

Povestea unei vieți.

Ultimele trei decenii și jumătate.

Am terminat prima parte cu un adio deoarece mi s-a părut că am trăit și experimentat tot ce îți pot oferi 6 decenii de viață. Acum, în cel de al nouălea deceniu de viață m-am răzgândit și am hotărât să încerc să prezint cel puțin rezumativ ce s-a mai întâmplat cu mine de la acel mândru VALE cu care am încheiat prima parte a descrierii vieții mele. Dacă nu s-ar fi întâmplat minunea de a cunoaște un copil pe atunci când ne am întors cu Pușa din Germania unde l-am vizitat pe tata, o minune da băiețel de doi ani care mi a spus cu mândrie că a avut grijă, cât timp am lipsit de la locul de muncă, de acvariul meu cu pești din cabinetul meu din policlinică azi aș fi singur cuc în țară fiindcă singurele mele rude în viață, Miki și copiii săi trăiesc în Canada. Dar așa azi mă laud cu fata mea de suflet, un timp și asistenta mea medicală, Eva, soțul ei Feri și minunea de băiat devenit între timp medic dentist, cu doctorat în pregătire cu temă de chirurgie maxilo-facială la Cluj.

Dar să vă povestesc cum am pierdut pe rând pe toți membrii de familie. Prima s-a dus mama Puppi, Xenia Sheff după o scurtă internare în spital și după aceea într-un cămin în Banat unde n-am putut să o vizitez fiindcă în ziua în care ne am mutat la Oradea de hepatită aproape un an de zile nu mi s-a permis să conduc mașina nici în oraș darămite în afara acestuia, din acest motiv pierzând biblioteca de psihiatrie cu valoroase volume clasice rămase mie după moartea dr. Ilea Vasile senior, tatăl directorului meu de la Păclișa decedat cu mulți ani în urmă, dar și o droaie de alte lucruri ce nu au încăput în camionul ce ne a transportat mobila, doar în ziua morții ei. Am găsit-o deja în stare de inconștiență, iar în timp ce ținând mâna mea pe pulsul ei, inima a încetat să mai bată. A fost înmormântată în cimitirul din Elisabetin, în locul în care doarme somnul de veci generalul habsburgic Rudolf von Dokonal, soțul mătușii ei Margot care a plecat în etate de peste 80 de ani la băiatul său mai

mare Franz, în Brazilia. La un an după aceasta am pierdut și pe bunica mea Renata Dadanyi de Gyulvesz înhumată în cimitirul din Fabric fiind prezentă și fiica ei mai mică din Germania (și ea decedată de mulți ani), în mormântul tatălui ei. A urmat tata Francisc, care a plecat căsătorindu-se a treia oare la Feucht lângă Nuernberg, (menționez că a doua sa soție, o șvăboaică care, se zvonea că în timpul războiului a cam cochetat cu ofițerii nemți trecuți prin Timișoara, l-a părăsit în ziua în care comuniștii au naționalizat firma Kecskemeti înființată în anul 1828. La decesul tatălui a fost de față fratele meu Peter în vizită din Canada, eu ajungând doar la înmormântarea lui. Acesta a fost și ultimul meu drum în străinătate. Peter, fratele meu a decedat în urmă cu doi ani după ce a fost supus la amputarea unui picior. Miki, fiul său mi a trimis o înregistrare video despre înmormântarea lui.

Viața merge însă înainte, după ani petrecuți că medic șef al centrului de neuropsihiatrie infantilă a județului Bihor pe care l-am creat, ne mai rezistând la atmosfera de mâncătorie care a măcinat conducerea spitalului 6 am plecat la policlinica de copii cum am relatat în prima parte a autobiografiei, aci aveam relații bune cu pediatrii, m-am împrietenit cu dr. Curteanu un om cu calități excepționale, cu dr. Nelu Bălaj cu care ne am împrietenit încă la Păclisa și care a jucat un rol important până și în venirea noastră pe meleagurile Bihorene. Angajându-se încă o colegă pentru serviciul ambulator, am făcut schimb ajungând astfel aproape de domiciliul meu chiar în localul anexă a Spitalului de copii Oradea. În urma reorganizărilor în rețeaua medico-sanitară, această unitate a devenit Spital Municipal. Aci am lucrat că angajat până la pensionarea mea la vârstă de 70 de ani iar apoi cu muncă neretribuită (deci voluntară) până la vârsta de 85 de ani. Anunțând noul director că urmează să vină un nou transport de ajutoare din partea Centrului Villingen-Schwenningen – Oradea, mi s-a comunicat că nu e nevoie de ajutoare și activitatea mea voluntară începută odată cu pensionarea mea și pentru secțiile

spitalului care îmi solicită intervenție inter clinică, de neurologie și psihiatrie adulți încetează. În anii care au urmat mi am continuat activitatea ca pe vremuri când dr. Pop Mircea, fost director al spitalului din Marghita m-a trimis în fiecare săptămână la Cădea pentru consultațiile de același tip, cu Pobeda să personală. În toți ani aceia nu am lipsit de la locul de muncă cel mult câte două trei zile, fie pentru un drum la Timișoara pentru o vizită la familie, tot atâtea zile la mai toate manifestările U.S.S.M. din instituțiile de specialitate psihiatrie sau neuropsihiatrie infantilă din țara, o singură dată lipsind din cauza primului infarct de miocard cam cu zece ani în urmă. După ce am încetat activitatea, la câteva săptămâni am trecut prin cel de al doilea infarct de miocard urmat de un mic accident vascular cerebral urmat o scurtă perioadă de afazie, am norocul că și acesta a trecut fără urmări serioase doar că nu am mai putut părăsi locuința deoarece nu am putut coborâ scările blocului. Așa am rămas cam circa cinci ani condamnat la singurătate, ne mai fiind vizitat decât de copii mei de suflet o dată pe săptămână, o persoană care îmi făcea săptămânal cumpărăturile necesare vieții, precum și aducătorul mesei de prânz de la restaurante sau diverse servicii de catering. În ultima vreme îmi făceam griji deoarece se întâmpla să cad și să nu mă pot ridica. Cu câteva luni înainte să compun prezentul text a trebuit să apelez la Feri pentru a mă ridica. În final am fost dus cu salvarea în spital cu mare probabilitate cu un episod hipoglicemic, o stare de confuzie mintală, de unde nu am mai plecat acasă ci în reședința actuală, o instituție de ocrotire, internarea fiind asigurată prin efortul copiilor mei de suflet Aci spre mirarea mea la câteva zile după mutarea mea am aflat cu stupeoare că circulă printre angajați un vechi articol de ziar, demult uitat de mine, depistat pe internet și scris de o cunoscută ziaristă a Bihoreanului după o întâlnire cu mine în perioada cât lucrasem voluntar la Spitalul Municipal.. Acest lucru mă face să amintesc aci de contribuția mea modestă la teoria și practica meseriei mele din ultimi ani. Povesteam interlocutorului meu atunci că am ținut evidența a 170 de comunicate sau publicate în presa medicală de

mine. Până la căderea comunismului majoritatea acestora erau comunicări la manifestările USSM întrucât aveam o oarecare rețineră față de presă, teme de psihiatrie putând să interfereze negativ cu ideologia vremii. Însă marea majoritate a lucrărilor mele după revoluție au fost publicate fie în presa medicală fie în revistele culturale din județul Bihor, în redacția cărora juca un rol important regretatul meu prieten trecut în neființă profesorul de psihiatrie a universității din Oradea, dr. Gabriel Cornuțiu. Multe din aceste titluri le mai am pe laptopul meu. Trebuie însă să menționez că majoritatea acestor lucrări nu ar mai putea trezi interes pentru noile generații de psihiatri care au alte interese, alte valori și probabil un alt mod de gândire decât generația mea. Totuși le redau unele dintre ele.

NEBUNIA

Ștefan Kecskemeti

Societatea omenească de la începuturile sale s-a confruntat cu certitudine cu acel fenomen bizar pe care limbajul popular îl definește ca nebunie. Termenul relevă fără nici un dubiu referința la o apreciere valorică pe de o parte dar și faptul că aprecierea se face prin raportare la un altul considerat bun. Alteritatea este greu tolerată de orice societate omenească, dovadă diacronică în istorie de exemplu conflictul în antichitate dintre romanii, punii sau celții, în așa zisă lume medievală între popoarele Europei și universul mongolo-tătar, în epoca modernă între lumea creștină și cea islamică, un motiv principal fiind imposibilitatea înțelegerii și tolerării acestei alterități a lumilor. Lucru tot atât de valabil în relațiile interindividuale. Ne-bunul trebuie izolat indiferent dacă este monstru, periculos sau inofensiv doar neinteligibil, pentru el evul mediu a pregătit călătoria pe corăbii lansate aval pe

marile artere fluviale ale continentului nostru, sau azilul până aproape de secolul XXI. Fiind vorba de un individ care nu a avut sau și a pierdut valoarea utilitară pentru societate ne fiind bun, plasează problematica marii psihiatrii în dimensiunea axiologică a omeneșului dar pune și problema localizării ne-bunului, individului inutil pentru societate și pe care îl scoate din lumea comună a indivizilor care compun această societate. Se pune atunci întrebarea firească unde vă fi gășibil acest individ ? Limbajul popular îl vă plasa fără probleme aiurea, deci într-alt loc după definiția lexicală a cuvântului (L.Șăineanu. Dicționarul universal al limbii Române. Ed.VI-a Scrisul Românesc 1929). Deci nebunul este un aiurit unul plecat cu mintea, ieșit din lumea comună (îmi aduc aminte de o regretată colegă originară dintr-un sat de lângă Beiuș care vorbind despre unii oameni vorbea spre mirarea mea de lumea care...deci oamenii care...). Nu încapă îndoială trăim într-o lume comună dispunând în mod comunicabil de o lume proprie unică și irepetabilă a individualității noastre, lume cu care ne aflăm în permanentă interrelație, inter-osmoză, interacțiune atâta vreme cât nu ajungem aiurea, că aiuriți ne-buni, acest lucru chiar dacă limba populară a împrumutat termenul din francezul d'ailleurs. La întrebarea unde se află aiuritul, deci ne-bunul, singurul răspuns firesc este că e aiurea, în neaoșe, dus cu mintea, într-o lume proprie necomunicabilă. Ca psihiatrii fiind obligați să-l plasăm într-o lume care temporar sau definitiv și a pierdut mundaneitatea –dacă vreți, lumicitatea- de unde popularul termen minte întunecată. Să nu uităm că termenul de lume este derivată din cel de lumină. De aci un individ dotat cu calități intelectuale deosebite este o minte luminată. Cu aproape un secol în urmă Karl Jaspers, părintele psihopatologiei moderne a încercat să dea un înțeles mai clar termenului de psihoză afirmând că e caracterizată de incomprehensibilitatea fenomenelor cu care se confruntă psihiatrul care întâlnește pacientul său ne-bun. Acest pacient –evident psihotic- trăiește într-o altă lume sau poate într-o nelume care se numește delir. De la începuturile psihiatriei problematica delirului s-a discutat pe

baza comunicării unor idei aiurite deci rupte de ce numim realitate, mai mult sau mai puțin sistematizate, mai mult sau mai puțin durabile în funcție de încadrabilitatea lor nozografică. Aceste idei comunicate stau la baza ipotezei că pacientul se afla, aiurea, într-o lume proprie (Eigenwelt) ireală, într-un univers delirant. Dacă încercăm să găsim un corespondent al acestei lumi nereale în normalitate trebuie să recurgem la admite că sorginta lui este comună cu imaginarul și cu visul dar cu deosebirea că în normalitatea antroposului revenirea din imaginar și trezirea din vis sunt criterii ale libertății noastre în timp ce această revenire este interzisă delirantului cât timp se află în capcanele aiurelii sale. Desigur există mai multe forme ale delirului, grade diferite de profunzime, de la cele mai ușoare, rapid reversibile ale aceluia tip exogen de reacție care se numește delir febril din care copilul poate reveni rapid la apariția securizândă a mamei. Asemenea deliruri de și tranzitorii pot avea o durată mai lungă în și o profunzime mult mai accentuată în același cadru nozografic, de exemplu în delirurile carfologice ale bolnavilor de febră tifoidă. Cu caracter oniric sau nu fac parte dintre ingredientele stărilor amențiale, confuzionale de variate etiologii. Evident în asemenea stări mai grave de natură exogenă toxică, metabolică, traumatică revenirea nu este chiar așa de facilă că în delirul febril simplu de care am amintit mai sus, amintesc în acest context de diagnosticul încă acceptat în tinerețea mea, de encefalită psihotică acută azotemică descrisă de Marchand în urmă cu cca.90 de ani, o formă de delir acut uneori cu consecințe fatale că și cele ale catatoniei letale din alte timpuri (dispărut din nozografia psihiatrică încă înainte de epoca neuroleptică, odată cu apariția terapiei convulsivante).

Că forma fatală extremă a acestui tip acut exogen de reacție îmi aduc aminte de cazurile de rabie ținute în cușcă metalică pentru protejarea personalului medical, până în momentul în care faza paraltică terminală îl făcea inofensiv. Psihiatria

clasică făcea deosebire între idei delirante și stări delirante, școala franceză de psihiatrie opera cu noțiunea de idee delirantă polimorfe și sistematizate unice sau combinate, dintre ele fiind cele mai frecvente cele de persecuție, de grandoare, de nimicnicie uneori atât de bine disimulate încât scapă celui neavizat, alteori atât de accentuate, incoerente încât merită denumirea de absurde, de enormitate. Psihiatria clasică a recunoscut după amintitul Porot mecanisme, mai bine zis modalități de formare a acestora. Se vorbea de percepție anormală (în cazul delirului halucinator), de intuiție delirantă în cazul în care la o reprezentare mentală se atașează o convingere incorijabilă, de interpretarea anormală, delirantă, contrară realității a unor facticități reale, în fine simpla fabulație în delirul de imaginație. Aceste elemente sunt ingredientele numeroaselor deliruri cronice care au populat tratatele franceze de psihiatrie. Dar deja H.Ey subliniase faptul că aceste idei delirante nu sunt decât elemente ale unor stări delirante, expresia în sfera noetică, cognitivă s-a zice azi. În așa fel stărilor oneirice, confuzionale amintite mai sus li se alătură bufee delirante cu cauză evidentă sau în chip de psihoze reactive. Îmi aduc aminte de un debil mintal adus la spitalul pe care l-am păstorit odinioară, într-o stare delirantă anxioasă motivată de familia trăitoare într-un sat destul de aproape de Oradea fiind „bungăit” deoarece a călcat „pe urma zăului”, caz în care a fost nevoie să-l „dezleg” scăpându-l de malefica vrajă, readucându-l la starea liniștită de mulțumire de sine. (Iată cum psihiatrul secolului XX încă mai este și șaman). Astfel într-o nozologie până în zilele noastre idiografică a psihiatriei (dovada I.C.D. urile și D.S.M.urile succesive), epifenomenele regresiei (termenul de regresie în psihologia și psihiatria dinamică a fost preluat de - încă neuro-psihiatrul- S.Freud de la neurologii sfârșitului de secol XIX) devin categorii nozografice în cazul delirurilor cronice ale autorilor francofoni. În esență este vorba de acele forme ale psihozei în care că și în manie sau melancolie contactul interontic este conservat și bizareria, incomprehensibila, ininteligibilă aberație a minții este comunicată prin

limbaj, uneori chiar atât de convingător încât contaminează interlocutorul normal până la așa zisa folie en deux, în care un partener preia delirul altuia, acceptându-l că realitate.

De aici vom vorbi numai de stări delirante, stări în care un individ rămâne sau coboară într-o lume proprie temporar sau definitiv condamnată la imposibilitatea de a reveni în lumea noastră comună. Cât timp este ne-bun deci individul nu este între noi ci aiurea într-un univers diferit de lumea noastră, într-o stare care se numește delir. Cea mai interesantă întrebare a psihopatologiei, fără de care niciodată nu vom putea înțelege esența psihozei este localizarea în mintea omenească a acestui delir. Este întrebarea pasionantă care cel puțin pe mine m-a determinat cu o jumătate de secol în urmă să mă dedic psihatriei infanto-juvenile, la vremea respectivă în stătu nascendi la noi în țară. Am avut fericita ocazie de a studia de la începutul carierei stimulat de excepționala lucrare a pediatrului Hans Asperger , „Heilpädagogik” 1958, să mi aleg că tema lucrării de doctorat la maestrul meu Prof.Dr.Eduard Pamfil problematica autismului, un termen cu care Eugen Bleuler descria unul dintre simptomele majore ale demenței praecox cum a denumit temporar (Einführung în die Psychiatrische Klinik. Leipzig J.A.Barth 1900) E.Kraepelin ceace E.Bleuler urma un deceniu mai târziu să numească schizofrenii. Bleuler, după cum am precizat în teza mea, nu excela în defnirea clară a termenelor introduse de el în psihiatric. Desigur echivocul legat de acest termen urma să aducă o serie de complicații ulterioare. Menționez că de exemplu Nyirő Gyula amintește (Psychiatria. Medicina kiado. 1962) faptul că la vârsta de sugar, dar și mai târziu în viață există momente în care individul se izolează de anturaj, se închide în sine, într-un fel de autism „fiziologic”

Leo Kanner în Statele Unite și amintitul Hans Asperger în Austria descriu în 1934 două tablouri clinice etichetate că autiste având că și caracteristică comună o

gravă perturbare a relației cu alții, o tulburare de contact care obligă purtătorii acestei particularități la persistentă într-o lume proprie destul de ermetică, impenetrabilă, primii de la începutul vieții cei din urmă cu mai puțină penetranță mai comunicabilă dar cu ciudățenii care se pot eticheta și un fel de originalitate uneori chiar creativă, într-a doua copilărie. Cu certitudine acest autism este locul unde se petrece ceea ce se numește delir mai ales în cazul psihozelor schizofrene. În așa zisa psihoză dezintegrativă numită autism infantil precoce spre deosebire de deficientul mintal torpid, apatic, comportamentul trădează prezența unei activități mintale intense, trădate prin manipularea obiectelor într-un sens neinteligibil pentru noi, aranjamente abstracte cu neglijarea valorii simbolice a obiectelor, de exemplu al jucăriilor, evident la acești bolnavi nu există posibilitatea comunicării celor trăite. Spre deosebire de lucrurile animate din jur, de exemplu persoanele de referință ignorate total sau respinse activ că deranjante, cea mai mică schimbare a preajmei neanimate probabil securizândă provoacă o reacție violentă de angoasă și un protest activ. Absența contactului interuman se reflectă și în grava tulburare a însușirii limbajului, care atunci când apare este colorat de echolalii imediate sau întârziate, de inversiunea pronominală care dovedește marele defect al individuației. Pentru unele clarificări vă trebui să facem o scurtă excursie în teritoriul mai puțin cunoscut de psihiatrii vârstei adulte a devenirii minții în copilărie. Creierul nostru este acel laborator al minții care permite sintaxa informațiilor sosite prin organele noastre de simț, dinafară și dinăuntrul nostru, organizând spațial în situații și temporal în evenimente aceste date care vor constitui în fiecare clipă lumea noastră perceptibilă și comunicabilă. Astfel ajungem să căutăm, să găsim, să cunoaștem și să ne raportăm la aceea părțică a realului care ne parvine din universuri, pe care ne e dat să-l trăim și să ni-l stăpânim. Pentru că acest lucru să se poată întâmpla, configurat de acele semințe de destin care sunt genele noastre, creierul că un imens calculator capabil nu numai să colecteze și să prelucreze ci să și caute activ

informații, se structurează și se restructurează în fiecare clipă conform cu necesitățile supraviețuirii, asigurând substratul în continuă mișcare a minții noastre care este la rândul său un șantier de construcție a lumii. Este evident pentru oricine faptul că mintea noastră se dezvoltă continuu, proces pe care îl putem numi psihogeneză, începând cu perioada intrauterină și terminându-se în mod normal numai cu moartea. Argument pentru acest început intrauterin al psihogenezei este faptul azi dovedit că foarte timpuriu fătul simte gusturi și mirosuri ci aude nu numai sonoritățile interioare trupului mamei ci și cele din anturajul nemijlocit al acesteia. Cu certitudine asemenea impresii exogene la început nu sunt integrate într-un tot ci se acumulează asintactic într-un creier în care sinapsele abia încep să lege între ele sistemele informaționale în devenire. Psihologia veacului trecut a demonstrat că la început nici nu există decât diadă materno-infantilă că un tot unitar, mama fiind doar un sân hrănitor care face parte din sine. Abia foamea nesatisfăcută instantaneu vă face că acest sân să devină ceva exterior, după Melanie Klein ceva satisfăcând sau punitiv. După amintitul Nyiró nou născutul aflat într-un fel de existență autistică nu dispune încă de criterii de referință în ciuda faptului că are la dispoziție un mecanism etologic de răspuns la zărirea (încă nu putem spune perceperea) unei fețe umane sau unui echivalent al acestuia, schița unui cerc în care sunt înscrise două forme sugerând ochii și măcar o linie verticală sugerând nasul printr-un zâmbet. Posibila menire a acestui zâmbet un fel de anunț că aici între voi, este gratificarea debutului de contact și apropiere a celor din preajmă și provocarea mecanismelor de îngrijire cel puțin cu aceeași semnificație cu plânsul că un semnal de alarmă provoacă grija și compasiunea celor din jur. Vor mai exista și mai târziu în normalitate perioade mai scurte sau mai lungi de ruperea contactului interuman cu relativă încapsulare autistă dar acest autism primar, relativ gol de conținuturi nu se vă mai regăsi niciodată. Cu atât mai mul mai mult, prin decăderea psihotică asintactica în încapsularea autistă individul aduce cu sine întregul bagaj de engrame care i-au permis constituirea lumii

sale proprii, amintiri care vor popula mai mult sau mai puțin haotic această încapsulare oferind conținut substanței delirului. Iată sursa iluziilor, halucinațiilor, pseudo halucinațiilor care alimentează delirul tot așa cum trăirile conștiente sau mai puțin conștiente a stării de veghe alimentează reveriile și visele în normalitate. Problema ar fi doar cum se ajunge aici? Și aici ajungem la o posibilă explicație prin faptul că sunt convins că nici o psihoză nu poate aduce în mintea umană un novum ci doar fragmente dezorganizate ale materialelor trăirii premergătoare alunecării regresive la nivele de organizare inferioare ale minții. Această alunecare regresivă pe paliere inferioare ale dezvoltării mintale corespunde cu ce se numește în psihiatrie procesul psihotic. Revenirea spre nivele superioare corespund cu ce numim vindecare, iar oprirea în ascensiune de la nivelul regresat spre cel dinainte numim defect. Numai în cazul în care în cursul un tip exogen de reacție (Bonnhoefter) ce se produce pe un substrat cerebral lezat de însuși cauza psihozei, vorbim de denivelare mintală în timp ce o leziune organic cerebrală masivă se soldează cu alterări de tip demential că de exemplu demența paralytică azi rar întâlnită. Evident există grade diferite de regresie în care pot renaște mecanisme de mult uitate. Astfel putem presupune în cazul așa ziselor sindroame delirante cronice intervenția unor mecanisme etologice cheie de tipul așa ziselor întipăriri (imprintinguri) mecanisme care stau la sorgintea unui sistem organizat de idei delirante cu păstrarea integrală a capacității deductive și logic-evaluative doar cu premise false. Azi încă etologia umană nu cunoaște cu certitudine cât datorează psihogeneza acestui mecanism care a făcut-o pe gășca sălbatică a lui Lorenz, Mârșină, să devină în momentul ecloziunii din ou un Lorenz în locul identității firești de gășcă (Konrad Lorenz (Über tierisches und menschliches Verhalten. Ed.Piper et Co. München 1966). Se știe azi că acest Prägung, Imprinting, întipărire, impregnare este co-determinant în configurarea companionului parental, filial, colateral, de sex și cel social atât în regnul animal cât și în cel uman. Evident nu se cunosc încă nici

rampele sau palierele dezvoltării la care acționează aceste mecanisme în regnul uman, dar ele funcționează cu certitudine la fel cum funcționează nivelele normale ale sugestibilității necesare în civilizația noastră de exemplu pentru asigurarea obedienței necesare copilului în pragul vârstei de 7 ani în vederea intrării în școală. În destructurările mai profunde ale minții, de exemplu în de către Stransky genial intuită ataxie intrapsihică a schizofrenului, asistăm la situația în care victima disocierii cade aducând cu sine pe acel prim palier al dezvoltării normale în care inputurile senzoriale, impresiile încă nu sunt interconectate, aducând cu sine o întreagă experiență existențială în stare de luciditate descrisă de germani că *Besonnenheit*. Este vorba de stadiul descris de Piaget că senzori-motor pre verbal, la un nivel în care posibil încă nu s-au format nici constantele mărimii, distanței, greutateii, culorii etc...în cazul nostru parazitat și de achizițiile verbale anterioare psihozei și care explică stereotipii, bizarerii că schizofazia până la salata de cuvinte, manierismele delirantului prins sau nu în capcanele autismului. Spre deosebire de aceste fenomene delirante, în așa zisele psihoze afective ideile delirante fugace ale euforicului sunt la fel de sintone cu starea emoțională că și cele până la nimicnicie în melancolie ducând nu rareori la autoliză. Lui Piaget îi datorăm descrierea reacțiilor circulare, în două etape ale dezvoltării psihomotorii, desfășurări motorii repetitive care reapar fie în regresii mai superficiale că cele menite odinioară să confere prin ritualizare certitudinea identității de exemplu în debutul obsesivo fobic al schizofreniei, sau repetițiile stereotipe, elementare ale stereotipiilor motorii în catatonie ori la deficienții fixați în stadii precoce ale dezvoltării. Nu pot încheia înainte să amintesc probabila apariție a nebuniei în lunga preistorie a devenirii umane. Cred că circa 140000 de mii de ani, timp în care zeii, demonii, alte figuri benefice sau malefice hălăduiau printre noi, nebunul de azi a fost foarte bun fiindcă pentru ec-stazul său nu avea nevoie de halucinogene, de transa indusă de dans sau de emanații de gaze ale Pithiei, mijloace la care trebuie să recurgă azi șamanii. Ne

bunul a devenit ne bun doar atunci când s-a născut sacrul, deci când amintitele figuri au trecut în transcendență, necesitând alte personaje pentru îmbunare. Se pare că singura dintre aceste figuri care a revenit printre noi este spectrul, deci fantoma, autismului, morbid sau comorbid. Îmi cer scuze pentru faptul că v-am răpit din timpul dumneavoastră prețios dar cred că gândirea și regândirea problemelor aceluia antrop care ironia sorții, s-a autoîntitulat puțin cam paranoic homo sapiens sapiens, fie sănătos fie bolnav poate incita la gândire pe orice tânăr interesat de problema sănătății și bolii mintale.

O călătorie insolită în universul probei Rorschach.

Ștefan Kecskeméti

Înainte de orice intervenție medicală se impune în mod absolut necesar un demers de cunoaștere a problemei pacientului de către cel investit cu dreptul de a trata sau preveni o boală sau suferință. Acest demers a poartă numele de diagnostic, determinarea precisă a unei boli prin (dia) cunoaștere (gnoză). În psihiatrie pentru obținerea unui diagnostic sunt la dispoziție o sumă de proceduri începând cu luarea anamnezei, examenul somatic, examenul psihic, colectare de informații de la cei din preajma pacientului, o sumă de examinări complementare de la analize de laborator până la mijloacele cele mai moderne de investigații electroencefalografice și imagistice. Dar incontestabil cel mai important ingredient al acestui demers constă în observarea nemijlocită a pacientului precum și dialogul cu el absolut necesar în elucidarea problemelor, frământărilor, trăirilor sale, nu în ultimul rând cunoașterea modului în care el se raportează la propriile sale experiențe și la cele ce se întâmplă

în jurul său. Pentru obținerea acestui tip de informații condiția priceps este contactul cu cel investigat. Chiar și dacă acest lucru nu este posibil din cauza bolii, faptul în sine poate avea valoare diagnostică.

Psihiatria ca domeniu al preocupărilor despre om deoarece nimic uman nu este imuabil, se supune schimbărilor, vulgar spus modelor dictate de succesiunea schimbării societății omenești. Fiind vorba despre omenesc al cărei esență este individualul ce nu permite decât parțial înregimentarea în științe în ciuda enormelor progrese deschise de biochimie, biofizică adusă la extrem, morfologie extinsă până la leptonic, fiziologie și genetică până la molecular întrunite azi în așa zisele neuroștiințe, rămâne întotdeauna un rest de cunoștințe care nu vor atinge nivelul nootetic rămânând în captivitatea idiografiei. Metodele de investigare a psihismului omenesc dispun azi de o seamă de tehnici ce țin de psihologie, cele ce se referă la suferință sau/și boala mintală trec și ele prin schimbări uneori radicale. Azi din lipsă de timp într-o lume postmodernă, hectică, o seamă de mijloace de investigare cad victima faptului că atât pentru însușirea lor, cât și pentru recoltarea, dar mai ales prelucrarea datelor celui interesat i se cere o investiție temporală foarte mare. Acest lucru este valabil dacă vorbim de probele projective utilizate în cunoașterea omului sănătos sau bolnav, este mult mai ușor să plasezi un chestionar, să completezi o mai mult sau mai sumară listă de semne, caracteristicile unor dimensiuni ale gândirii, trăirii sau comportamentului de cât să încerci întocmirea a ceva care s-ar putea numi de exemplu o psihogramă.

Deoarece este mai greu să recunoști că nu dispui de timpul necesar acestui demers, se trece ușor la declararea unor asemenea demersuri ca depășite, nevalidabile, chiar ineficiente, cum se întâmplă de exemplu cu subiectul prezentului referat. Căutând întâmplător printre locațiile spațiului virtual oferit de internet, am constatat cu mirare faptul că unul dintre cele mai complete și elaborate mijloace de acces la

mintea omenească, proba Rorschach este declarată de unii că vetustă. Deoarece această probă mi a oferit asociat cu proba Szondi, timp de decenii sursa principala de cunoaștere a interlocutorului adult sau copil într-un demers psihoterapeutic, oferind cele mai nemijlocite puncte de atac în munca de reconstrucție a minții, cred că are rost prezentarea să e drept doar sumară aci, înainte să dispară împreună cu generația mea de psihiatrii în oceanul uitării.

Dar să trecem la obiectul discuției noastre amintind la început că autorul unei probe projective de diagnostic, Hermann Rorschach (1884-1922) fiul unui profesor de desen precoce decedat, la sfatul marelui biolog E.Häckel, renunță la intenția de a studia științele naturii și se dedică studiului medicinei. Căsătorit cu o rusoaică, colegă de breaslă, după doi ani petrecuți la Moscova se întoarce în Elveția să natală unde lucrează ca medic psihiatru până ce tragica să soartă îi curmă viața printr-o banală apendicită urmată de peritonită la vârsta de numai 38 de ani. Astfel destinul face că genialul său demers de a utiliza niște pete aleatorii obținute prin îndoirea unor foi de hârtie stropite cu tuș negru și cerneluri de diverse culori cu care confruntă pacienții săi, formalizate desigur în 10 planșe să devină un mijloc de psihodiagnostic utilizat pe scară largă în toată lumea în forma să inițială respectată aproape în mod dogmatic de utilizatorii de mai târziu. Probandului i se cere să ținând planșele în mână să răspundă la întrebarea: ce ar putea să reprezinte ceea ce văd?

Redăm mai jos într-un mod extrem de rezumativ prezentarea probei după autorul său (Hermann Rorschach. Psychodiagnostik. Textband. Hans Huber Vlg.Bern 1962).

1. Că factori ai protocolului se notează numărul răspunsurilor, tipul scurs de la prezentarea planșei, eventualele eșecuri ale probandului de a răspunde, apoi se ține cont de determinantul formă, culoare, mișcare, interesează dacă răspunsul se referă

la planșa întreagă, la o parte a ei și la care anume parte se referă probandul, apoi ce anume vede probandul. În final se pot pune întrebări necesare pentru clarificări.

2. Numărul răspunsurilor în medie la adult se mișcă între 15-30 dar nu sunt rare mai puține sau mai multe răspunsuri. Este firesc că numărul de răspunsuri depinde mai mult de factori afectivi de cât de asociativi. Depresivii, indispușii, hipobuliciei dar câteodată și perfecționiștii se mulțumesc cu puține răspunsuri de preferință bune, în timp ce euforicii, bine dispușii, cei ce se bucură de fantezia lor, interesații dar și naturile de elev model dau un număr mai mare de răspunsuri.

Deficienții mintali care se bucură de probă, dar și majoritatea epilepticilor dau răspunsuri mai numeroase, cu răspunsuri în domeniul inferior al mediei se plasează organic cerebralii cu excepția celor care fabulează, cei cu demență paralytică și sindromul Korsakov care dau un număr mult peste medie de răspunsuri. Melancolicii au răspunsuri medii în timp ce maniacalii dau răspunsuri nu cu mult peste medie. Schizofrenii se prezintă cu un număr foarte diferit de răspunsuri, bărbații rămân sub 10, indolenții se mulțumesc cu 10 răspunsuri grosiere, majoritatea se mențin în limitele medii dar în mod ciudat cazurile cronice, izolate azilar timp de decenii dau un număr mare de răspunsuri.

3. Timpul de reacție, în medie 1,5 minute pe răspuns la un protocol obișnuit corespunde unei durate de cca. 20 de minute. Epilepticii, organicii, depresivii necesită în general mai mult timp, maniacii mai puțin iar schizofrenii și mai puțin timp de reacție.

4. Eșecurile nu apar la normali cel mult ca excepție, la nevroticii sunt rare și legate de planșe semnificative pentru complexe. Ele sunt deosebit de frecvente la istericii debili care se tem să se blameze în legătură cu calitatea răspunsului. În

schimb sunt frecvente în mod paradoxal la planșele considerate neproblematică la schizofreni. La ei barajele sunt de obicei insurmontabile.

5. Relația dintre răspunsurile formă, culoare, mișcare în procesul perceptiv. În marea majoritate a normalilor dar și al bolnavilor sunt răspunsuri determinate de formă. Probandul caută între amintirile sale figuri ce corespund planșei ca întreg sau părților din planșe fără să fie codeterminate de mișcare sau culoare. Asemenea răspunsuri sunt notate cu simbolul F, în contrast cu răspunsurile mișcare notate originar cu B (Bewegung) la noi M, și răspunsurile culoare Fb (Farbe) la noi C. Mai important decât frecvența absolută a numărului de răspunsuri F, M și C este raportul dintre ele. Acest raport poate caracteriza anumite configurații morbide.

a) Răspunsurile formă (F). Sunt cele mai frecvente răspunsuri, ele că și cele ce urmează a fi discutate trebuiesc apreciate, există răspunsuri bune calificate F+, slabe F-. Autorul recunoaște că această apreciere este destul de subiectivă, experiența personală cu proba permite aprecieri mai corecte, de și există tabele de frecvență. Pedanții, depresivii și melancolice dau cele mai multe răspunsuri formă bune, acolo însă unde interpretarea devine simplă percepție, maniacii, oligofrenii, organicii și epilepticii dau răspunsuri formă mai slabe. La schizofreni se pare că atât claritate cât și neclaritatea percepției obiectelor, cât și claritatea sau neclaritatea percepției efortului de asociere ideativă nu mai merg paralel.

b) Răspunsurile mișcare (B respectiv M) sunt acele răspunsuri în care sunt determinate de formă și elemente kinestezice. Obiectul este văzut în mișcare. Pentru autorul probei obiecte în mișcare, un animal care se aruncă în apă, sau vrea să prindă ceva nu e răspuns mișcare. Succesorii lui Rorschach în schimb adaugă răspunsurilor M, cele FM (animal în mișcare) și m cea din urmă obiecte în mișcare (de ex. B. Klopfer, H. H. Davidson. Das Rorschachverfahren. Hans Huber Verlag Bern 1967). În orice caz măsură mobilității individului este invers proporțională cu numărul

răspunsurilor mișcare, pusă în legătură direct cu introversivitatea probandului. La normali procentul M crește odată cu productivitatea inteligenței, de asemenea la schizofreni cu cât sunt mai productivi, cei stereotipizați, deficienții nu au răspunsuri mișcare. Buna dispoziție crește, cea deprimată scade numărul răspunsurilor mișcare care la melancolici lipsește cu desăvârșire. La depresivii și schizofrenii sunt puține asemenea răspunsuri, ceva mai multe în depresiile reactive. În hipertimiile maniacale numărul M-urilor crește mai mult decât la bolnavii de manie, în timp ce la hipertimii organice lipsesc. Este interesant că în demențele epileptice constituite sunt multe, în cele cu evoluție mai prelungită mai puține asemenea răspunsuri. La normali există un raport pozitiv între M + și F+ excepție fac depresivii și pedanții la care lângă F+ răspunsurile M lipsesc cu desăvârșire. În hipertimiile pozitive sau negative ale normalilor, în psihozele bipolare, la distimiile arterioscleroticilor raportul se inversează, cu cât forma e mai bună cu atât sunt mai puține M, cu cât forma e mai slabă cu atât cresc M. Răspunsuri M- se întâlnesc la mâncicii, epilepticii, mai rar la schizofreni. Cu excepția normalilor care cunosc proba și vor cu orice preț să strălucească, M- lipsesc cu desăvârșire. Răspunsurile M secundare, azi MF (Klopper et al., citat) apar la deficienții și deliranții care confabulează mișcarea. Deja Rorschach diferențiază între M de tip extensie la activii, energicii în timp ce tipul flexiune trădează pasivitate și resemnare.

c) Răspunsurile culoare (Fb adică Farbe) C (culoare la noi) se partajează în FC unde domină forma, CF unde domină culoarea și C unde singurul determinant e culoarea. Diferențierea este dificilă uneori dar foarte importantă. Ele toate se raportează într-un fel la stările emoțional afective. Încă la Rorschach se menționează răspunsurile în care albul și negrul sunt resimțite că și culori. Mai târziu acestor răspunsuri li s-au atribuit alte semnificații pe care le vom analiza pe scurt mai încolo. Tot ce e legat de depresie este sărac în răspunsuri culoare. Veselia augmentează

frecvența acestor răspunsuri. Arterioscleroticii, melancolicii că și depresivi, în contrast cu mânicii dau răspunsuri culoare puține, același lucru este valabil pentru toți care se caracterizează că fiind afectiv stabili, pedanți, indolenți, stereotipizați, formele de schizofrenie simplă. Cei labili afectiv ca veselii, nervoșii, artiștii normali au răspunsuri culoare cu formă bună, deficienții mintal, organicii, epilepticii și schizofrenii productivi că și mânicii au răspunsuri culoare uneori bune că și nevroticii. Deci cu cât afectivitatea este mai stabilă cu atât sunt mai multe răspunsuri culoare întâlnim cu formă bună și invers. Răspunsurile C caracterizează impulsivitatea, iritabilitatea și sensibilitatea crescută mai ales între schizofrenii afectiv și asociativ destructurați dar și la epilepticii iritabili și impulsivi. Răspunsurile CF sunt mai frecvente la femei și în normalitate semnificând lângă sensibilitate și deschidere spre relații dacă lipsesc C, iar cu C la epilepticii și mânicii. Dacă CF și C exprimă mai mult egocentricitate, cele FC indică adaptabilitate afectivă. Dar ele exprimă și voință de adaptare. La rigid stabili, pedanți, indolenți și deprimați lipsește orice fel de C. Și aci există relații dintre formă bună la normalii spre deosebire de mânicii și epilepticii la care se întâlnește dominanța formei slabe asupra culorii. Autorul acordă importanță raportului dintre răspunsurile culoare, C impulsivitate, CF labilitate și FC capacitate la relații. Bărbații dau mai puține răspunsuri culoare, dispunând după Rorschach de mai multă stabilitate afectivă în comparație cu femeile. Evident există un raport semnificativ între răspunsurile culoare și mișcare. Cu cât numărul răspunsurilor mișcare este mai mare cu atât mai stabilă este afectivitatea atât în normalitate cât și în nevroză sau psihoză. Deja Rorschach a propus un fel de cuantificare a răspunsurilor mișcare – culoare notând cele cu dominanța formei cu 0,5, cele cu dominanța mișcării sau culorii cu 1 și cele cu mișcare sau culoare pură cu 1,5. În uncheierea discuției de la punctul c) menționează șocul numeroșilor probanzi la planșa colorată VIII ce urmează unei planșe negre, un stupor afectiv și asociativ care exprimă clar

reprimarea afectivă a nevroticului , iar dacă reacția la această planșe este doar reducerea numărului de răspunsuri faptul caracterizează pe cei ce își stăpânesc afectele. Intre cele doua categorii se plasează cei ce încearcă să evite afectele dacă apar răspunsuri fantastice, superficiale după depășirea perplexității. Cei care își stăpânesc afectivitatea preferă culorile albastru și verde evitând petele de culoare roșie. Fenomenul numit șoc de culoare nu face altceva decât să sublinieze relația intimă dintre afectivitate și reacțiile culoare.

d) Am amintit mai sus includerea nuanțelor alb-negru de către Rorschach în răspunsurile culoare . El dispărând precoce, procedul său psihodiagnostic a fost complectat cu noi elemente. Eu am preluat în prelucrarea pur formală a protocoalelor notațiile autorilor americani deja amintiți. Astfel răspunsurile de acest tip în cromatica alb negru de fapt în clar-obscur se împart în a) interpretări de suprafață sau de structură notate Fc, cF și c, (unde c semnifică culoarea acromatică), aceste răspunsuri dau indicații despre modul de reacție în confruntarea sa cu preajma subiectivă sau obiectivă . Fc exprimă capacitate probandului de a accepta conștient nevoile sale de a se apropia de de ceilalți, de a reacționa empatic la apropierea celorlalți situație ce poate apărea doar dacă nevoile de siguranță, securitate sunt satisfăcute. Prea mult Fc indică însă lipsă de autonomie iar prea puțin faptul că probandul nu acceptă trebuințele sale de apropiere de ceilalți. Răspunsurile cF indică mai degrabă trebuința relativ imatură și primitivă de securitate și dependență. Rareori ele indică dorința de contact senzual- sexual. La rândul lor răspunsurile c indică o total primitivă trebuință infantilă, nediferențiată și imatură de contact corporal. Vedem de acum cum urmașii spirituali ai lui Rorschach abandonează în mod deosebit raportarea răspunsurilor la tablouri nozologice, punând accentul pe stări și fapticități mintale un pas important spre demersul meu ulterior în utilizarea probei. b) răspunsurile care conțin interpretări perspectiviste sunt notate cu FK,

sau când reprezintă o difuză profunzime spațială sunt notate cu KF sau K semnificația lor exprimând capacitatea de a stăpâni anxetățile, deci de a se adapta eficient de exemplu la cerințele unei psihoterapii. Absența lor nu are semnificație patologică. Răspunsurile Kf și K sunt în relație cu fricile apărute în urma nesatisfacerii trebuințelor de apropiere de ceilalți tradând faptul că probandul nu dispune de mecanisme satisfăcătoare de defensă față de asemenea frustrări. Cum aproape toți oamenii au într-o oarecare măsură asemenea temeri, acest tip de răspuns este obișnuit. c) răspunsurile în care probandul proiectează obiecte tridimensionale pe suprafețe se notează cu Fk, kF sau k. Pentru a înțelege despre ce e vorba amintim aici de exemplu răspunsul o radiografie sau o hartă. Aceste răspunsuri indică temeri față de propriile dorințe de apropiere, temeri care se încearcă evitate prin raționalizări. Sper că cu atâta am reușit să fac înțelese aceste tipuri de răspuns deoarece aici nu pot intra în mai multe amănunte. Clasic răspunsurile la petele albe sunt interpretate ca expresia forței, opoziției.

e) Apariția simultană în aceeași interpretare a culorii și mișcării (CM) sunt foarte rare și se întâlnesc la pictori, oameni foarte bine dispuși și la schizofreni catatonici. Tot la schizofreni apar răspunsuri determinate de număr (de exemplu doua pete simetrice ca mamă și tată) sau poziție (figură în centru ca burtă).

6) Din locul interpretării petelor de pe planșe se poate descifra modul de comprehensiune a probandului. Rorschach a presupus că ordinea firească a localizării interpretărilor pornește de la întreg (notat cu G de la Ganz W în americanul Întreg eventual Î la noi) prin detaliu mare (D) spre detaliu mic (notat cu Dd). Această succesiune presupus normală la toate planșele așa cum a prezentat Rorschach ar caracteriza mai degrabă un atotștiutor, bogat în asocieri, dotat cu o logică de fier deci pretențios, tiranic, intolerant și pedant. La data la care autorul a

analizat frecvența, raportul dintre aceste tipuri de răspuns, cât de puternică e tendința de a respecta susamintita succesiune, dacă succesiunea este disciplinată sau dezordonată, ce momente determină succesiunea încă nu a fost definitiv determinate. Răspunsurile Î sunt de la sine înțelese, răspunsul probandului se referă la întreaga planșe (Fluture, două femei, blană etc..) dar diferențiază între asemenea răspunsuri globale numit primare de altele secundare unde pornind de la un mic detaliu se confabulează un întreg desigur nepotrivit. Există la cei bogați în fantezie și răspunsuri întreg succesiv sau simultan combinatorii. Ele se găsesc și în patologia psihozelor, la liminari, deficienți, bolnavi de Korsakov, deliranți, mai rar la unii schizofreni sau maniaci. Aci este vorbă de Î confabulator-combinatorice. Răspunsul Î contaminat este tipic pentru schizofreni. Aci două imagini diferite se contopesc într-una sau aceiași localizare, sau două lucruri diferite în acelaș loc se contopesc într-unul. Răspunsurile D trebuiesc bine delimitate de cele Dd mărunte, la vremea lui Rorschach încă nu au fost formalizate răspunsurile D pentru care ulterior au apărut unele precizări pe planșe ajutătoare. Dd-urile dese au semnificație patologică, majoritatea normalilor se mulțumesc cu câteva răspunsuri D. Există și răspunsuri Dd la normali dar Rorschach deosebește două forme de detaliu cu semnificație) și Do azi căzut în desuetitudine, detaliul oligofren. Pentru Rorschach mai mult de un Dzw este suspect, că expresia negativismului se întâlnesc la normalii suciți, la schizofrenii negativiști, mai rar la epilepticii trădând totdeauna tendințe opoziționiste. Do au fost considerate acele răspunsuri date de debili sau imbecili la care acolo unde detaliul la normal e integrat într-o formă bună, se amintește un fragment izolat de normalul întreg. Ele ar mai apărea la anxioșii, depresivii și obsesivii.

Este mai important decât numărul absolut de răspunsuri este raportul dintre ele. Doar numărului absolut de răspunsuri \hat{I} îi revine oarecare importanță. În ce privește numărul mediu normal de \hat{I} între 4 și 7 ceva mai mare la bărbați decât la femei poate fi în legătură cu nivelul de inteligență la normal sau fost sănătos în cazul bolnavilor. Valori mai mari se obțin la cei bogați în fantezie, artiști, pe când deficienții, cu excepția depresiilor reactive, depresivii dar și cei bolnavi de schizofrenie simplă se remarcă cu cele mai mici valori. Buna dispoziție crește, indispoziția scade numărul lor. Numai la depresivii se observă un oarecare raport între răspunsurile F și \hat{I} sau C și \hat{I} în timp ce există un raport direct proporțional între răspunsurile \hat{I} și M. Se vor găsi mai multe răspunsuri Dd cu cât un normal este mai interesat de de mărunț, iar un schizofren este mai capricios. Răspunsurile S exprimă întotdeauna opoziție iar cele Do dacă sunt de înalt nivel exprimă depresiva inhibare a gândirii în timp ce alături de F- indică sărăcimea în asociații la deficienți. În funcție de raportul dintre răspunsurile \hat{I} , D și Dd în protocol se lasă descifrate o serie de „tipuri de comprehensiune”. Există un tip pur \hat{I} . În acest caz se obțin 10 sau în jur de 10 răspunsuri întreg. Ele presupun o bogăție de engrame și anume momente afective indicând capacitate de abstractizare și combinare legate de o dispoziție pentru performanță lasându se notate că tipul \hat{I} . La acest tip se aliniază cei cu imaginație bogată dar și bună dispoziție. Vedem aci cum și Rorschach depășește pura utilizare a probei în diagnosticul psihiatric făcând referiri la cei care mai târziu vă deveni o psihogramă asemănabilă cu un alt tip de psihobiogramă inițiat illo tempore de Kretschmer în susținerea tipologiei sale (informație personală de la Dr. Weinberg 1959). Tipului $\hat{I}+$ I se opune un tip $\hat{I}-$ care nu s-ar întâlni niciodată la normali dar sunt frecvente la schizofreni abulici care răspund cu unul și acelaș conținut global la toate planșele sau la cei foarte disociați care într-un Dd \hat{I} pornesc de la un amănunt nesemnificativ are se integrează într-un întreg.

7) Succesiunea răspunsurilor localizare poate fi rigidă, ordonată, inversă, laxă sau dezordonată.

Succesiunea strictă caracterizează pe cel deja descris că logician, tiranic, intolerant, sâcâitor și pedant, consecvent, care se consideră model în toate. Dar aci se încadrează și depresivii, cei cu sentimente de inferioritate, melancolicii și anxioșii. Succesiunea ordonată caracterizează pe cel care ține cont în mod optimal de conținut în raport cu forma, deci pe cel normal dar și pe paranoiacii și mulți organic cerebrali. Succesiunea inversă pornită de la Dd, prin D la răspunsul întreg caracterizează precauții, neincrezătorii, dar și pe cei care combină cu plăcere săi confabulează. Succesiunea laxă se întâlnește în normalitate la dispoziția vesel relaxată, labilă, artiștii, nervoșii, oameni cu fantezie bogată dar mai ales în patoșogia liminarului, deficientului, manicului, epilepticului, la bolnavi de Korsakov și la schizofrenii.

Succesiunea disociată caracterizează schizofrenii.

8) Conținutul în protocol de fapt răspunde la întrebarea ce vede probandul? Desigur orice lucru imaginabil poate fi văzut, mai mult psihoticul poate vedea lucruri inimaginabile. Rorschach menționa că cele mai obișnuite forme sunt animal (A) sub 35% numai la cei cu imaginația bogată, peste 50% insică stereotipizații. De la început el a elaborat și analizat procentul A că indice al amintitei bogății imaginative sau dimpotrivă stereotipizarea. Apariția răspunsurilor stereotipe de altă natură decât A de exemplu detalii umane (Hd= caracterizează deficienții mintal. Mai ales la deficienții isteroizi răspunsurile umane (U) devin detalii umane (Ud) uneori fiind convertite în obiecte anatomice (At) mai ales de epileptoizii sau cei cu așa zise finaloze (cei care urmăresc avantaje în urma unor accidente). La schizofrenii el a găsit 2 arii de frecvență, cei productivii, sau cu evident logoschizis (Nyiró Gyula. Pszchiatra. Ed. Medicina 1962) între 20 și 35%, în timp ce la hebefrenii,

stereotipizatii, formele simple neproductive procentul variaza între 55 și 70%. Nu sunt deosebiri între extremele psihozelor afective, tot așa cum epilepticii nu se incadrează în ciuda perseverării lor nici între stereotipii (U) nici în cele anatomice (Atd), indispoziția mărește, veselie scade A%. Există o relație inversă dintre A% și răspunsurile M. Există relații semnificative între U și Ud. Inteligenții și normalii euforici că și schizofrenii risipiți sau barați dau U dar nu și Ud. Numărul de U mai mare că Ud se găsește la normali inteligenți și veseli, la deficienții care confabulează, la mulți schizofreni, la epileptici și organicii. Mai multe Ud că G văd normalii limitați, anxioși, depresivii, pedanți, și hebefrenii. Numeroase Ud însă în răspunsuri D se întâlnesc între deficienții care nu fabulează, schizofrenii simple, melancolicii și arterioscleroticii. Obiecte neanimate se întâlnesc la cei cu logoschizis, epilepticii denivelați dar și la femei normale dau psihoze afective bipolare. Doar unii epileptici și schizofreni în logoschizis dau răspunsuri bizare că de exemplu la o pată galbenă cerul. Unele răspunsuri conținut la schizofreni sunt relatate la sine sau abstracțiuni.

9) Răspunsurile originale (O) sunt acele răspunsuri care apar la același planșe cel mult o dată la 100 de protocoale. Ele se împart în O+ și O- în funcție de adecuarea răspunsului la forma G, D sau Dd. mișcare sau culoare.

Cu asta termin prezentarea succintă a principalelor elemente ale probei așa cum au fost văzute de autorul lor precoce dispărut, înainte de a putea trage concluzii finale. Singurul element adăugat în plus a fost o mai detaliată descriere a răspunsurilor alb-negru deoarece ele au câștigat importanță destul de mare ulterior. Am amintit deja completările ulterioare făcute în optica diferitelor școli de psihologie și psihiatrie, de societate și revistele Rorschachiana cu o literatură care ar cuprinde bibliotecii. Nu mai intrăm în alte amănunte decât în măsura în care ele sunt necesare pentru înțelegerea celor ce doresc a sublinia, anume valoarea probei cu care după cum am

mai amintit, împreună cu proba Szondi am pătruns într-o formă sui generis de psihoterapie, cu experiența a multe sute de protocoale la adulți și copii sănătoși, adulți și copii de vârste diferite cu o varietate de probleme în care utilizarea probei a fost calea de aur spre cunoașterea pacienților în scopul ajutorării lor. Inafară de analiza formală a configurațiilor care au permis o apreciere validă a informațiilor despre aptitudinile cognitive, modul de raportare la problemele vieții și resursele probanzilor în a stăpâni situațiile de viață am reușit să aflăm elementele stabile ale persoanei în devenire sau devenite relativ stabile și modalitățile lor de a răspunde la variate solicitări cu care s-au confruntat în fața unui univers artificial, parțial formalizat al celor 10 planșe standard care solicită practic toate resorturile minții. Cum există în fiecare dintre noi, vrem sau nu să recunoaștem avatarurile unei experiențe ancestrale multimilenare ale antropogenezei, mirajul universului magic, animist, de ce nu și ocult al strămoșilor noștri dominați de vraja șamanilor, de totemuri și tabuuri din care C.G.Jung a reușit să-și exopereze de exemplu arhetipurile recognoscibile la noi toți, planșele au un miraculos ceva care atrage nu numai copii ci și orice adult, la orice vârstă la o joacă. Această joacă este provocată de materialul prezentat. În tinerețea mea am fost fermecat de o observație a bătrânului psiholog olandez F.J.J.Buytendijk care într-o corespondență vie la ai săi peste 90 de ani a căutat să-mi demonstreze că nu noi ne jucăm cu jucăriile ci jucăriile se joacă cu noi. Din acest motiv foarte rar mi s-a refuzat participarea la probă, solicitantă însă nu atât pentru proband cât pentru cel ce o administrează deoarece interpretarea rezultatelor cere timp într-o epocă în care capitalul de timp al medicului este foarte scump, motiv pentru care în zilele noastre proba Rorschach este devaloziat de majoritatea psihiatrilor care nu mai sunt dispuși să studieze un univers de variate răspunsuri și semnificația acestora. Deja cu multe decenii în urmă unul dintre puținii psihiatrii din țară pe atunci doar conferențiar, Dr.G.Ionescu, cunoscut că unul dintre rari practicanți ai probei, a încercat să mă convingă că există tehnici mai facile de a

culege informații despre probanzi, de exemplu chestionarele care începeau să ia locul mijloacelor projective (excepție face după cunoștinșele mele doar, azi, Profesorul Dr.Mircea Lăzărescu inițiat în tinerețe de către neuitatul dr.Dan Arthur). E adevărat eu nu am deconspirat faptul că utilizez proba mai puțin ortodoxă decât cea care respectă întocmai procedura inițială și că privesc acest demers ca o confruntare a probandului atât cu lumea sa proprie cât și cu lumea noastră comună, încercând să deslușesc din noianul de reacții trăsăturile principale ale aparatului său mental vis a vis de problemele vieții sale. În mod ciudat copilul atras de imagini se deschide mai ușor, mai direct și pot să afirm mai cinstit în fața planșelor, aparatul său mintal reacționând diferit în funcție de palierul de dezvoltare atins, ori în plină ascensiune inter- etape ale devenirii sale. Că în toată aria psihiatriei infanto-juvenile a trebuit să țin cont de specificul factorului vârstă (M.Tramer) mi-a obligat să țin cont și de observațiile pertinente ale lui M.Loosli-Usteri (Praktisches Handbuch des Rorschachtests. H.Huber Vlg.Bern / Stuttgart 1961) culese într-o amplă experiență dobândită în utilizarea testului Rorschach și la copii. Desigur în plină fază magică, animistă a dezvoltării valoarea răspunsurilor este cu totul diferită față de cea a adulților, în pragul vârstei școlare trebuie ținut cont de realismul intelectual care se trădează evident de exemplu în desenele copilului la aceea vârstă (Luquet), trebuie ținut cont de faptul că la diferite paliere ale psihogenezei unul și același lucru are altă semnificație.

În orice caz față de acum 3-4 decenii , copilul obișnuit cu televizorul și la vârsta fragedă cu calculatorul la care de altfel se pricepe mai bine decât mine (de și utilizez acest mijloc de peste 25 de ani), are o cultură vizuală pe care nimeni nu l-a putut bănuși de exemplu în anii 60 ai secolului trecut când am început a utiliza proba. De rolul culturii vizuale m-am convins cu multe decenii în urmă, când a trebuit să constat că într-o localitate izolată de munte, o caravană cinematografică a proiectat o peliculă, această nu a avut asupra publicului absolut nici un efect. Evident de acest lucru trebuie ținut cont la administrarea probei

în medii diferite, cele de mai sus atestând faptul că există nu numai o transculturalitate a psihiatriei ci și a psihologiei. Dar că să mă fac mai bine înțeles trebuie să mă refer și la o amplă lucrare a psihologului F.Mérei (Mérei F.Szakács F. Klinikai pszihodiagnostikai módszerek Medicina 1974 , A klinikai psychologia gyakorlata Medicina 1974, precum și Mérei F. A Rorschach proba în fascicule dactilografiate, 1973) în care prezintă amănunțit zeci de reacții speciale și determinarea lor într-o amplă sinteză care depășeste cu mult atât inițiala intenție de diagnosticare clinică a bolilor mintale după criteriile nozografice ale psihiatriei vârstei adulte de la începutul celui de al treilea deceniu a secolului trecut, cât și transformarea procedurii într-un valoros demers de configurare a unei psihograme utile în marea și mica psihiatrie dar și în psihiatria judiciară, în psihologia determinării aptitudinilor profesionale și în multe alte domenii , precum și în mai sus amintita psihiatrie infanto-juvenilă, în gerontopsihiatrie, în consilierea psihologică familială, profesională etc....în ciuda actualelor reticențe fiind alte procedee la modă. Evident tocmai în psihiatrie, globalizarea simplificatoare, personal zic, distructivă a tentativelor de contabilizare a patologiei care nu mai ține cont de unicitatea ireductibilă a persoanei, a individului fapt care cere cu excepția marilor entități morbide cu tablou aproape – subliniez aproape- invariabil la baza cărora stau determinanți genetici, modificări neuropatologice pe cale a fi descifrate de neuroștiințe, alterări ale funcției mediatorilor etc.... toată aria psihiatriei are de la face cu individul suferind sau/și bolnav, unic în univers cu o lume, sau dacă vreți ne-lume în psihoză, proprie, personală și particulară. Proba Rorschach în varianta să modernă permite o privire tocmai în infinita varietate a existențelor omenești, ajutând nemijlocit la elcidarea factorilor ce determină tulburarea mai mult sau mai puțin accentuată a minții.

Înainte de a încerca o succintă prezentare a reacțiilor probandului față de elementele planșelor trebuie prezentat alături de mai sus descrisul mod de comprehensiune ingredient esențial în modul de cunoaștere, trebuie să discutăm de data asta cu complectările celor amintite de Rorschach elementele care permit decodarea activității respectiv reactivității probanzilor, structura afectiv emoțională. Este vorba de tipul de trăire, descrisă în termenii aparatului cu care individul se raportează la sine și lumea să. După Rorschachai dacă în protocol domină răspunsurile determinanți culoare, Clob acest lucru pledează pentru extraversiune, a unor ademenibili, care se înșeală adesea dar se și consolează ușor. Mai rar în sine morbo, indică tendință la nevroze actuale, frecvent la nevrotici, mai rar la psihopați. Este un indiciu favorabil pentru psihoterapie de grup, pentru educabilitate. Extraversiunea (extratensivitate) fără semne kinestezice (0M:X sumăC) indică impulsivitate necontrolată caracterizează preșcolarul, mai târziu deficienții și social negativii, cu hopuri adaptative, incorectitudine, depravare, periclitare spre delincvență.

Extraversiunea (extratensivitate) contrabalansată (yMsuma C) au nivel bun de judecată dar judecă subiectiv, își caută dreptatea, tind spre extremism, dogmatism, tind să se afirme!!! Dacă sunt tensionați se dezechilibrează ușor anxios. Nu-și pot exprima sentimentele dar raționalizează legăturile sale pe care le și dezbate. În patologie indică nevroză anxioasă.

Introversivul dilatativ (M mult mai mult că suma C) este unul asemănător cu precedentul dar este mai activ în impunerea propriului punct de vedere, solicită apreciere, având multă încredere în sine. Se consideră valoare spirituală și morală, desconsideră facil pe alții. În patologie prezintă labilitate vegetativă și somatizări.

Coartatul (0M:0C) este limitat în stimuli și reactivitate, pustiu, cu temperatură joasă de combustie, lipsit de bucurii, formalizat în gândire, rar în normalitate. În patologie

coartarea contrazice nevroza cu excepția celui cu mecanisme de defensă (reducerea intereselor, fatigabilitate – bătrâni -, ci F+% mare depresie cu F- regresie.

Coartativul (puțin M : suma C redusă) este adaptabil dar se găsește de 3 ori mai des la psihopați și nevrotici că la normali.

Ambiegalul (M=sumaC) este un controlat, organizat, cu interese obiectuale, dar critic, perfecționist, pretențios care sperie potențialii parteneri. La normal Tip de comprehensiune bogat, cu F+ semnaleză bună capacitate de muncă, frâne bune și aptitudini organizatorice. În patologie denotă nesiguranță, obsesii, fobii, compulsii.

Dilatații (mult M și Mult C) prezintă tensiune – elan – reactivitate- impresionabilitate afectivă. Că martori sau participanți la evenimente totdeauna înregistrează totul. Pot fi însă exaltați. În sine morbo artiști purtători de ideologii, destul de intoleranți, circulari cu inclinații spre parazitism și nevroze paroxismale.

Desigur tipurile de trăire sunt descifrate din proporții între Culoare și Mișcare, indicând participarea sau dimpotrivă neparticiparea la cele din jur.

Nu putem intra aci în discutarea numeroaselor formule cu care se pot caracteriza anumite particularități ale persoanei, intelect, trebuințe de apropiere, toleranță la frustrare, dependență de stimuli s.a.m.d. de aceste formule trebuie ținut cont în psihograma utilizată de unii în nozografie, de alții în aprecierea aptitudinor profesionale etc....

Încercăm în cele ce urmează pe baza celor mai sus amintite, o succintă prezentare a reacțiilor ce se pot decoda în urma confruntării probandului cu cele zece planșe, sau dacă lipsa de timp interzice prezentarea acestor 10 planșe sau a unor serii paralele de planșe (de exemplu seria Behn Rorschach) a celor trei planșe ale testului Zulliger (H.Zulliger. Der Zulliger Tafeln Test.Vlg.H.Huber Bern Stuttgart Wien 1977).

Și acum cu riscul de a fi calificate că erezii, încerc să prezint unele dintre reacțiile particulare de răspuns care permit puncte de inserție pentru o abordare psihoterapeutică reconstitativă inițiată cu din totul alte puncte de vedere de psihanalza ortodoxă a lui S. Freud în Viena secesiunii fin de siecle 1899 (S. Freud. Einführung in die Psychoanalyse), practică ca singurul merit al cognitiștilor în psihoterapia lor prin tentativa de descoperire a unor deprinderi, atitudini patogene eronate în cursul învățării și repornire corijândă din acel moment al unei noi învățări dacă vreți condiționări. Doar prin acest demers reconstitativ au reușit să depășească metodele reprimânde ale tehnicilor terapeutice comportamentale aflate la sorgința lor. Eficiente pentru moment amintite tehnici (numeroase de altfel) prin faptul că nu au abordat cauzal problema nu au îndepărtat factorul patogen având drept rezultat doar convertirea unui simptom reprimat temporar într-altul. Reacțiile

particulare (Extrase din amintita prezentare a probei din partea lui Mérei) despre care vom vorbi sunt în fapt răspunsuri ce corespund unor procedee mintale care calchiază modele comportamentale semnificative. Deci ele pot fi considerate reacții model. Fiindcă exprimă doar tendințe sunt mai puțin simptome decât indicatori într-un profil de personalitate.

I. CONȘTIENȚA ACORDĂRII UNEI SEMNIFICAȚII ține de funcția realului. Normalul știe fără să formuleze explicit că el este cel care acordă o anumită semnificație elementului de pe planșe. Defectul organic cerebral modifică această certitudine. El este surprins de acel ceva ce “nu merge” față de nivelul de aspirații anterioare leziunii organice. de aci nesiguranța în simțul realului.

1.) AUGMENTAREA CONȘTIENȚEI ASUPRA SEMNIFICĂRII, este unul din modelele alienării. Probandul nu își permite libertatea de a se abandona imageriei tot așa cum în viață nu se pune în acord cu sarcini, situații și relații. El se privește pe sine puțin ”din afară” din teama pierderii de „față” Răspunsul trădează și cheltuială mare de energie pentru a face față situațiilor de viață. Normal se întâlnește numai în cazul răspunsurilor numeroase,

sfere de conținut variate și în absența participării afective la începutul probei. În anticamera psihozei sau în remisie este mecanism compensator sau semn de disimulare. La personalități anormale semn de răceală afectivă, o alienare față de trăire. Se întâlnește mai ales la bărbați. Se întâlnește în cazul în care probandul face aluzii sau pune deschis accentul că are în față niște pete. Zice că cu bunăvoință ar putea fi... ar fi...etc.

2.)ACORDAREA SEMNIFICAȚIEI(Bedeutung) întrucât exprimă conștiința unei anume semnificații univoce exprimă totdeauna scotomizare,rigiditate mintală. Dacă apare numai la început trădează dificultăți de acomodare la acei normali la care „fisa cade cam târziu”, dacă apare repetat este rigiditate la un deficient mintal, psihotic sau organic cerebral, ori un individ elementer, neinstruit. Totdeauna e semn prognostic infaust față de demers pedagogic sau psihoterapeutic. Se trădează când probandul se referă la caracterul univoc al petei care „este”....că și când planșa ar oferi ceva de ghicit.

3.)SEMNIFICARE INFANTILĂ este caracteristica copilăriei, coexistă simultan mai multe stări de conștiință că la povestea cu balaurul care este dar nu este real deci alături de interpretarea liberă mai coexistă și căutarea unei semnificații. Fenomen normal până la 8-9 ani, de la 10 ani în sus trebuință de securitate, regularitate,uniformitate,semnifică prognostic pedagogic și psihoterapeutic bun fiindcă este semn de adaptare. La adult infantilism, nevoie de legături, capacitate de judecată mai slabă, temeri copilărești, teamă de oficialități, de regulamente etc... se trădează atunci când planșa poate avea diferite interpretări dar are și o anume semnificație.

4.) REACȚIE AUTOCRITICA. Probandul vede în sine însuși cauza perturbării actului de interpretare datorată tensiunii create de sarcina de rezolvat. Probandul simte că răspunsul său