

**Suntem
sănătoși
la minte?**

RADU TEODORESCU
CĂTĂLINA DUMITRESCU
DANIEL DAVID
IOANA SCORUȘ
EUGEN HRISCU
VLAD STROESCU

Suntem sănătoși la minte?

Despre
sănătatea
psihică
în România

Șase abordări

 HUMANITAS
BUCUREȘTI

Redactor: Alexandra Furnea
Coperta: Angela Rotaru
Tehnoredactor: Manuela Măxineanu
Corector: Andreea Niță
DTP: Dragoș Dumitrescu, Veronica Dinu

Tipărit la Master Print Super Offset

© HUMANITAS, 2022

ISBN 978-973-50-7576-7
Descrierea CIP este disponibilă
la Biblioteca Națională a României.

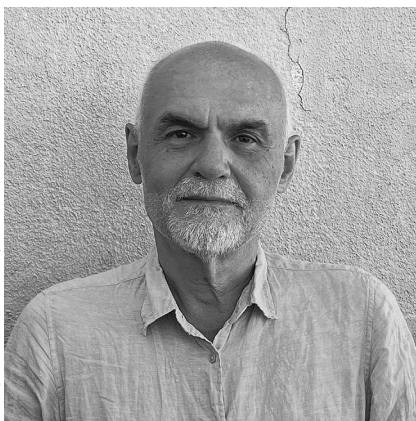
EDITURA HUMANITAS
Piața Presei Libere 1, 013701 București, România
tel. 021/408 83 50, fax 021/408 83 51
www.humanitas.ro

Comenzi online: www.libhumanitas.ro
Comenzi prin e-mail: vanzari@libhumanitas.ro
Comenzi telefonice: 0723 684 194

Cuprins

RADU TEODORESCU Pledoarie pentru psihiatria comunitară	7
CĂTĂLINA DUMITRESCU Sănătatea emoțională pe înțelesul tuturor	27
DANIEL DAVID Un scurt synopsis al sănătății și tulburărilor psihice în România. Implicații pentru pandemie și dincolo de aceasta	55
IOANA SCORUȘ Psihologie și psihologi, psihiatrie și psihiatri	81
EUGEN HRISCU Un cort alb la malul unei mări negre	105
VLAD STROESCU Scurtă istorie a unei psihiatrii	129

Fotografie din arhiva personală



RADU TEODORESCU a absolvit Facultatea de Medicină Generală din București, unde s-a și specializat în psihiatrie. Între 1991–1994 și-a făcut formarea în psihoterapie comportamental-cognitivă la Universitatea Paris V „René Descartes“. A fost bursier New Europe College (NEC) între 1995 și 1999. În anul 2002 a obținut titlul de doctor în științe medicale la Facultatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș“ din Timișoara. Cu sprijinul NEC, a pus bazele studierii terapiilor comportamental-cognitive în România. A publicat articole și a editat cărți de psihiatrie și sănătate mintală. Este membru al Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive și membru internațional al American Psychiatric Association. Face parte din bordul editorial al *The Journal of Nervous and Mental Disease*.

Pledoarie pentru psihiatria comunitară

Prima intră o femeie voinică, tunsă scurt, ochi vii, pășind cu o degajare cumva nepotrivită. Celor mai mulți situația le stârnește o teamă disperată, fiind vorba despre ultima șansă prin care un avocat încăpățânat încearcă să smulgă, mulțumită unui diagnostic psihiatric, circumstanțe atenuante, o condamnare cu suspendare sau, lozul cel mare, un tratament într-o instituție specializată, deci evitarea închisorii. Președintele comisiei, un bărbat corpulent, flasc, părând mai bătrân decât vârsta sa, fumând țigară după țigară, sorbind cu vădită plăcere din cafeaua parfumată, adevărată, din cea care nu se mai găsea de mult pe nicăieri și devenise cadoul cel mai prețuit, aparent răsfoind dosarul pe care gardianul i-l pusese în față, graseind ușor: „Și sunteți tristă...” – propoziția nu părea o întrebare, mai degrabă crea impresia continuării unui dialog. Femeia, dintr-odată nesigură, rosti încet după o pauză un da nehotărât, pe care, dacă ar fi simțit ceva care să o alarmeze în atitudinea legistului, l-ar fi putut transforma la fel de ușor într-un nu. „Mda”, continuă medicul, „și dormiți prost”, de data asta da-ul acuzatei, potențial pacientă, fu mai ferm. „Nu aveți poftă de mâncare” – „Da”; „Nu vă puteți concentra și mintea vă este împâslită” – „Da!”. „De fapt nu mai aveți chef de nimic” – „DA!”.

„Și cum, Doamne iartă-mă, ați reușit să faceți să dispară atâția bani dintr-un magazin sătesc?“ (evitase cu delicatețe cu-vântul furați). Curiozitatea, pentru prima oară, părea reală. „Păi, dom' doctor, eu de-abia știu să scriu, dar nu știu să socotesc și ei îmi dădeau tot felul de hârtii cu numere și eu doar semnam.“ „Bine, ne-am lămurit (comisia era compusă din doi psihiatri și condusă de reprezentantul Institutului de Medicină Legală), sunteți liberă... adică, scuze, puteți pleca.“ Odată rămași singuri, președintele începu să pregătească referatul destinat judecătorului: „Mda, depresie, hm, am uitat să o întreb dacă a mai avut. Probabil că da. Propun să scriem depresie recurentă la un intelect liminar“. Toți zâmbeau. „Ai grijă să n-o scoți oligofrenă, că atunci nu poate să scrie“, glumi unul dintre psihiatri. „A sunat prim-secretarul de la Argeș, este un fel de rudă. A furat 200.000 de lei. Cum o fi putut să scoată atât dintr-un magazin de țară?!“

Ce puteam eu înțelege dintr-o atare scenă ubuescă în prima mea lună de psihiatrie, în anii '80?!

Cu siguranță, orice persoană confruntată cu pierderea libertății trece printr-un moment justificat de tristețe, de dezinteres, lipsă de inițiativă, insomnie și inapetență, așa cum abil notase examinatorul, bifând astfel criteriile necesare diagnosticului pe care îl construia, dar erau trăiri firești într-o situație de viață amenințătoare chiar și pentru un hoț, și nicidecum simptome ce justificau un diagnostic. Auzisem și citisem despre abuzurile din Uniunea Sovietică. Știam despre condamnarea practicilor sovietice în 1977 la Congresul Organizației Mondiale de Psihiatrie și de faptul că România, deși liderii se formaseră la Moscova, nu a fost solidară cu reprezentanții ruși. Asistam nu la abuzul comandat politic în scopul distrugerii vieților nevinovaților, ci mai degrabă la mici aranjamente între membrii unei asociații informale de întraajutorare reciprocă în vremuri tulburi, în cazul de față cu urmări favorabile pentru individ, indife-

rent de aspectul moral. Nu era un abuz psihiatric, ci abuzarea psihiatriei! Și nu era singura posibilă intervenție „salvatoare“ pe care o boală psihică o putea oferi. În Bucureștiul dăruit al anilor '80, diagnosticul psihiatric dădea dreptul la o cameră suplimentară pentru cei mutați cu forța în hidoasele imobile noi împrăștiate la marginea orașului. Mai mult, un tratament psihiatric putea justifica o întrerupere legală a sarcinilor nedorite în lipsa unei suferințe de natură somatică. Încet, încet, descopeream că psihiatria este specialitatea medicală cea mai expusă presiunilor politicului și ale opiniei publice, și asta indiferent de natura democratică sau nu a regimului. Un studiu britanic care analiza pensiunile medicale în timpul anilor Blair identifica o corelație între numărul acestora și rata șomajului în regiunile respective. Se poate presupune că, în situații particulare și în propriul interes, orice putere închide ochii pentru a menține pacea socială sau pentru a cumpăra voturile alegătorilor. Dacă ministrul sănătății britanic din aceeași epocă a recunoscut dreptul la îngrijiri al soldaților întorși din Irak pentru un nou diagnostic, „sindromul războiului din Golf“, același guvern refuza reabilitarea soldaților din Primul Război Mondial, care sufereau într-adevăr de o tulburare de stres posttraumatic. Mai mult, s-a ajuns atât de departe cu negarea suferinței psihice a acestora, încât mulți au fost executați pentru lașitate (o descriere realistă și foarte emoționantă a patologiei o regăsim la personajul Virginiei Woolf, Septimus Warren Smith). Morții nu votează! Și exemplele pot continua.

De ce poate fi astfel deturnat diagnosticul psihiatric? Istoric, psihiatria este o specialitate medicală relativ nouă. Deși descrierea unor suferințe mintale s-a făcut încă din Antichitate, efortul de a înțelege cauzele și de a transforma domeniul într-o ramură a medicinei bazată pe observații și dovezi debutează în secolul al XIX-lea, congruent cu avântul științific general al timpului. Precaritatea cunoștințelor

și a mijloacelor tehnice de investigație a dus la eșecul primei psihiatrii organiciste și a făcut posibilă deriva psihanalitică dintre cele două războaie mondiale, care propunea, seducător, explicații și mai ales soluții. O astfel de derivă nu a avut urmări nefericite numai în domeniu (lipsa eficacității, inventarea unor concepte culpabilizante și misogine de tipul „mamei schizofrenogene“ etc.), ci s-a răsfrânt și în exterior, ducând la fasonarea imaginii publice a psihiatriei și a psihiatrului (vezi reprezentarea acestora, încă din zorii cinematografului, în pelicule precum *Cabinetul Doctorului Caligari*, mergând până la *Hannibal Lecter*). După al Doilea Război Mondial, acumularea cunoștințelor biologice, epidemiologice și terapeutice au impus găsirea unui limbaj psihiatric comun, nepoluat ideologic, așa cum există în toate celelalte specialități medicale, progres altminteri imposibil fără un diagnostic valid. Acesta implică o descriere clinică exactă, analize de laborator care să sprijine diagnosticul, existența unor criterii care să îl delimiteze ferm de alte boli, studii care să urmărească evoluția pe termen lung și studii familiale (Robins și Guze, 1970). Un prim pas îl constituie un diagnostic fiabil (dat de măsura în care, aflați în fața aceleiași pacient, doi medici pun un diagnostic identic). Lipsa lui face imposibil orice demers de înțelegere a cauzelor bolii și deschide poarta utilizării unor patologii istoric tranzitorii cum ar fi fuga patologică sau tulburarea de personalitate multiplă, cu un răsunet fulminant și cu succes uriaș în populație. Acestea cad însă rapid în uitare, fiind comparabile cu un inorog: toată lumea știe ce este, dar problema e că nu există. Printr-o luptă cu conservatorii, greu de înțeles astăzi, un grup de tineri psihiatri americani cu o orientare medical-biologică au stabilit definiții și criterii diagnostice clare, pe cât posibil eliberate de influența unei teorii sau a alteia. Ei au integrat datele obținute din studii realizate cu o metodologie corectă sau considerată ca atare conform standardului istoric, iar rezultatul – o adevărată revoluție la

momentul apariției – a fost *Diagnostic and Statistical Manual*, ediția a treia, sau *DSM-III*, care admite fără ocolișuri lipsa cunoașterii cauzelor și renunță la conceptul de boală înlocuindu-l cu termenul de tulburare mintală. Criteriile de diagnostic folosite au facilitat cercetarea clinică în cadrul tuturor grupelor de afecțiuni asupra factorilor de risc genetic și de mediu, asupra *biomarkerilor*, asupra evoluției, comorbidităților și răspunsului terapeutic al fiecărei entități nozologice. În mod ideal fiabilitatea este de 1, dar ea nu este atinsă întotdeauna nici în bolile somatice (0,73 între doi radiologi care examinează aceeași angiografie renală), astfel că s-a considerat că un diagnostic psihiatric este fiabil peste nivelul de 0,4.

DSM-III și edițiile următoare până la *DSM-5-TR* (2022) au dus la o fiabilitate remarcabilă pentru majoritatea tulburărilor psihice, dar nu pentru toate și, din păcate, în cazul uneia dintre cele mai frecvente, adică episodul depresiv major, nu a izbutit să depășească pragul de 0,28. Pe scurt, o posibilă explicație ar putea să fie nerespectarea definiției tulburării mintale. Autorii *DSM-III* își luau precauții precizând că un mănunchi de simptome clinice pot fi considerate o tulburare „dacă antrenează distress (de exemplu durere), dizabilitate (deficiență într-unul sau mai multe domenii funcționale)“ și nu trebuie să fie „un răspuns previzibil și cultural admis față de un eveniment particular“. Ignorarea ultimei prevederi a *DSM*-ului are drept rezultat o psihiatrizare excesivă, uneori periculoasă a cotidianului, ca și cum suferința reactivă la anumite împrejurări nu își are rost în viața noastră. Această ignorare explică excese făcute cu bună știință și din proprie inițiativă, precum cele descrise în povestea de mai sus despre diagnosticul discreționar dat de o comisie de psihiatrie, sau sub presiunea unor persoane care au convingeri ferme (aici este posibilă o comparație cu mișcarea antivaccinistă). Aceeași tendință se face simțită și sub amenințarea autorităților (de exemplu, tratamentul psihiatric

impus celor care au asistat la un atentat doar pentru că politicienii vor să arate opiniei publice că înțeleg nevoile celor presupus afectați de expunerea la eveniment și îi compătimesc), sau în țări în care amenințarea permanentă cu un proces influențează conduita specialiștilor. Nu înseamnă că „suferința normală“ exclude empatia, posibilitatea consilierii sau a obținerii unui sprijin psihoterapeutic, însă înțelegerea ei în cheie patologică nu este numai incorectă, ci poate fi chiar dăunătoare pentru individ. O persoană care tocmai a emigrat într-o țară străină și a doua zi după sosire află că trebuie să se supună carantinei impuse de pandemie va prezenta cu siguranță modificări comportamentale suferitoare, trăiri emoționale intense și o viziune descurajată asupra viitorului atunci când își va da seama că planurile i-au fost compromise, dar asimilarea acestor manifestări unei depresii și instituirea grabnică a unui tratament medicamentos este o greșeală medicală cu posibile consecințe nefericite.

În afara domeniului, boala psihică provoacă atitudini extreme: nu există, este un pericol extrem sau este incurabilă. În ciuda dificultăților create de moștenirea istorică, de prejudecăți și de stigmă, psihiatria, această Cenușăreasă a finanțării în mai toate țările din lume, a înregistrat un progres spectaculos în domeniul terapeutic, cel puțin egal ca anvergură cu cel din alte domenii medicale, lucru extrem de important, în ultimă instanță, pentru beneficiari.

În 1817, un membru al Camerei Comunelor a Parlamentului Regatului Unit spunea că, atunci când cineva are un bolnav psihic în familie, singura soluție este „să sape o groapă nu atât de înaltă încât persoana să poată sta în picioare, cu un grilaj care să o împiedice să evadeze și prin care să i se dea de mâncare. Și asta până la moarte“. (Shorter, 1998) Câtă vreme majoritatea populației trăia în mediul rural, în comunități relativ reduse și sudate, găsierea unui loc și uneori a unui rost pentru bolnavul psihic era