

UNIUNEA SOCIETĂȚILOR DE ȘTIINȚE MEDICALE
DIN REPUBLICA SOCIALISTĂ ROMANIA

REVISTĂ A SOCIETĂȚII DE NEUROLOGIE, PSIHIATRIE
ȘI NEUROCHIRURGIE

NEUROLOGIE, PSIHIATRIE,
NEUROCHIRURGIE

EXTRAS

3

IULIE — SEPTEMBRIE 1985

Număr caz	Data și locul de debut al bolii psihice	Tratament concomitent	Perioada de psihoterapie controlată	Anul debut	Diagnostic	Înălțimea staturii la debut
1	30.1.1983	sedative ușor și nic. gen.	15.X.1981 15.1.1982	1981	Nevroză asteno- depresivă	F.R. 20
4	30.7.82	"	15.X.1981 15.1.1982	1981	"	G.D. 20
5	30.7.84	"	15.X.1981 15.1.1982	1981	"	T.C. 24

O nouă modalitate de psihoterapie „afirmativă“

M. Lăzărescu, S. Pescariu, A. Dumitrescu

Clinica de Psihiatrie (șef de clinică : dr. M. Lăzărescu), I. M. F. Timișoara

REZUMAT

In lucrare este expusă o nouă metodă de psihoterapie, prin antrenament psiho-corporal cu greutăți, exercițiile fiind însoțite de sugestie și autosugestie. Sunt expuse bazele teoretice ale metodei și rezultatele pozitive obținute la 20 de tineri.

*Psihoterapie
Terapie prin exercițiu*

Mișcarea psihoterapeutică actuală pune un accent tot mai mare pe angajarea pacientului în acțiuni și comportamente afective, care să realizeze un antrenament psihic benefic. În această direcție se dezvoltă multe din tehnicile psihoterapiilor comportamentale. La fel, gesthalt-terapia, ca „prelungire“ a psihanalizei, pune accentul nu pe „analiză“, ci pe comportamentul pacientului în situații interpersonale (1, 2, 3). În contextul acestor orientări s-a imaginat și aplicat o modalitate de terapie prin antrenament psiho-corporal care îmbină sugestia și autosugestia cu exerciții corporale cu greutăți.

Premize teoretice. Felul în care subiectul receptează, resimte, integrează și „utilizează“ propriul corp joacă un rol fundamental în formarea conștiinței de sine (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). „Trăirea“ corporalității („corpul trăit“) stă la baza structurării „Eu-lui“ și participă la constituirea echilibrului sau dezechilibrului psihic. Se pot diferenția diverse nivele ale integrării corporalității în psihismul conștient, după cum urmează : 1) Nivelul psihofiziologic, al „schemei corporale“ ce rezultă din integrarea corticală a informațiilor cutanate, proprioceptive, vestibulare și vizuale ; 2) Nivelul integrării afective, corpul fiind acum încărcat de tendințe pulsionale (libidinale-erotice) și fiind sediul resimțirii afectivității ; 3) Nivelul de integrare psihosocială : subiectul realizează raportările sale (comunicare, comportamentul) în plan interpersonal și social, „utilizând“ propriul corp în modalități standardizate și simbolice ; 4) Nivelul integrării raționale : corpul este sediul raportării noastre intenționale la lume, sediul subiectivității. O înțelegere a corpului trăit din aceste perspective sugerează faptul că prin modelarea trăirilor corporale se poate influența starea psihică (fapt de altfel cunoscut dintotdeauna și practicat în cadrul diverselor doctrine tradiționale). Am optat asupra unei tehnici de antrenament corporal prin exerciții

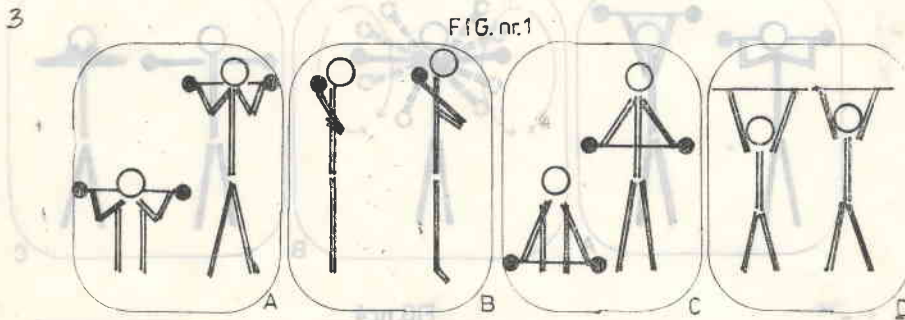
Tabel cazuistic

Inițialele vîrsta	Diagnostic	Anul debut	Perioada psihoterapiei controlate	Tratament concomitent	Data și acordul ultimei evaluări	Timp de auto-tratament
F.R. 20	Nevroză asteno-depresivă	1981	15.X.1981 15.I.1982	sedativ ușor tonic gen.	20.IX.82 4	1 an
G.D. 20	"	1981	15.X.1981 15.I.1982	"	20.V.82 3	4 luni
T.C. 24	"	1981	17.I.1982 30.IV.1982	"	20.X.84 4	continuuă
K.L. 21	"	1981	17.I.1982 30.V.1982	"	14.V.84 4	continuuă
P.G. 36	"	1981	14.II.82 6.VI.1982	sedativ tonic gen.	20.X.84 4	6 luni
B.D. 24	"	1981	14.III.82 19.V.1982	"	3.III.84 2	3 luni
N.M. 30	Nevroză astenică	1981	20.VI.82 20.IX.1982	"	20.X.84 4	continuuă
B.M. 20	Tulburare dinamică sexuală	1983	14.III.83 2.VII.83	tonic gen. psihoterapie	28.X.84 4	continuuă
B.D. 20	Nevroză astenică	1983	20.IX.83 20.XII.83	tonic general	24.XI.84 4	continuuă
P.C. 28	Nevroză anxioasă	1982	7.II.83 18.III.84	sedativ ușor tonic gen.	19.V.84 4	3 luni
C.G. 29	"	1982	7.II.83 18.III.84	"	24.V.83 3	3 luni
M.C. 26	Nevroză asteno-depresivă	1982	10.I.83 10.III.83	"	22.III.84 3	6 luni
A.C. 22	Schizofrenie defect energetic	1980	14.XII.82 18.VI.83	neuroleptic minor sedativ tonic gen.	20.V.84 4	1 an
B.L. 23	Schizofrenie defect energetic	1980	10.I.1983 20.VI.1983	neuroleptic retard tonic gen.	22.VII.84 4	2 ani
B.G. 24	Nevroză anxioasă	1983	14.I.1984 18.III.84	sedativ ușor tonic gen. psihoterapie	15.VII.84 4	6 luni
N.A. 20	Nevroză anxioasă	1984	18.IV.84 22.VII.84	sedativ ușor tonic gen. psihoterapie analitică	20.IX.84 4	continuuă
N.I. 29	Tulburări de dinamică sexuală	1982	20.V.84 21.IX.84	"	8.XI.84 4	"
P.I. 27	"	1984	24.VI.84 17.VII.84	tonic gen. psihoterapie analitică	18.X.84 4	"
B.R. 24	Nevroză astenică	1982	20.IX.84 10.XI.84	sedativ ușor tonic gen. psihoterapie	12.XI.84 3	"
D.L.	"	1984	10.V.84	tonic gen.	10.XI.84 4	"

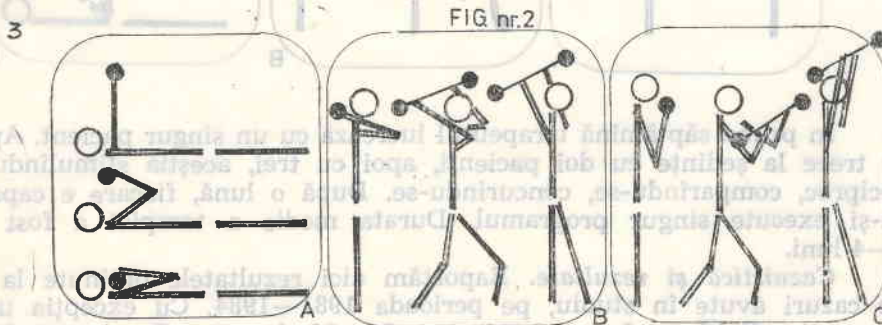
fizice cu greutateți care să ducă la creșterea, în ansamblu, a calităților fizice ale subiecților, fiind cunoscut faptul că sportivii sînt mai încrezători în sine, mai optimiști.

Descrierea metodei. Metoda își propune creșterea tonusului psihic, al încrederii în sine, prin creșterea de ansamblu a calităților fizice și prin sugestie. Programul se desfășoară într-o sală de sport, subiectul fiind în echipament sportiv. Se folosesc exerciții fizice cu greutateți, alese astfel încît să permită o „tematizare existențială” (tabelul I). Exercițiile urmează un întreg complex al refacerii, reconstruirii existenței în urma unui eșec, a unei „prăbușiri”.

1. Exerciții avînd ca tematizare existențială „înălțarea, ridicarea” (fig. 1): A) genuflexiuni; B) ridicări pe vîrfuri; C) îndreptări; D) tracțiuni. Cel căzut, prăbușit, doborît se „înălță” prin propriile forțe, ajutîndu-se de propriul corp;



2. Exerciții avînd ca tematizare existențială „respingerea greutății, răul” (fig. 2): A) împins culcat; B) aruncat de la ceafă; C) aruncat de la piept. Odată reinserate în realitate subiectul acționează împotriva „răului”, „greutății” ce l-a doborît.



3. Exerciții avînd ca tematizare existențială „ieșirea în lume” (fig. 3): A) triceps; B) rotări de brațe cu greutateți; C) „aripioare”. Scăpat de „greutate”, „rău”, este capabil să acționeze de pe o poziție de control, de dominare a situațiilor, evenimentelor de viață, poate „ieși în lume” cu adevărat;

4. Exerciții avînd ca tematizare existențială „apropierea lumii“ (fig. 4): A) biceps; B) rama din aplecat; C) „abdomen“. „Ieșirea în lume“, ivirea perspectivei orizontului uman al intenționalității atrage după sine și „apropierea lumii“ pe care subiectul și-o încorporează. Pacientului i se explică cum „să se gîndească“ în timpul exercițiului (e vorba de autosugestie). În timpul executării, terapeutul îl sugestionează, de asemenea verbal. De exemplu îi spune în manieră sugestivă: „ești puternic, birui greutatea, te înalți, simți că te înalți“ (în timpul exercițiilor din grupa 1). Sugestia nu are un caracter rigid, aplicîndu-se diferențiat în funcție de structura pacientului. Programul prezentat mai sus se aplică în 3 ședințe săptămînal, fiecare conținînd exerciții din toate grupele.

FIG. nr.3

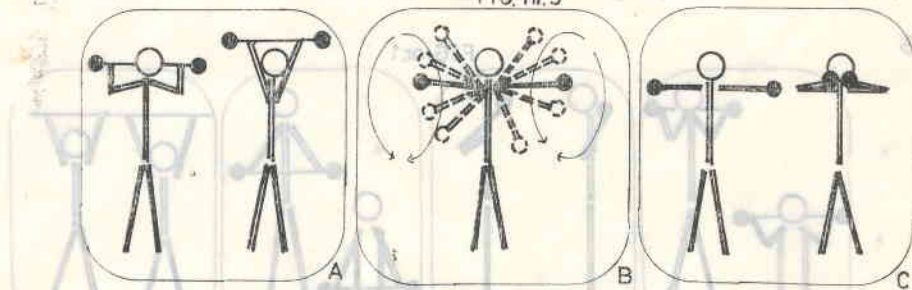
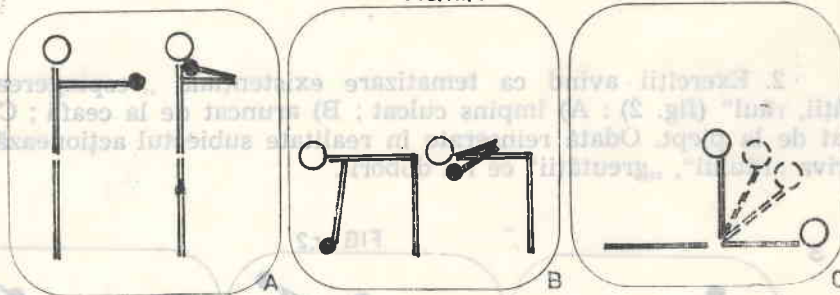


FIG. nr.4



În prima săptămînă terapeutul lucrează cu un singur pacient. Apoi, se trece la ședințe cu doi pacienți, apoi cu trei, aceștia stimulîndu-se reciproc, comparîndu-se, concurîndu-se. După o lună, fiecare e capabil să-și execute singur programul. Durata medie a terapiei a fost de 3—4 luni.

Cazuistică și rezultate. Raportăm aici rezultatele obținute la 20 de cazuri avute în studiu, pe perioada 1981—1984. Cu excepția unui caz, toți ceilalți au fost tineri între 20—30 de ani. Precizarea diagnosticului a fost făcută de un psihiatru, dr. M. Lăzărescu, cu experiență, cazurile încadrîndu-se în grupele nosologice ICD-9. Evaluarea rezultatelor a fost făcută de doi psihiatri (dr. M. Lăzărescu și dr. I. Puie) și un psiholog (dr. A. Dumitrescu). Ameliorarea a fost considerată prin dispariția simptomelor subiective, creșterea încrederii în sine, ameliorarea relațiilor sociale și creșterea randamentului. Evaluarea actuală, efectuată pentru toți pacienții în lunile august-octombrie, a fost notată cu

Tabel eazuistic

Caz virstă	Diagnostic	Anul debut	Perioada psihoterapiei controlate	Tratament concomitent	Timp de autotrăatament
F.R. 20	Nevroză asteno-depresivă	1981	15.X.1981 15.I.1982	sedativ ușor tonic general	1 an
E.D. 20	"	1981	15.X.1981 15.I.1982	"	4 luni
T.C. 24	"	1981	17.I.1982 20.IV.1982	"	continuă
K.L. 21	"	1981	17.I.1982 30.V.1982	"	continuă
P.G. 36	"	1981	14.II.1982 7.VI.1982	sedativ, tonic general	6 luni
B.D. 24	"	1981	14.III.1982 19.V.1982	"	2 luni
N.M. 30	Nevroză astenică	1981	20.VI.1982 20.IX.1982	"	continuă
B.M. 20	Tulburări de dinamică sexuală	1983	14.III.1983 2.VII.1983	tonic general psihoterapie	continuă
B.D. 20	Nevroză astenică	1983	20.IX.1983 20.XII.1983	tonic general	"
P.C. 28	"	1982	7.II.1983 18.III.84	sedativ ușor tonic general	3 luni
C.G. 29	"	1982	7.II.1983 18.III.84	"	3 luni
M.C. 26	Nevroză asteno-depresivă	1982	10.I.1983 10.III.1983	"	6 luni
A.C. 22	Schizofrenie defect energetic	1980	14.II.1982 18.VI.1983	neuroleptic minor sedativ	1 an
B.L. 23	"	1980	10.I.1983 20.VI.1983	neuroleptic retard tonic general	2 ani
B.G. 24	Nevroză anxioasă	1983	14.I.1984 18.III.1984	sedativ ușor tonic general psihoterapie	6 luni
N.A. 20	"	1984	18.IV.1984 22.VII.1984	sedativ ușor, tonic general, psihoterapie analitică	continuă
N.I. 29	Tulburări de dinamică sexuală	1982	20.V.1984 21.IX.1984	"	"
P.I. 27	Tulburări de dinamică sexuală	1984	24.VI.1984 17.VII.1984	tonic general psihoterapie analitică	continuă
B.R. 24	Nevroză astenică	1982	20.IX.1984 10.XI.1984	sedativ ușor tonic general, psihoterapie analitică	"
D.L. 24	"	1984	10.V.1984 10.IX.1984	tonic general	"

note de la 0 la 4. Cazuistica prezentată în tabelul II oferă o imagine de ansamblu a cercetării.

La începutul tratamentului toți pacienții au avut o constituție fizică și deprinderi motorii submediocre. Ei au fost invitați să-și țină un jurnal în care să-și noteze starea psihică și fizică. Rezultatele favorabile au apărut după primele 2 săptămâni, dar dispariția simptomatologiei și câștigarea siguranței și încrederii în sine au apărut după 2—3 luni. După 3 luni pacienții au părăsit legătura cu terapeutul, o bună parte continuând singuri exercițiile. Rezultate pozitive s-au instalat într-un ritm mai lent la cei care nu au acordat de la început încredere în metodă. Data și scopul ultimei evaluări reiese din tabelul cazuistic.

În privința celor două cazuri de schizofrenie cu defect energetic rezultatul a fost următorul: un tânăr a putut, pentru prima dată, să se angajeze în cîmpul muncii. De un an și jumătate (anterior avusese multiple internări) nu a mai avut nici o recădere. Celălalt tânăr, intrat în terapie la începutul anului IV de facultate (mecanică), a putut să-și termine studiile.

Experiența avută cu ultima grupă de 5 pacienți ne-a arătat că se pot obține rezultate mai bune dacă, în paralel, pacientul urmează și un program de terapie analitică. Ieșind din cabinetul psihoterapeutului, pacientul obține prima dovadă că el se poate schimba, că poate progresa în sala de sport.

Terapia medicamentasă folosită a fost predominant tonică și anabolizantă în doze relativ mici.

Discuții. Metoda antrenamentului psihic-corporal s-a dovedit utilă pentru tinerii depresivi și astenici. Este de așteptat ca ea să dea rezultate pozitive și în alte lipuri de boală; ne gândim în primul rînd la defectul schizofren energetic (astenic, apato-abulic), precum și la tulburarea de dinamică sexuală de cauză psihogenă. Este importantă combinarea metodei cu o terapie analitică. Ea poate fi, de asemenea, corelată cu alte forme de socioterapie care angrenează corporalitatea, ca de exemplu jocurile sportive, antrenamentul în piscină, dansul etc. Inconvenientul metodei constă în aplicabilitatea ei — în forma prezentată doar la băieți — și din necesitatea implicării directe a terapeutului în exercițiile fizice.

BIBLIOGRAFIE

1. GUYOTAT J. — Psychotherapie medicale, vol. I, Galimard L. Paris, 1975.
2. MOREAU A. — La Gestalt-Therapie, prologement de la psychanalyse, *Acta Psychiat. belg.*, 1980, 80, 6, 805—848.
3. GORDON F. — Rader Gestalt Therapy in Abnormal Psychology (sub red. David C. Rimm), Academic Press Inc., New York, 1976, p. 549—560.
4. FOLLIN S., AZOULEY J. — Les alterations de la conscience de soi, *Encycl. med. chir.*, 1981, 37125 A 10.
5. BRUAIRE C. — Philosophie du corps, Sévile, Paris, 1968.
6. SCHILDER P. — The image and apperance at human body Koenger et Co., 1935.
7. GHEORGHIU V. — Sugestie și sugestibilitate, Ed. Academiei R.S.R., București, 1982.
8. LHERMITE J. — L'image de notre corps, *Rev. Critique*, 1939.
9. MERLEAU-PONTY — Phénoménologie de la perception, Gallimard, (L) Paris, 1975.
10. TEODORESCU E. — Fiziologia și fiziopatologia sistemului nervos, Ed. Medicală, București, 1978.

Articol intrat în redacție la 24.XI.1984

Indicele de clasificare: 615 851.11/111:615.825