. Semnele clinice persistente dădeau impresia unei boli mentale și, din această cauză, paralizia generală, neurosifilisul, cu altă denumire, a fost luată ca model de entitate nosologică. În schema unei astfel de entități intrau diferite manifestări psihice morbide integrate unui același grup sau tablou de semne și simptome. Condiția pentru elementele constitutive ale tabloului clinic al unei entități era de a se păstra într-o interconexiune recunoscută în timp sau, cum s-a spus mai târziu, în evoluție. Așa s-a constituit clinica speciilor sau entităților morbide psihiatrice, din care psihozele, cantonate în domeniul de cercetare al Psihiatriei mari în contrapondere cu Psihiatria ușoară a nevrozelor, deci psihozele au rămas cel mai greu de înțeles, chiar dacă modelul paraliziei generale a fost părăsit și nu a folosit decât ca *primum movens*.

Martin Bürgy îi atribuie lui Carl Friederich Canstatt prioritatea introducerii termenului de psihoză în limbajul medical livresc, într-o carte publicată de acesta, la 1841, *Handbuch der Medizinischen Klinik*<sup>11</sup>. Mai degrabă termen decât concept, cum îl prezintă Bürgy în virtutea susținerii subiectului lucrării sale *The concept of psychosis: Historical and Phenomenological Aspects*. Un concept nou, precum cel de psihoză nu putea fi pus în relație de sinonimie cu un alt concept, cel de nevroză psihică (*psychic neurosis*), așa cum o face Bürgy în articolul său, speculând alegațiile din textul lui Canstatt. Eventual ca o nouă denominație aplicabilă tulburărilor determinate de un creier bolnav. Termenul de nevroză a fost inventat, în 1776, de William Cullen pentru a descrie o afecțiune generalizată a sistemului nervos care prejudiciază simțurile și mișcarea „fără febră și fără leziuni descoperite (localizate n.n.) ale organelor”<sup>12</sup>.

Paternitatea termenului și a conceptului de psihoză i-a fost acreditată însă unui medic austriac, Baronul Ernst von Feuchtersleben, care, în 1845, l-a utilizat pentru a

<sup>8</sup> Henri Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, *Manuel de Psychiatrie*, Ed. Masson, Paris, 1974, p. 62.

<sup>9</sup> Termenul de monomanie a fost introdus de É.J.D. Esquirol pentru a denumi un delir parțial care afectează doar o parte a vieții psihice și sociale, și anume aceea aflată în legătură cu tema delirantă a bolnavului.

<sup>10</sup> Antoine Laurent Bayle, *Researches on Chronic Arachnitis, Part I, Observations of Chronic Arachnitis with Mental Alienation*, în *Anthology of French Language Psychiatric Texts*, Institut d'édition Synthélabo, Le Plessis-Robinson, 1999, pp. 145-158.

<sup>11</sup> Martin Bürgy, *The concept of psychosis: Historical and Phenomenological Aspects*, în „Schizophrenia Bulletin”, vol. 34, no. 6, 2008, pp. 1200–1210.

<sup>12</sup> Constantin Gorgos (sub redacția), *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*, vol I, Ed. Medicală, București, 1987, p. 665.

releva „tulburarea mintală care afectează personalitatea în totalitatea ei”<sup>13</sup>, sinonim cu psihopatia, referindu-se la o schimbare a întregii personalități, în urma interacțiunii dintre procesele fizice și mentale. Faptul că termenul de psihopatie a fost preluat cu alte înțelesuri, mai târziu, de Kurt Schneider, nu face subiectul acestei prezentări. După Feuchtersleben subcategoria psihozei făcea parte din categoria mai largă a nevrozei.

Canstatt și Feuchtersleben pot fi menționați în prezent ca premergători, pentru că în limbajul lor de epocă, au văzut cauzele psihozelor atât în defecțiunea creierului ca organ, cât și în vulnerabilitatea psihică<sup>14</sup>.

Prin introducerea și folosirea conceptului de psihoză de către psihiatri, patologia psihică și-a găsit în acest concept tot mai mult circumscrierea într-o entitate distinctă, ușor de folosit și simplu de aplicat.

Martin Bürgy, în lucrarea menționată mai sus, îl adaugă pe C.F. Flemming la cei care au acceptat termenul de psihoză, deoarece acesta l-a folosit, în 1859, pentru desemnarea bolilor mentale cu un substrat organic decelabil, contribuția particulară a lui Flemming fiind includerea în aceeași categorie și a tulburărilor sufletului, presupuse, la rândul lor, că ar fi avut o „cauză organică”<sup>15</sup>.

După folosirea termenului de psihoză timp de șase decenii, la începutul secolului al XX-lea, în 1904, „psihoza, de o manieră generală, desemna orice maladie mentală”<sup>16</sup>. Era sinonimă cu nebunia. „Lucrările alieniștilor contemporani”, din același început de secol, considerau „psihozele ca veritabile entități morbide, în același fel ca nevrozele, ca histeria, epilepsia, coreea. Ele se deosebesc de alienația mentală adevărată, precum idiotia sau imbecilitatea, prin faptul că premergător inteligența era relativ sănătoasă, deși multor psihoze trebuie să le fie căutată cauza în ereditate; ele se delimitează de nevroze deoarece prezintă alterări și leziuni anatomice mai mult sau mai puțin grave și întinse”<sup>17</sup>.

În aceeași perioadă în care conceptul de psihoză a prins teren, azilul imaginat ca o protecție insulară pentru cei cu boli mentale a devenit un arhipelag al izolării. Societatea azilară a fost concepută ca o comunitate de substituție, o insulă de armonie unde viața să fie bine ordonată și liniștită. În schimb, azilul s-a dovedit un loc al izolării, de menținere a alienării, și chiar al dezumanizării. Fără să se apropie măcar de idealul visat, existența unui pacient internat se rezuma la un orar de activități ritualizate, menținute prin coerciție, din care nu lipsea munca impusă, și la care, uneori, se adăuga cămașa de forță. Azilurile au supraviețuit până în preajma Primului Război Mondial.

Destinați să-și petreacă ani de zile, dacă nu toată viața, în aziluri, bolnavii mintal au făcut posibilă cunoașterea de către medici a istoriei naturale a suferințelor lor psihice individualizate, „atunci când niciun criteriu anatomopatologic probant nu putea fi reți-

<sup>13</sup> M. Dominic Beer, *The dichotomies: psychosis/neurosis and functional/organic: a historical perspective*, în „History of Psychiatry”, vii, 1998.

<sup>14</sup> Martin Bürgy, *op. cit.*, p. 1201

<sup>15</sup> *Ibidem.*

<sup>16</sup> *Nouveau Larousse illustré*, vol. VII, Ed. Librairie Larousse, Paris, 1904, p. 46.

<sup>17</sup> *Ibidem.*

nut?”. Comportamentele, limbajul și gândirea persoanelor internate erau observate, denumite și clasificate în simptome și sindroame, după modelul medical al afecțiunilor somatice, singurul existent în epocă, dacă psihiatria se vroia să fie o specialitate medicală, la fel ca toate celelalte. Acest model numit și organicist, negând alte dimensiuni ale patologiei psihice, a căutat să descopere natura organică a tulburărilor psihice.

În paralel, organicismul sau, mai bine zis, perspectiva organică și anatomo-clinică a proceselor psihice morbide era subminată de întrebări, supoziții, observații, constatări despre acea parte a psihicului care scăpa propriei conștiințe a indivizilor și aparținea unui necunoscut de necuprins și inconștient.

H. F. Ellenberger (1970) atribuie nașterea psihiatriei dinamice moderne și implicit recunoașterea Inconștientului, în 1775, germanului Franz Anton Mesmer (1734–1815), atunci când acesta a fost chemat să-și dea avizul în fața Curții prințului-electoral al Bavariei și Academiei de Științe din München asupra procedurilor de exorcizare ale lui Johann Joseph Gassner, un preot care alunga demonii din bolnavii psihici cu delir de posesie<sup>18</sup>. Mesmer, autorul teoriei magnetismului animal, începuse din 1773 să aplice tratamente bazate pe ceea ce el numea un fluid universal, considerând că bolile nervoase se datorează, la rândul lor, tot unui fluid. Prin demonstrațiile de declanșare și suprimare de convulsii asupra unor subiecți, în prezența membrilor Curții și Academiei müncheneze, Mesmer s-a confirmat pe sine ca terapeut, i-a recunoscut lui Gassner onestitatea și eficiența, dar vindecările bolnavilor de către preot le-a pus tot pe seama magnetismului animal pe care-l promova el și îl teoretiza ca viitoare doctrină. Practicile lui Mesmer comune hipnozei au fost preluate de numeroși vindecători din secolul XIX, în așa fel că verbul a hipnotiza concura cu a mesmeriza<sup>19</sup>. Scoțianul James Braid (1795-1860), cel care a făcut tranziția de la magnetism la hipnotism, numit de Ellenberger calea regală, *via regis*, pentru explorarea inconștientului<sup>20</sup>, și francezul Jean-Martin Charcot (1825–1893) au fost, într-un fel, continuatorii lui Mesmer.

Fără să-și propună, Charles Darwin (1809–1882) și-a adus aportul la cunoașterea forțelor dezlănțuite ale inconștientului în determinarea bolilor psihice. În cartea sa *Expresia emoțiilor la om și animale (The Expression of the Emotions in Man and Animals)*, publicată în 1872<sup>21</sup>, Darwin studiază emoțiile și expresivitatea la maimuțe, comparativ cu ale oamenilor, și găsește similitudini. Indirect, aceste asemănări sugerează că rațiunea care, cum se spunea în epocă, diferențiază pe om de animal, este modificabilă sub imperiul emoțiilor, de loc rațională, deci inconștientă.

Între 1882 și 1892, două școli de medicină, cea de la Spitalul Salpêtrière din Paris și Școala de la Nancy<sup>22</sup> și-au dat girul cercetării hipnotismului, hilitul magnetism animal al lui Mesmer, dintr-o perspectivă medicală. Școala de la Salpêtrière îl avea ca figură centrală pe faimosul neurolog Jean-Martin Charcot, iar cea de la Nancy numită și Școala

<sup>18</sup> H.F. Ellenberger, *Histoire de la découverte de l'inconscient*, Ed. Fayard, Paris, 1994, pp. 83-87.

<sup>19</sup> <https://en.wikipedia.org/wiki/Hypnosis>.

<sup>20</sup> H.F. Ellenberger, *op. cit.*, pp.140-141.

<sup>21</sup> *Grand dictionnaire de la psychologie*, Ed. Larousse, Paris, 1992, p. 188.

<sup>22</sup> H.F. Ellenberger, *op. cit.*, p. 119.

*Sugestiei* era formată din medicul Ambroise-Auguste Liébeault (1823–1904), profesorul de medicină Hypolite Bernheim (1840–1919), juristul Jules Joseph Liégeois (1833–1908), autorul unei lucrări despre „sugestiile criminale”<sup>23</sup>, și profesorul de fiziologie, Henri-Étienne Beaunis (1830–1921), medic expert pe lângă tribunale<sup>24</sup>, preocupat îndeosebi de fiziologia cerebrală, neurofiziologia de mai târziu<sup>25</sup>. Cele două școli, prin disputele purtate în legătură cu natura hipnozei, au trezit interesul asupra fenomenelor psihice inconștiente. În primul rând, după cum se știe, lui Sigmund Freud, omul cel mai interesat de inconștient de pe planetă, în acele timpuri, care le-a vizitat pe amândouă, pentru a ști ce gândesc și spun corifeii. În Franța, magnetismul animal prezentat, în 1777, de Mesmer, fusese pus la index câțiva ani mai târziu, în 1784, de către o comisie a Academiei Regale de Științe, comisie din care făceau parte chimistul Antoine Lavoisier și politicianul savant Benjamin Franklin<sup>26</sup>. La fel s-a întâmplat și în 1842, în fața Academiei de Medicină. De fiecare dată, decizia ca magnetismul alias hipnotismul să nu mai fie luat în discuție a fost univocă. Cu toate acestea, Charcot de la tribuna Academiei de Științe din Paris, la 13 februarie 1882, își susține comunicarea *Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques (Despre diversele stări nervoase determinate de hipnotism la histerice)*<sup>27</sup>, descriind, în mod obiectiv, în termenii neurologici cei mai riguroși, trei stări hipnotice: cataleptică, letargică și somnambulică. Disputa dintre cele două școli amintite consta în faptul că Bernheim afirma că nu există deosebire între hipnoză și sugestibilitate, stările din hipnoză fiind reproductibile și în stare de veghe cu ajutorul sugestiei. În atare condiții, hipnoza nu era altceva decât un somn sugestionat. În opoziție cu Bernheim, Charcot susținea că modificările neuro-psihice produse sub hipnoza se reunesc într-o stare patologică specifică, caracteristică histericelor. Bernheim vedea utilitatea terapeutică a hipnozei, pe care o numea pur și simplu psihoterapie<sup>28</sup>, la fel cum Josef Breuer, îndrumătorul de început al lui Freud, a înțeles să aplice narațiunea istoriilor secrete aflate sub hipnoză, „cura prin cuvinte” sau „curățirea coșului”, numită ulterior „tratament catartic”. Această cură a fost pusă în practică asupra primei paciente, celebra Anna O., desemnată de Freud ca „punctul de plecare al psihanalizei”<sup>29</sup>.

Charcot nu găsea nicio utilitate terapeutică hipnozei, chiar dacă el demonstrase cum sub hipnoză paralizările histerice sau „dinamice” și amnezia „dinamică” se pot recupera, spre deosebire de amnezia și paralizările organice produse de leziuni ale sistemului nervos. Atunci când, în cadrul ședințelor de la Salpêtrière, producea unor subiecți monoplegii și paralizii, sub hipnoză, acest „Napoleon al nevrozelor” demonstra mecanismul paraliziei post-traumatice sau psihogene, fără leziuni organice. Declanșarea acestor stări depindea de conținutul verbal și emoțional al sugestiei hipnotice, dincolo de orice autocontrol psihic, rațional și conștient<sup>30</sup>.

<sup>23</sup> *Ibidem*, p. 776.

<sup>24</sup> *Ibidem*, p. 121.

<sup>25</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Henri-%C3%89tienne\\_Beaunis](https://en.wikipedia.org/wiki/Henri-%C3%89tienne_Beaunis).

<sup>26</sup> *Encyclopédie générale visuelle et thématique*, în Larousse MEMO, 1993, p. 900.

<sup>27</sup> H.F. Ellenberger, *op. cit.*, pp. 763-764

<sup>28</sup> *Ibidem*, p. 121.

<sup>29</sup> *Ibidem*, pp. 509-515.

<sup>30</sup> *Ibidem*, pp. 123-137.

Fără să găsim o desfășurare de cauze puse cap la cap, teoriile despre psihoză se așează după tendințele doctrinale ale autorilor și școlilor față de care noii veniți trebuie să-și dovedească loialitatea științifică. *Grosso modo*, tendințele teoreticienilor se tot înmulțesc între două mari orientări: în prima, psihozele își au sorginea în anomaliiile organizării psihismului, ca o consecință a unor condiții organice, mai nou receptor-molecular biochimice, iar în a doua, psihozele sunt expresia dezorganizărilor, dar și a reorganizărilor respinse din și de către Inconștient.

Viziunea organică anatomo-patologică și clinic-nosologică a fost împărtășită de toți aceia care căutau un substrat organo-cerebral și forme tipice, cu evoluții tipice ale psihozelor. Dezavantajele tipologizării erau:

- psihoza putea fi doar un simptom în cadrul altor tulburări psihice decât cele cuprinse în diagnosticul unei forme clinice anume;
- subformele unei entități nu corespundeau întotdeauna formei clinice princeps;
- psihoza surprinsă într-o anumită perioadă a vieții unui individ putea să dispară, fără să se mai regăsească nimic din tabloul ei clinic;
- examenul anatomo-patologic, adeseori, nu pune în evidență niciun substrat organic.

Avantajele tipologizării și căutării organicității psihozelor au fost:

- s-au favorizat și dezvoltat studiile biologice asupra glandelor endocrine, substanțelor toxice, eredității și biochimiei creierului, ca factori determinanți sau de risc în apariția și evoluția psihozelor;
- datorită studiilor anatomo-patologice, s-a pus în evidență substratul neuropatologic al psihozelor apărute în cadrul bolilor degenerative ale creierului, aterosclerozei, infecțiilor cu diseminare cerebrală, encefalitelor și tumorilor.

În cele ce urmează sunt prezentați succint câțiva dintre marii clinicieni reprezentativi pentru această orientare.

**Ernest-Charles Lasègue** (1816–1883) a contribuit împreună cu Jean-Pierre Falret (1794–1870) la descrierea delirului cronic de persecuție ca un tip de psihoză progresivă, care trece de la faza de neliniște și interpretare, la faza halucinatorie, apoi la faza megalomaniacă, pentru ca în final să ajungă în faza de demență vesanică<sup>31</sup>. Acest delir se regăsește prezentat parțial în lucrările ulterioare ale lui Kraepelin despre formele paranoide ale demenței precoce și cele ale lui Bleuler despre schizofrenie. Atent la atitudinile parentale, interacțiunile familiale și la condițiile de locuit în spații prea strâmte, cu multe persoane, Lasègue împreună tot cu J. P. Falret a conceptualizat sindromul nebuniei în doi, *Folie à deux*<sup>32</sup>, numit și Sindromul Lasègue-Falret<sup>33</sup>. În clasificările actuale acesta figurează ca tulburare psihotică indusă.

<sup>31</sup> *Grand dictionnaire de la psychologie*, p. 196.

<sup>32</sup> Charles Lasègue, Jean-Pierre Falret, *Shared Delusion*, în *Anthology of French Language Psychiatric Texts*, Institut d'édition Synthelabo, Le Plessis-Robinson, 1999, pp. 199-212.

<sup>33</sup> <http://www.whonamedit.com/synd.cfm/2471.html>.

Psihiatrul **Jean-Pierre Falret**, în 1854, a avut întâietate în descrierea și comunicarea observațiilor sale privitor la prezența maniei și melancoliei la același bolnav, boli considerate, până la el, ca fiind distincte. Noua entitate clinică referitoare la o singură psihoză, în care mania putea alterna cu melancolia, a fost numită de Falret *folie circulaire*, iar mai târziu, în nozografia elaborată de Kraepelin psihoză maniaco-depresivă<sup>34</sup>.

Asistent al lui Charcot, **Louis Jules Ernest Séglas** (1856–1939) a studiat *aliénation du langage*, alienarea limbajului sau incorența limbajului vorbit și scris<sup>35</sup>. Această tulburare de vorbire dusă la extrem, așa zisa *salată de cuvinte*, a fost numită, în 1913, de Emil Kraepelin *schizofazie*, în acest demers fiind influențat de noul concept, din 1911, al lui Eugen Bleuler<sup>36</sup>, asupra unui grup de psihoze disociative, așa cum vom vedea mai încolo. Alte tulburări ale limbajului, logoreea, embololalia, vorbirea automată, alexia, agrafia, pseudo-halucinațiile limbajului interior, precum și modul în care aceste tulburări se corelează în diferite afecțiuni psihice, au fost în centrul preocupărilor lui Séglas. Pentru Séglas, ca și pentru alți psihiatri organiciști Carl Wernicke, Gaetan Gatian de Clérambault, halucinațiile sunt fenomene elementare de excitație ai centrilor psihosenzoriali<sup>37</sup>. Delirurile, de asemenea, ar fi avut și ele localizări cerebrale, anatomiei patologice revenindu-i obligația să le găsească.

Lui **Carl Wernicke** (1848–1905), psihiatrul cu lucrări de renume în domeniile neurologiei și neuropsihologiei, i se datorează reușita localizării afaziei receptivă sau senzoriale într-o anumită zonă corticală ce cuprinde girusul temporal posterior din emisfera dominantă. Atât zona respectivă de asociere a limbajului, cât și afazia îi poartă numele. Fără să fie psihotic, un pacient cu afazia Wernicke, cu toate că are conștiința clară și vorbește cu tonalitate adecvată, corect gramatical, dar jargonofazic, stereotipizat și chiar logoreic, nu înțelege sensul cuvintelor vorbite sau scrise, nu le poate descifra simbolistica<sup>38</sup>. Partizan al unei organogeneze totale a psihozelor, Wernicke oferă, după Henri Ey, exemplul unui „organo-mecanicism-anatomo-localizator în psihiatrie”<sup>39</sup>. Împotriva teoriei unei lezionalități precise, astăzi se știe că datorită interconexiunilor neuronale, cortexul funcționează ca un vast sistem de integrare și diferențiere ale tuturor funcțiilor senzorio-motorii, indiferent că acestea se află în uz sau că trebuie suplinite din cauza unui deficit, în această ultimă situație, în raport cu dimensiunile potențialului său funcțional restant.

**Wilhelm Griesinger** (1817–1868), în afara activității sale ca neurolog, și-a adus contribuția la teoriile despre psihoză, în 1845, prin partizanatul său pentru psihoza unică, alături de Joseph Guislain și Ernst Albrecht von Zeller. Influențat de tabloul clinic al paraliziei generale, descris de Bayle, preluat ca model, Griesinger vedea în succesiunea formelor evolutive ale unei psihoze, un proces patologic unitar. El a susținut că melancolia, principala formă de boală psihică, evoluează în conti-

<sup>34</sup> *Grand dictionnaire de la psychologie*, p. 300.

<sup>35</sup> Henri Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, *op. cit.*, p. 110.

<sup>36</sup> *Lecții de psihiatrie*, vol. II, Institutul Medico-Farmaceutic, București, 1964, p. 208.

<sup>37</sup> *Ibidem*, p.515.

<sup>38</sup> Constantin Gorgos (sub redacția), *op. cit.*, pp. 87-88.

<sup>39</sup> *Grand dictionnaire de la psychologie*, p. 830.



nuare sub forma maniei, starea sa finală fiind demența<sup>40</sup>. Crediința lui că boala mintală este o boală a creierului, nu-l îndepărta de ideea că factorii psihologici, la rândul lor, sunt factori cauzatori. Regăsim o trimitere la conceptul lui Griesinger în extinderea la toate psihozele („la psychose”) a forcluziunii descrisă de J. Lacan în structura paranoiei<sup>41</sup>. O întrebare cu răspuns deschis este de ce medicația psihotropă pentru psihoze este în linii mari aceeași?

Lipsit de o fundamentare anatomopatologică a patologiei psihice, **Emil Kraepelin** (1856–1926), în cele nouă ediții continuu îmbunătățite ale unui *Tratat de psihiatrie*, apărute între 1883–1927, ultima ediție postumă, adoptă criteriul evoluției pentru elaborarea primei clasificări coerente a bolilor psihice<sup>42</sup>. Demersul său plin de abnegație, odată ce avea ca obiectiv unic clasificarea ideală a bolilor, lăsa unei rezolvări ulterioare cauzele și tratamentul acestora. Kraepelin a stabilit mai întâi cadrul nosografic al psihozelor cronice și le-a împărțit în două mari grupe. Prima cuprindea psihoza maniaco-depresivă, căreia i se recunoștea patologia timică majoră și evoluția periodică. În cea de-a doua grupă intra demența precoce, *dementia praecox*, caracterizată printr-o slăbire psihică progresivă cu evoluție către o deteriorare cognitivă. Această psihoză, debutând la o vârstă tânără, confirmă precocitatea instalării demenței, în comparație cu demența senilă. Formele descrise erau: hebefrenică, catatonică, delirant-paranoidă și atenuată. Ultima formă, deoarece nu ducea așa repede la „dezagregarea personalității”, va fi încadrată de Kraepelin, în 1912, într-o grupă aparte a parafreniilor<sup>43</sup>. De asemenea, Kraepelin bazându-se pe forma de debut, istoria naturală a bolii și desfășurarea logitudinală a acesteia, a făcut distincția între demența precoce și psihoza maniaco-depresivă. Dacă pentru prima evoluția era relativ cronică și marcată de deteriorare, pentru a doua, după parcurgerea unui episod tipic simptomatologic, putea urma o remisiune completă până la următorul episod<sup>44</sup>. Munca enormă a lui Kraepelin se poate crede că s-a dăruit unui proiect în care teoretizarea evoluției unor manifestări clinice grupate și încadrarea bolilor conform acestor teorii, ar fi avut ca scop să demonstreze că psihozele sunt endogene și sfârșesc, conducând indivizii, mai repede sau mai lent, la o deteriorare globală. În aceste condiții, locul psihoticilor, cu psihoze endogene, nu era în altă parte decât în instituții unde internarea devenea definitivă și irevocabilă.

A clasifica o tulburare psihică, după ce s-a putut face recunoașterea ei prin diagnostic, se impunea, pentru Kraepelin, înaintea stabilirii cauzelor și tratamentului<sup>45</sup>.

Totodată, deoarece vroia să identifice mecanismele psihozelor, Kraepelin a strâns în jurul lui câțiva dintre cei mai buni neoropatologi germani: Alois Alzheimer (1864–1915), Korbinian Brodmann (1868–1918), Franz Nissl (1860–1919).

<sup>40</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Unitary\\_psychosis](https://en.wikipedia.org/wiki/Unitary_psychosis).

<sup>41</sup> <http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Psychose-unique>

<sup>42</sup> Constantin Gorgos (sub redacția), *op. cit.*, vol. II, 1988, p. 1006.

<sup>43</sup> *Grand dictionnaire de la psychologie*, p. 418.

<sup>44</sup> Nancy C. Andreasen, Donald W. Black, *Introductory textbook of psychiatry*, în „American Psychiatric Publishing”, Inc., 2001, p. 13.

<sup>45</sup> Gérard Massé, Alain Jacquart, Michel Ciardi, *op. cit.*, p. 32.

Alzheimer, aflând de decesul unei paciente, Auguste Deter<sup>46</sup>, la vârsta de 51 de ani, după ce o urmărise pentru demență mai mulți ani, a avut șansa descoperirii la autopsie a unor leziuni edificatoare pentru tabloul clinic al pacientei. Modificările constatate de Alzheimer nu mai fuseseră descrise până atunci. Într-un creier redus ca masă, în regiunile frontale și parietale, dispăruseră în grupuri compacte mare parte din celulele nervoase și, în schimb, se puteau vedea acumulări de proteine sub formă unor plăci la nivelul întregii scoarțe cerebrale. Leziunile specifice descrise, corelate cu semnele clinice ale unei involuții precoce, grav deteriorativă, au devenit patognomonice pentru demența presenilă și senilă care poartă de atunci numele de Boala Alzheimer.

Cu excepția acestei descoperiri, colectivul de neuropatologi, din jurul lui Kraepelin, la autopsia unor pacienți cu demență precoce și psihoză maniaco-depresivă, nu a mai găsit leziuni anatomice, post-mortem, specifice. Deși, fără să poată fi corelate cu clinica celor două psihoze, au fost observate, ocazional, unele modificări de la normalitate la nivelul ambelor regiuni frontale și temporale<sup>47</sup>.

**Gaetan Gatian de Clérambault** (1872–1934) este psihiatrul francez, care a lucrat în Infirmeria Specială a Prefecturii de Poliție din Paris, unde a început ca intern și a sfârșit ca medic șef. Clérambault consulta în jur de 2000 de persoane pe an<sup>48</sup>, în situația în care acestea aveau tulburări mentale și deranjau ordinea publică. Studiile sale efectuate asupra psihozelor toxice bazate pe observarea tulburărilor psihice cauzate de intoxicațiile cronice cu alcool, eter și cloral, un hipnotic nebarbituric, l-au făcut cunoscut în lumea medicală. Dintre tulburările delirante întâlnite, pe Clérambault l-a preocupat să descrie sub diferitele sale forme delirul erotomanic sau iluzia de a fi iubit, ca o posibilă psihoză pasională<sup>49</sup>. El a distins această tulburare survenită la persoane considerate normale până la debutul erotomaniei, de delirul erotomanic apărut la persoane cu psihoze aflate deja în evoluție<sup>50</sup>.

Clérambault este prezent nu numai în istoria psihiatriei, dar și în orice semiologie psihiatrică bazată pe înțelegerea și devenirea conceptelor. Celebritatea i-a adus-o munca sa la conceptualizarea a ceea ce el a numit „automatism mental” ca generator de delir cronic<sup>51</sup>. Lucrarea sa aparține aparent organicismului și unui atomism psiho-fiziologic localicist, aceluși organo-mecanicism popular în psihiatria secolului al XIX-lea, așa cum rezultă din critica lui Henri Ey (*Études psychiatriques*, tome I, 1952)<sup>52</sup>. Cu toate acestea, ecloziunea delirului surprinsă ca un fenomen autonom a îmbogățit cunoașterea stadiilor precoce ale delirurilor. Diferitele tulburări

<sup>46</sup> [https://fr.wikipedia.org/wiki/Alois\\_Alzheimer](https://fr.wikipedia.org/wiki/Alois_Alzheimer)

<sup>47</sup> Nancy C. Andreasen, Donald W. Black, *op. cit.*, p. 13.

<sup>48</sup> Gérard Massé, Alain Jacquart, Michel Ciardi, *op. cit.*, p. 52

<sup>49</sup> Gaetan Gatian de Clérambault, *Passionate Delusions; Erotomania, Claiming, Jealousy. Patient Description*, în *Anthology of French Language Psychiatric Texts*, Institut d'édition Synthelabo, Le Plessis-Robinson, 1999, pp. 475-492.

<sup>50</sup> Jacques Postel, *Gaetan Gatian de Clérambault*, <http://www.universalis.fr/encyclopedie/clerambault-gaetan-gatian-de>.

<sup>51</sup> *Grand dictionnaire de la psychologie*, p. 133.

<sup>52</sup> Jacques Postel, *op. cit.*

care se pot reuni în sindromul de automatism mental sunt: tulburări ale gândirii și ale limbajului interior, ecou al gândirii, amintiri evocate cu forța, pseudo-halucinații și halucinații auditive verbale, automatisme motorii și senzoriale supraadăugate, toate acestea întreținând o veritabilă impresie de acțiuni impuse conștiinței persoanei din exterior, ca o invadare fără voie, ca o luare în posesie de ceva/cineva străin. Termenul generic pentru astfel de trăiri impuse din afară este de xenopatie. După Clérambault, fenomenele xenopatice, puse în evidență, nu sunt secundare într-o psihoză, sunt autonome, dar și primitive. Sindromul de automatism mental, inițial „neutru”, nu afectează subiectul decât în mod pasiv. Ceea ce nu înseamnă că, treptat, persoana care trăiește fenomenele unui sindrom de automatism „nu se apără de acesta prin delir, delir pe teme de influență sau de persecuție, cel mai adesea”<sup>53</sup>.

Personalitatea și opera lui Clérambault au influențat gândirea unui psihiatru fenomenolog Eugene Minkowski și, în special, gândirea lui Jacques Lacan, care a amintit în mod constant importanța învățăturilor clinice excepționale primite de la acesta, considerându-l „singurul său profesor în psihiatrie”<sup>54</sup>.

**Paul Eugen Bleuler** (1857–1939) a condus două spitale de psihiatrie cel de la Rheinau, un imens azil cu bolnavi cronici pe care l-a reformat, umanizându-i modul de îngrijire a bolnavilor, și spitalul din Burghölzli, lângă Zurich, spital pe care înaintașul său, **Auguste Forel** (1848–1931) îl făcuse vestit în toată lumea<sup>55</sup>. Bleuler, în anii săi de formație, lucrase cu Charcot și Magnan la Paris. Lui Bleuler îi aparține înlocuirea termenului de demență precoce, crearea termenului de schizofrenie, în monografia *Dementia praecox, oder die Gruppe der Schizophrenien*, lansată în lumea medicală, în 1911, și conceptul de grup de schizofrenii, intrat în circulație după descrierea sa magistrală. În cursul celor 12 ani petrecuți la Rheinau cunoscuse mulți bolnavi cu care a stat de vorbă, stabilind un contact afectiv – *affectiver Rapport*<sup>56</sup>. Bleuler structurase o nouă teorie, contrară celei organiciste ce era încă în vogă pe vremea sa. Schizofrenia se datora unei cauze necunoscute, poate o substanță toxică produsă de creier, în concepția vremii un fel de auto-toxicitate, dar pe care creierul nu putea s-o elimine, ereditatea având și ea un rol precumpănitor în apariția acestei boli<sup>57</sup>.

Bleuler a vorbit pentru prima dată, în descrierea afecțiunii, de simptome primare sau fiziogene, considerate ca fiind produse de un proces organic necunoscut, și simptome secundare sau psihogene provenite din primele. Se crede că inspirat de modelul scăderii tensiunii psihologice în etiopatogenia psihasteniei, model elaborat de Pierre Janet, Bleuler pune pe seama slăbirii tensiunii asociațiilor apariția simptomelor primare, pe undeva asemănător cu ceea ce se întâmplă în visele nocturne și reveriile diurne. La rândul lor simptomele secundare s-ar datora, ca fiind derivate ale simptomelor primare, disocierilor, *Spaltungen*, dintre diferite funcții psihice: afectivitate/inteligență, afectivitate/voință. În aceste condiții, autismul înțeles ca o pierdere a

<sup>53</sup> *Ibidem*.

<sup>54</sup> *Anthology of French Language Psychiatric, op. cit.*, pp. 476-478.

<sup>55</sup> H.F. Ellenberger, *op. cit.*, p. 316.

<sup>56</sup> *Ibidem*.

<sup>57</sup> H.F. Ellenberger, p. 316.

contactului cu realitatea era consecința disocierilor. Noul concept al schizofreniei era mai cuprinzător decât cel al demenței precoce, Bleuler introducând în noul său concept și formele acute, până la el văzute ca fiind separate de trunchiul afecțiunii. Bleuler considera că formele acute dacă sunt tratate prin atribuirea de activități responsabile, în condiții de confort și înțelegere empatică, se pot vindeca. Dacă formele acute nu sunt tratate corespunzător se vor croniciza. În consecință în conceptul lui Bleuler despre schizofrenie nu era numai teorie, ci și indicația de necesitate stringentă a implicării terapeutice, întemeiată pe comprehensiunea psihologică<sup>58</sup>.

În 1915, tânărul medic **Petre Pitulescu** (1880–1936), șef de lucrări și șeful laboratorului de la „ospiciul”, Mărcuța, cu studii de medicină la Institutul de Medicină Militară din București, completate la Paris, Berlin și Viena<sup>59</sup>, publică un articol *Psychiatria până în 1915*, în *Revista Științelor Medicale*. Autorul își propunea să înfățișeze, cu entuziamul celui care se avântă într-un „domeniu încă labirintic”, „starea psihiatriei până în ultima zi”<sup>60</sup>. Articolul cuprinde clasificarea la zi a psihozelor și felul în care noile concepte, inclusiv „ideile kraepeliene”, și noile terapii au fost introduse în Regatul României de către o pleiadă de medici români de valoare, unii deja consacrați, alții în curs de consacrare în țară și în străinătate. Prin urmare, alături de personalități ale neurologiei, psihiatriei și microbiologiei, din întreaga lume, figurează: Alexandru A. Sutz, Alexandru Obregia, Constantin Ion Parhon (coautor alături de Arthur Biedl, Wilhelm Falta și Lewadowski la un tratat ce cuprindea și „tulburările psihice din endocrinopatii”), Constantin Botez, Petre Ștefan Tomescu, microbiologul Constantin Levaditi (naturalizat francez în 1908, membru corespondent al Academiei Române din 1910), Gheorghe Marinescu și domnișoara doctor Alexandrina Papazolu<sup>61</sup>, aceștia din urmă fiind legați pentru eternitatea istoriei medicinei și poate nu numai, prin lucrări și publicații comune. Modernitatea doctorului Pitulescu în lucrarea tipărită în acel an, în care Europa era în flăcările Primului Război Mondial, rezidă în felul în care le contrapune pe cele două mari autorități în conceptualizarea psihozelor Emil Kraepelin și Paul Eugen Bleuler. Dacă lui Kraepelin îi prezintă modul în care a elaborat conceptul de psihoză maniaco-depresivă din elementele conceptuale ale depresiei și maniei, surclasând „vechea concepție franceză”, lui Bleuler îi pune în evidență maniera revoluționară în care a redat spiritul conceptului de schizofrenie: „adică un grup de psychoze care evoluează când lent (cronic), când întrerupt (*pousseuri*), putând să se oprească în orice stadiu sau să retroce-

<sup>58</sup> *Ibidem*, pp. 316-317.

<sup>59</sup> Constantin Gorgos (sub redacția), *op. cit.*, vol. III, 1989, p. 574.

<sup>60</sup> P. Pitulescu, *Psychiatria până în 1915*, în „Revista Științelor Medicale”, Nr. 3-4, Martie-Aprilie, 1915, p.1.

<sup>61</sup> Elevă a lui Gheorghe Marinescu, a testat serul pacienților cu secreție, în exces, a hormonului tiroidian, prin reacția de fixare a complementului față de extractul tiroidian, și a găsit valori pozitive, la fel cum au fost găsite de alți cercetători peste 50 de ani, după ce, în 1911, rezultatele prezentate în fața Academiei de Științe din Paris nu au fost luate în seamă, pentru că nu au fost înțelese. (După prezentarea susținută de Deborah Doniach la al VI-lea Congres Internațional de Endocrinologie, din Toronto, 1984), [http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781483273983/sample\\_757525.pdf](http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781483273983/sample_757525.pdf).

deze, fără a ajunge la o restituție *ad-integrum*. Ea e caracterizată printr-o desagregare specială, o alterare particulară a gândirii și sentimentelor, precum și a raporturilor cu mediul extern. Cu alte cuvinte există la toate aceste cazuri o *disociare (spaltung)* mai mult sau mai puțin evidentă a funcțiilor psihice, (care și ele însăși pot fi bune, normale, care, când boala este mai intensă), face ca personalitatea să-și piardă unitatea ei internă, și atunci persoana este dominată când de un complex psychic, când de altul, celelalte complexe sau grupe de tendințe sunt eliminate sau incapabile, insuficiente. Chiar ideile sunt parțial gândite; și din aceste fragmente ei constituiesc idei în mod anormal. Concepția este de asemenea incompletă, fiind compusă numai din reprezentări parțiale. De aci bizareria în idei, în acte și conduită”<sup>62</sup>.

Viziunea organo-dinamică inițiată de Bleuler și promovată de Henri Ey, numit și Papa de la Bonneval (după localitatea cu un spital de psihiatrie al cărui medic șef a fost o viață), s-a dezvoltat după modelul alcătuit pe baza concepțiilor lui **Pierre Marie Félix Janet** (1859–1947) și **John Hughlings Jackson** (1835–1911). De la Jackson a preluat ideea de structurării conștiinței în epilepsie, disoluția sau dezintegrarea activității psihice și nervoase urmând în sens invers nivelurile de evoluție sau de integrare<sup>63</sup>. „Jackson ținea cont de evoluția sistemului nervos. Anumiți centri ai sistemului nervos ai omului sunt mai recenți în evoluție decât alții. Acești centri sunt cu atât mai vulnerabili cu cât ei sunt mai recenți, și, când funcționarea unuia dintre ei este perturbată, activitatea centrilor mai vechi sporește cu atât mai mult. De unde diferențierea sa, în cazul leziunilor nervoase, între simptomele negative (efecte directe ale leziunii) și simptomele pozitive (rezultanta reactivării funcțiilor centrilor mai vechi)”<sup>64</sup>. Din acest schimb între centri rezultă și aspectul de dinamic. Termenul desemnează mai multe opoziții în mișcare și contraschimb: „aspectul fiziologic prin opoziție aspectului anatomic, aspectul funcțional prin opoziție aspectului organic, componenta regresivă prin opoziție *statului quo*, toate exprimând în același timp aspectul energetic, și de asemenea, uneori, ideile de conflict și rezistență”<sup>65</sup>.

În disoluția care interesează funcțiile cerebro-psihice superioare are loc eliberarea unor funcții arhaice inferioare, până atunci controlate și inhibate de la un nivel superior.

Modelul teoretic fundamental al lui **Henri Ey** (1900–1977), inspirat de Jackson, și completat prin contribuțiile conceptuale ale psihologilor, fiziologilor și medicilor care au luat ca punct de pornire termenul de *dinamic* (presupus că ar fi fost creat de Leibniz<sup>66</sup>), s-ar rezuma la următoarele enunțuri:

- „1. organismul și organizarea psihică care emerge din el sau i se suprapune constituie un edificiu dinamic și ierarhizat, care rezultă din evoluția, maturizarea și integrarea structurilor stratificate ale funcțiilor nervoase ale conștiinței și persoanei;
2. boala psihică este efectul unei disoluții, unei de structurării sau al unei anomalii de dezvoltare a acestui edificiu structural;

<sup>62</sup> P. Pitulescu, *op cit.* p.18.

<sup>63</sup> Henri Ey, *Conștiința*, Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1983, p. 112.

<sup>64</sup> H.F. Ellenberger, *op. cit.*, p319.

<sup>65</sup> *Ibidem*.

<sup>66</sup> *Ibidem*, p. 317-318.

3. procesul organic este agentul acestui accident evolutiv: el are o acțiune distructivă sau negativă;
4. regresia sau nematurizarea la un anumit nivel sau la altul dau bolii mentale fizionomia sa clinică, aceea a unei organizări pozitive.”<sup>67</sup>

Acest paragraf se regăsește reproduș cu cuvânt cu cuvânt, fără citarea în text a autorilor, sub forma unor „principii” care au stat la baza organodinamismului, de către V. Predescu, în cele două ediții ale tratatului său de *Psihiatrie*<sup>68</sup>. Am ținut să menționez acest fapt, deoarece principiile enunțate au stabilit niște jaloane pentru formarea conceptuală a câtorva generații de psihiatri din România.

Aplicând aceste principii experiențelor psihotice delirante ale dedublării, H. Ey se interesează ce se întâmplă la nivelul unei conștiințe halucinante. Atribuirea experienței „vocalor” unei dezordini „a spațiului trăit al reprezentării”<sup>69</sup> îl face pe psihiatrul teoretician să aducă ca argument un citat din M. Merleau-Ponty: „Ceea ce garantează sănătatea unui om împotriva delirului sau halucinației nu este funcția sa critică, ci structura spațiului său [...] Ceea ce face din halucinație mit este îngustarea spațiului trăit”<sup>70</sup>. Halucinația are un rol protector după Ey, „impostura” ei împiedicând destruc-turarea conștiinței, deoarece halucinația este „posibilă” pentru cel care o experimen-tează și imposibilă pentru oricine altcineva. Scriind despre conștiința halucinantă, care pentru ea însăși este halucinantă, Henri Ey afirmă „fenomenologia experienței dedublării halucinatorii comportă trăirea unei obiectivări”. În continuare, într-o paran-teză, autorul, care îi recunoscuse anterior o gândire fenomenologică lui Clérambault, leagă obiectivarea dedublării halucinatorii de o materializare și o mecanizare iluzorie a gândirii sub forma sindromului de automatism mental<sup>71</sup>.

De altfel, în timp, H. Ey ajunge la o concluzie referitoare la toate tulburările psihice majore, deci și la conceptul său despre pshoză, concluzie eliberată de nume-roasele influențe ale vastei sale culturi medicale: „orice formă psihopatologică cere în mod imperios pentru formarea sa, la un moment dat și într-o stânsă unitate, o tulburare organică primordială și o structură psihologică necesară care să-i constituie fenomenologia, baza sa existențială”<sup>72</sup>.

Viziunea socio-psihogenică asupra factorilor de mediu în bolile psihice își are ori-ginea istorică în timpuri îndepărtate prin atribuirea nebuniei unor cauze morale. Aceste cauze morale le găsim amalgamate, în secolul al XIX-lea, în concepțiile psihiatrului francez, **Bénédict Augustin Morel** (1809–1873), cel care scriind despre degenerescența morală – un stigmat ereditar al bolnavilor psihic –, se exprima și despre condițiile de viață mizere suportate de-a lungul mai multor generații de cei cu tare psihice și boli mentale episodice sau cronice, damnați să perpetueze niște „descendenți degenerați”<sup>73</sup>.

<sup>67</sup> Henri Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, *Manuel de Psychiatrie, op. cit.*, pp. 74-75.

<sup>68</sup> V. Predescu (sub redacția), *Psihiatrie*, Ed. Medicală, București, 1976, pp. 43-44; ediția a II-a actualizată și completată, vol I, 1989, pp. 43-44.

<sup>69</sup> Henri Ey, *op. cit.*, p. 99.

<sup>70</sup> *Ibidem*, p.100.

<sup>71</sup> *Ibidem*, p.104.

<sup>72</sup> *Grand dictionnaire de la psychologie*, p. 297.

<sup>73</sup> *Ibidem*, p. 478.

Mentalitatea colectivă a păstrat întotdeauna legătura între catastrofe, situații dramatice, frustrări sociale, conflicte sociale, abuzuri familiale, abandon și îmbolnăvirile psihice. Teoriile, care văd bolile psihice ca reacții psihogenetice la neadaptare și condiții vitrege de mediu, au dezvoltat conceptul de formațiune în literatura anglo-saxonă, în legătură cu bolile psihice exogene, extinderea teoretizărilor fiind preocuparea Gestaltpsihologiei behavioriste sau a nervismului pavlovian și reflexologiei din Rusia, mai târziu Uniunea Sovietică.

Medicul și fiziologul rus, deținător al premiului Nobel, în 1904, **Ivan Petrovici Pavlov** (1849–1936), a explicat toate simptomele nevrotice sau psihotice ca manifestări ale excitației și inhibiției sistemului nervos. Împreună cu alt medic, Ivan Mihailovici Secenov (1825–1904), Pavlov a fost plasat, din motive ideologice, în postura de fondator al unui curent filosofico-medical numit nervism, conform căruia activitatea reflexă caracteristică activității corticale se află la baza vieții psihice și adaptării la mediu<sup>74</sup>. Expresiile cele mai comune ale pavlovismului și implicit ale nervismului erau: reflexul condiționat, asocierea unui stimul neutru cu un reflex necondiționat, primul sistem de semnalizare, al doilea sistem de semnalizare, interacțiunea cortico-subcorticală, tulburările de dinamică ale proceselor cerebrale cu caracter local sau general al întregii activități nervoase superioare. După V. Predescu, în tratatul său de *Psihiatrie*, se poate afla că: „Solicitarea și suprasolicitarea proceselor de excitație sau inhibiție determină apariția unor zone cu funcționalitate anormală denumite de I.P.Pavlov «șipca», care pot sta la baza mecanismelor patogenice ale unor simptome nevrotice sau psihotice”<sup>75</sup>.

Stările de agitație psihomotorie, demonstrativitatea patologică histerică, precum puerilismul și teatralismul, și nu în ultimul rând, tabloul clinic din schizofrenia hebefrenică și catatonică sunt cauzate, după Pavlov, de o „furtună subcorticală” produsă de perturbarea „raporturilor cortico-subcorticale” și eliberarea „formațiunilor subcorticale de sub controlul scoarței”<sup>76</sup>.

O importanță deosebită în introducerea teoriilor sociogenice în cunoașterea patologiei psihiatrice a avut-o **Kurt Zadek Lewin** (1890–1947), un psiholog germano-american, în contact direct cu Gestalt psihologia germană, contact, plin de contribuții personale, păstrat până când nu a realizat cum câmpurile de forță din mintea indivizilor și grupurilor de indivizi nazificați îi pot pune în pericol viața. Fapt care l-a obligat să-și continue prelegerile și cercetările, peste ocean, la diferite universități americane: Stanford, Iowa, Cornell, Harvard<sup>77</sup>. Lewin publică, în 1936, *Principii de psihologie topologică*, carte în care se ocupă de câmpurile relaționale ale unui individ ca structuri aflate în raporturi de proiecție și reciprocitate<sup>78</sup>. În înțelegerea comportamentului unei persoane, dă importanță mai degrabă situației de moment a acesteia, decât întregului ei trecut. Opera sa în care sunt cuprinse modelele topologice și formula:  $B = f(P, E)$

<sup>74</sup> Constantin Gorgos (sub redacția), *op. cit.*, vol. III, 1989, p. 202.

<sup>75</sup> V. Predescu, *op. cit.*, pp. 73-74.

<sup>76</sup> *Ibidem*, p. 74

<sup>77</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Kurt\\_Lewin](https://en.wikipedia.org/wiki/Kurt_Lewin).

<sup>78</sup> Henri Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, *op. cit.*, p. 73.

[comportamentul (B) este funcția unei persoane (P) în mediul său (E)], îi acordă lui Lewin meritul de a fi fondatorul psihologiei sociale<sup>79</sup>.

În istoria dezvoltării conceptelor, o pondere tot mai mare s-a dat logicii comunicării, contrară ideii gestaltiste a topologiei lui Lewin, în centrul preocupărilor ajungând logica unităților minimale specifice structuralismului algoritmic, logica care s-a inspirat din lingvistică și cibernetică<sup>80</sup>.

La studiul psihozelor bazat pe logica comunicării a contribuit și **Gregory Bateson** (1904–1980), un antropolog, lingvist, semiotician, cibernetician, cercetător în științe sociale și soțul lui Margaret Mead, între 1936-1950<sup>81</sup>, acest eminent savant lansând, în 1956, celebra teorie „double bind” sau a dublei legături, cu alte cuvinte, a dublei constrângeri. Nu singur, ci împreună cu colegii săi Donald Jackson, Jay Haley, aparținând unui grup de cercetători din școala de la Palo Alto, California<sup>82</sup>. Bateson și colaboratorii săi în căutarea stabilirii, cel puțin în parte, a etiologiei schizofreniei au cules informații și de la personalul auxiliar din serviciile psihiatrice (co-workers).

Dubla legătură se referă la modul paradoxal de comunicare în familiile din care fac parte bolnavii de schizofrenie. Metacomunicarea nu mai este posibilă și subiectul nu poate înțelege de ce primește mesaje fără niciun sens, dar nici nu se poate retrage sau exclude pe sine dintr-o astfel de comunicare psihopatogenă<sup>83</sup>.

Răspunsul adaptativ al acestor bolnavi la dubla constrângere pe care o suferă în comunicare poate fi privit și ca o experiență catartică și de schimbare existențială din partea lor<sup>84</sup>. Subiectul unei duble constrângeri în limbaj primește mesaje contradictorii, de exemplu: unui copil i se cere să spună ce are de spus liber, dar să și tacă sau i se reproșează că nu spune ce trebuie, atunci când încearcă s-o facă; în altă situație schizofrenogenă copilului i se declară dragoste verbal, dar emoțional prin limbajul non-verbal, mimico-gestual, i se transmite ură sau lipsa de afecțiune. Paradoxalul este regăsit permanent în dubla legătură, de vreme ce și atunci când subiectul nu se supune sau nu reacționează la mesaje, ordine, sugestii, din cauza cotradicțiilor conținute, deci și în astfel de situații, pedeapsa primită constă în refuzul afecțiunii sau retragerea oricărei dovezi de atașament. Situațiile repetitive, în care subiectului îi este interzis să recunoască contradicțiile și paradoxurile conținute de mesaje, întrețin o violență inexprimabilă, auto-întreținută, și perpetuează un model de comunicare schizofrenogen<sup>85</sup>. Teoria lui Bateson nu a putut fi testată printr-o cercetare experimentală, prin reproducerea dublei constrângeri în diferite tipuri de familii și în diferite contexte familiale de probă.

Slaba eficiență a metodei comprehensive, mediată de înțelegerea directă empatică în cazul marilor psihoze, a incitat să se treacă la o altfel de înțelegere: comprehensiunea genetică. Această comprehensiune percepe fenomenele psihopato-

<sup>79</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Kurt\\_Lewin](https://en.wikipedia.org/wiki/Kurt_Lewin).

<sup>80</sup> Henri Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, *op. cit.*, p. 73.

<sup>81</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Gregory\\_Bateson](https://en.wikipedia.org/wiki/Gregory_Bateson)

<sup>82</sup> *Ibidem*.

<sup>83</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Double\\_bind](https://en.wikipedia.org/wiki/Double_bind).

<sup>84</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Gregory\\_Bateson](https://en.wikipedia.org/wiki/Gregory_Bateson).

<sup>85</sup> Henri Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, *op. cit.*, p. 550.



logice esențiale (primare) drept ca niște decompensări ale personalității premorbide a subiecților, determinate de biotipurile lor morfologice. Astfel, biotipul asteno-longilin sau leptosom corespunde caracterului sau personalității schizotimice, biotipul picnic caracterului sau personalității ciclotimice, iar cel athletic caracterului sau personalității epileptoide. Potrivit teoriei constituționaliste a lui **Ernst Kretschmer** (1888–1964), exacerbarea cantitativă a unor trăsături constituționale, hiperestezia (sensitivitatea), anestezia (răceala, insensibilitatea), cicloidia (depresia/hipomania), dau posibilitatea apariției unor boli psihice endogene, precum schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă<sup>86</sup>.

Fenomenologia introdusă ca o metodologie în clinica psihiatrică de psihiatrul filosof Karl Jaspers avea ca preocupare să nu deformeze fenomenul clinic al trăirilor bolnavului psihic, să-l descrie în spusele și trăirile sale fără interpretări sau prejudecăți.

**Eugeniusz Minkowski** (1885-1972), folosind metoda fenomenologică inițiată de Jaspers și inspirat de filosofia lui Heidegger, a orientat psihopatologia fenomenologică spre o deschidere către existențialism. În această viziune tulburările temporo-spațiale din stările psihotice au devenit tulburări ale timpului și spațiului trăit, adică ale derulării temporale și ale reprezentării spațiale din experiențele psihice care constituie intuițiile fundamentale ale mișcării. Ca urmare a fenomenului psihopatologic pe care Minkowski îl numește „geometrism morbid”, în universul interior al bolnavului experiența trăirii timpului este dominată de aceea a spațiului<sup>87</sup>. Astfel, psihoticului, în funcție de timpul și spațiul trăit îi pot fi înțelese sentimentele, dorința de izolare și sentimentul de presiune, de luare în posesie de acel fel de necunoscut care-i fură gândurile sau care i le repetă ca un ecou<sup>88</sup>. Trăirile de această natură dezorganizează psihic ființa umană în totalitatea ei, provocând pierderea contactului cu realitatea. Dislocarea sistemului realității, în urma trăirilor delirant-halucinatorii, duc la transformarea lumii și a persoanei în lume, la persoană autistică. *Dasein*-ul său este maniera sa de a fi în lume. Dacă persoana este invadată de un delir, după Minkowski, debutul delirului sau menținerea acestuia la un nivel minim este marcat de raționalizare morbidă<sup>89</sup>.

În anul 1942 **Ludwig Binswanger** a publicat la Zurich, *Formele fundamentale și cunoașterea existenței umane*, un volum de 726 de pagini în care el și-a expus noul său sistem de analiză existențială. Tot ce a asimilat de la Heidegger, Binswanger a folosit „la reconstruirea și la redarea inteligibilă a universului experiențelor interioare ale bolnavilor mintali, se înțelege ale psihoticilor gravi”<sup>90</sup>.

Încercările de a înțelege tulburările mentale denumite psihoze s-au împiedicat de-a lungul scurtei istorii a psihiatriei, din secolul luminilor până în prezent, de dezbaterile nosografice. Cum poate fi încadrată științific o boală psihică? a fost întrebarea pe care și-au pus-o generații de psihiatri.

<sup>86</sup> *Ibidem*, p. 731.

<sup>87</sup> H.F. Ellenberger, *op. cit.*, p. 875.

<sup>88</sup> Henri Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, *op. cit.*, pp. 101-102.

<sup>89</sup> *Ibidem*, p. 562.

<sup>90</sup> H.F. Ellenberger, *op. cit.*, pp. 888-889.

Abordarea nosologică a rămas încărcată de erori așa cum a fost aceea pe care **Paul Julius Möbius** (1853–1907) a alcătuit-o, în 1875, când a împărțit psihozele în endogene și exogene. Möbius a convenit că psihozele endogene acoperă spectrul isteriei, melancoliei, maniei, și paranoiei. În 1892, Möbius a pus în lumină, aspectele etiologice care au făcut distincția dintre psihozele endogene și exogene<sup>91</sup>.

**E. Kraepelin** și **H. Tellembach** au înțeles conceptul de endogen în patologia mentală ca tot ceea ce etiologic ține de mediul intern al organismului ca și de organizarea interioară a persoanei. Mai detaliat această interioritate ar cuprinde atât constituția biopsihologică a persoanei, cât și structura sa genotipică care în traiectoria sa existențială ar putea suferi o alterare și o stare de alienare în cadrul unei psihoze<sup>92</sup>.

E. Kraepelin, P.J. Möbius și K. Jaspers au folosit conceptul exogenității pentru etiologia bolilor psihice prin orice ține de cauze exterioare: evenimente, factori improprii din mediu, condiții sociale inadecvate etc. În aceeași categorie a exogenității intră și orice afecțiune somatică cu repercusiuni psihice. **Karl Bonhoeffer** (1868–1948) preocupat de patologia psihică de graniță a descris „sindroamele exogene acute” apărute în cadrul infecțiilor și intoxicațiilor ca reacții exogene nespecifice. Diferite boli somatice se pot manifesta psihic în același mod simptomatologic și sindromologic, ca de exemplu tabloul clinic psihiatric comun remarcat în stările de alterare a conștiinței<sup>93</sup>.

Criteriul comprehensibilității al lui Jaspers a făcut, la rândul lui, distincția dintre reacțiile psihogene și procesele funcționale care stau la baza psihozelor endogene - schizofrenia și psihoza maniaco-depresivă-, și procesele organice care generează psihoze organice și infecțioase<sup>94</sup>.

Conceptul de endoreactivitate în legătură cu bolile psihice, particularizat de Hans Jorg Weitbrecht (1910–1975) la o anumită categorie de psihoze depresive, subsumează factori exogeni (favorizanți sau determinanți) și factori endogeni biopsihologici relevați în conținutul și expresia trăirilor psihopatologice, precum ideile micromanice de inutilitate, de devalorizare extremă și de incurabilitate<sup>95</sup>.

Entitatea unei psihoze în care se regăsește o mixtură de simptome din tabloul schizofreniei și al psihozei afective a fost descrisă de Jacob Kasanin, în 1933, sub numele de psihoză schizoafectivă<sup>96</sup>.

Sigmund Freud preia din literatura medicală termenul de psihoză din 1894, folosindu-l ulterior „pentru a desemna reconstrucția inconștientă de către subiect a unei realități delirante sau halucinatorii”<sup>97</sup>. În continuare, termenul de psihoză a fost folosit cu reticență ca fiind specific unei patologii azilare în care rațiunea era abolită, dar psihoza a fost recunoscută ca parte distinctă dintr-o triadă care mai cuprindea

<sup>91</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Paul\\_Julius\\_Möbius](https://en.wikipedia.org/wiki/Paul_Julius_Möbius).

<sup>92</sup> *Grand dictionnaire de la psychologie*, p. 266.

<sup>93</sup> Constantin Gorgos (sub redacția), *op. cit.*, vol. I, p. 450.

<sup>94</sup> V. Predescu, *op. cit.*, p. 58.

<sup>95</sup> Constantin Gorgos (sub redacția), *op. cit.*, vol. II, p. 76.

<sup>96</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Schizoaffective\\_disorder](https://en.wikipedia.org/wiki/Schizoaffective_disorder).

<sup>97</sup> Élisabeth Rudinesco, Michel Pion, *Dicționar de psihanaliză*, Ed. Trei, București, 2002, pp. 763-764.

nevroza și perversiunea. De abia după anul 1924, Freud a renunțat la termenul de nevroză narcisică care viza până atunci, și entități psihiatrice bine conturate, precum dementia praecox, paranoia, și melancolia<sup>98</sup>. Dintre terminologiile psihiatrice uzuale în epocă, a ales-o pe cea a lui Kraepelin, în detrimentul celei a lui Bleuler, adoptând totuși conceptul de disociere și renumindu-l „clivaj al Eului”<sup>99</sup>. Dintre psihoze paranoia era mai privilegiată din perspectiva conceptualizării, față de schizofrenie, paranoia servindu-i ca model structural, pornind de la cazul președintelui Schreber. După elaborarea celei de-a doua topici, începând cu anul 1920, psihoza este definită „ca o reconstrucție inconștientă a unei realități halucinatorii în care subiectul este orientat exclusiv către sine însuși, într-o situație sexuală auto-erotică”<sup>100</sup>. Nevroză a fost conceptualizată ca produsul psihogenetic al unui conflict intrapsihic netranșat încă din copilărie și declanșat de un context specific, iar psihopatia ca un rezultat al negării castrării<sup>101</sup>.

Jaspers a operat în mod distinct deja din prima ediție a Psihopatologiei generale, apărută în 1913, cu conceptele de psihoză, nevroză și reacție psihică. Psihozele, după Jaspers, dacă se desfășoară în cadrul unui proces natural (*processus*), sunt rezultatul unor tulburări organice. Nevrozele țin de biografia indivizilor și sunt dezvoltări provocate de conflicte și factori psihologici pe un fond de integritate a substratului organo-cerebral. Psihozele reactive sau reacțiile psihogene pot fi înțelese în contextul unei personalități premorbide și al evenimentelor particular-dramatice suferite de o persoană. Reacțiile și nevrozele corespund în abordarea lor subiectivă criteriului comprehensibilității, spre deosebire de psihozele procesuale care pot fi deschise unei cunoașteri naturale și științifice, nefiind comprehensibile în fazele procesuale. Restructurările psihopatologice secundare pot fi fenomenologic comprehensibile<sup>102</sup>.

Din această travaliu de conceptualizare rezultă importanța pe care Jaspers a dat-o diagnosticării, pentru alegerea unei atitudini terapeutice responsabile, în numele a ceea ce el a numit „Principiul ierarhic”. Fiind cuprins în Psihopatologia generală, mai sus amintită, mi-am permis să-l reproduc din lucrarea lui Martin Bürgy, citată anterior: „simptomele patologice sunt stratificate ca o ceapă, primele, psihopatiile, cu simptome degenerative, dar, de asemenea, și psihoza maniaco-depresivă a lui Kraepelin, formează stratul cel mai mare, exterior, deplasarea spre interior găsește simptomele unui proces (schizofrenia), și în cele din urmă, cele mai intime straturi cuprind simptomele de bază cele ale organicului. Cel mai adânc strat la care se ajunge în cursul examinării unui caz individual este decisiv. Ceea ce pare inițial a fi un caz de isterie se dovedește a fi scleroză multiplă, o suspiciune de neurastenienie este, de fapt, paralizie, depresia melancolică o boală procesuală”<sup>103</sup>.

<sup>98</sup> Martin Bürgy, *op. cit.*, p. 1202.

<sup>99</sup> Élisabeth Rudinesco, Michel Pion, *op. cit.*, p.764.

<sup>100</sup> *Ibidem*.

<sup>101</sup> *Ibidem*, pp. 764-765.

<sup>102</sup> *Grand dictionnaire de la psychologie*, p. 408.

<sup>103</sup> Martin Bürgy, *op. cit.*, p.1202.

În sistematizările actualizate ale tulburărilor psihice, dihotomia dintre cele două concepte psihoză și nevroză s-a șters treptat. Astfel, în Clasificarea Internațională Statistică a Bolilor, la cea de-a zecea sa revizuire (ICD-10), diferențierea dintre psihoză și nevroză a dispărut cu totul. În *Manualul Statistic și de Diagnostic al Tulburărilor Mentale*, ediția a patra (DSM-IV), publicat în 1994, termenul de psihoză a fost evitat și înlocuit cu adjectivul de psihotic, ca un termen doar descriptiv. Astfel, îl găsim atașat tulburărilor psihice cu simptome de tipul halucinațiilor, delirului, vorbirii dezorganizate, catatoniei, ca de pildă în schizofrenie, tulburarea schizo-freniformă, tulburarea schizo-afectivă și tulburarea psihotică de scurtă durată. În spatele acestor revizui, cu amputări și eliminări de concepte, în afară de lipsa unei acoperiri etiologice clarificatoare, pe criterii genetice și biologice, se află încercarea de a elimina stigmatizarea și discriminarea bolnavilor psihic, încă prezentă și grav prejudiciativă în societatea contemporană.