

NEUROLOGIA, PSIHIATRIA, NEUROCHIRURGIA

REVISTĂ A SOCIETĂȚII DE NEUROLOGIE ȘI NEUROCHIRURGIE
ȘI A SOCIETĂȚII DE PSIHIATRIE

Redacția: București, str. Progresului nr. 8-10 — Telefon 13.89.73

VOLUMUL XIX

MAI 3 Iunie

1974

REFERAT GENERAL

Psihoterapia comportamentală

Dr. M. Lăzărescu, dr. Sorina Strugaru, dr. Margareta Georgescu, dr. V. Enătescu

Clinica de psihiatrie, Timișoara

Termenul de psihoterapie comportamentală se referă la un ansamblu de tehnici terapeutice care se aseamănă prin faptul că : a) se adresează direct simptomului pe care vor să-l suprimă sau unor aspecte de comportament circumscrise, pe care vor să le modifice ; b) se bazează pe datele teoriei comportamentale a învățării, al cărei înaintași principali în plan teoretic sînt considerați Pavlov și Skinner. Psihoterapiile comportamentale reclamă o legătură strînsă cu laboratorul ; aceasta atît în planul utilizării unor tehnici puse la punct în laboratorul de experiențe pe animale, cît și în sensul că metodele aplicate se vor cît mai obiectiv verificabile, prin măsurători, la fel ca orice experiențe de laborator. Psihoterapiile comportamentale sînt în principiu opuse psihoterapiilor analitice și interpretative ; această opoziție, teoretică și tehnică, este în ultimii ani obiectul unor încercări de conciliere și sinteză.

Multe dintre principiile pe care se bazează actuala condiționare psihoterapeutică se cunosc încă din 1929. Totuși pînă în deceniul al 6-lea, psihoterapia clinică s-a folosit foarte puțin de învățare și condiționare, rămînînd dominantă opinia formulată deja la sfîrșitul secolului XIX, că rezolvarea simptomului în psihiatrie are o valoare neglijabilă în raport cu necesitatea modificării structurale a personalității, opinie al cărui campion zgomotos se declară psihanaliza. După 1940, s-a folosit pe scară largă tratamentul de condiționare, în alcoolism, cu apomorfina. În 1950 apar două

N.a. În notele de subsol vor fi menționate bibliografiile care nu au putut fi consultate nemijlocit, ci doar prin recenzii sau referate.

lucrări de pionierat, datorite lui Dollard și Miller¹ și lui Mowrer², care au arătat cum teoria învățării și cea a personalității se proiectează una în alta și cum strategiile terapeutice convenționale pot fi interpretate din punctul de vedere al teoriei și cunoașterii *behaviour-iste*.

Terapia comportamentală s-a dezvoltat de la început în țările de limbă engleză (inițial în Anglia și Africa de Sud, apoi în America). În Europa ea are și în prezent o răspândire restrânsă. În articolul din ultima ediție (1972) din „Psychiatrie der Gegenwart“, Gelder (4) menționează doar două articole germane de sinteză. În Franța se poate menționa raportul și cartea lui J. Rognant și referatul lui E. G. Poser și Suzanne Tremblay (23). De câțiva ani este editată și o revistă de terapie comportamentală.

Principalele metode de terapie comportamentală sînt : desensibilizarea sistematică prin inhibiție reciprocă, terapia de aversiune și metodele de condiționare operantă.

A. Desensibilizarea sistematică prin inhibiție reciprocă

Inițiată de Wolpe, aceasta este metoda cea mai răspândită, în legătură cu care s-au făcut cele mai multe studii. Tratamentul fobiilor este situația tip, față de care metoda este standardizată, urmărită în rezultate și perfecționată. Astfel, de exemplu Isaac M. Marks, unul din principalii promotori ai metodei în Anglia (împreună cu G. Geldner), s-a specializat și în studiul stărilor fobice, aproape monopolizînd subiectul în Anglia (2,3).

Tratamentul se desfășoară în modul următor : a) în prima etapă, pacientul este învățat să întocmească o listă amănunțită a fobiilor sale, în ordinea ierarhică a importanței ; b) în a doua fază, pacientul este învățat să se relaxeze după una din metodele cunoscute (Jacobson, Schultz) ; c) în faza terapeutică propriu-zisă, pacientul, aflîndu-se în relaxare (sau în altă stare antianxioasă indusă), este invitat să-și reprezinte cît mai intens și pregnant imagini sau scene care evocă stimuli anxiogeni, începînd cu partea terminală a listei, care cuprinde situațiile cele mai slab anxiogene. Datorită relaxării — prin inhibiție reciprocă — anxietatea nu mai apare. Dacă ea totuși se reinstalează (fapt ce poate fi constatat prin semne obiective disvegetative și pe care subiectul în orice caz îl resimte), atunci pacientul face un semn discret cu mîna. Se procedează fie la adîncirea stării antianxioase, fie la întreruperea sesiunii. Astfel de sesiuni repetîndu-se, subiectul devine imun la obiecte și situații anxiogene (prin „condiționare“). Nu se trece la rezolvarea unei situații superioare, decît după soluționarea completă a problemelor precedente, conform ierarhiei stabilite inițial. Astfel, treptat, se urcă pînă la fobiile cele mai grave, iar cu rezolvarea acestora se încheie și tratamentul. O cură durează de obicei între 2 și 5 luni și presupune între 10 și 30 de sesiuni.

Construirea ierarhiei are o importanță de prim ordin. E necesară aici o istorie amănunțită și întocmită cu grijă. Wolpe și Lazarus (1966) recomandă folosirea chestionarelor. Pot fi folosite și teste suplimentare.

Starea de relaxare care să nu permită dezvoltarea anxietății mai poate fi indusă prin inhalarea de CO₂ (metoda Meduna), hipnoză parțială (fracționată) sau prin injecție intravenoasă de barbiturice, cu efect rapid. Cît privește metodele de relaxare, Matheus (1968) a stabilit că e adevărată impresia conform căreia detaliile precise ale metodei de relaxare nu sînt

¹ Dollard J., Miller N. E. — Personality and Psychotherapy, Ed. Mc Graw Hill, New York, 1950.

² Mowrer O. H. — Learning Theory and Personality Dynamics, Ed. Ronald, New York, 1950.

cruciale ; fiecare terapeut o poate utiliza pe cea cu care este mai familiarizat. Toți autorii sînt de acord că relaxarea musculară este un *sine qua non* al succesului acestei terapii (5,6).

În faza contrapozitiei stimulilor care evocă anxietatea, la o persoană deja preparată antianxios, se poate începe cu stimuli neutri, fără o semnificație angoasantă. În afară de reprezentarea imaginativă, se poate folosi și o reprezentare indusă prin discursul terapeutului, precum și o perceptualitate nemijlocită prin clișee, filme, sunete înregistrate sau prezentări de obiecte. La fobici, imaginarea de situații pare a fi mai eficientă, cel puțin în faza inițială ; probabil din cauză că pacienții fobici experimentează anxietatea mai mult imaginativ, fiind mai puțin familiarizați cu confruntarea reală cu situațiile fobogene, pe care le evită. De obicei, după 4—5 prezentări, o situație fobogenă poate fi prezentată fără apariția anxietății.

Evaluarea rezultatelor se face prin studiul stării anxioase a pacientului în momentul evocării sau confruntării cu situația anxioasă, prin relatarea de către subiect a stării sale subiective, prin teste psihologice și prin modificarea efectivă a comportamentului său. Cu cît există o concordanță mai mare între mai multe criterii, cu atît rezultatul poate fi considerat mai sigur. După cum am mai menționat, teoreticienii și practicienii terapiei comportamentale tind să prezinte rezultate cît mai „obiectiv măsurate“, la fel ca rezultatele unor cercetări de laborator. Toate studiile întreprinse folosesc grupe martor, la care se aplică alte terapii sau tehnici.

Cercetările s-au făcut pe voluntari și bolnavi. Sinteza rezultatelor obținute pînă în prezent permite să se afirme că desensibilizarea este foarte eficientă la voluntari (de exemplu la persoane cu fobia de șerpi sau păianjeni, dar care nu au apelat la medic) ; de asemenea, ea dă rezultate foarte bune, care se mențin în timp, la nevroticii fobici monosimptomatice sau cu puține fobii bine focalizate ; la fel, în agorafobia ușoară. Rezultatele în agorafobia gravă sînt mai slabe. Astfel de rezultate relatează de exemplu Marks (3), sintetizînd 13 studii făcute pe 166 de voluntari și 5 studii efectuate pe 77 de bolnavi. La fel se pronunță și G. Geldner (1).

Procese care pot fi incriminate ca intervenind favorabil în terapia prin desensibilizare sînt (după I. Marks) (3) :

- expunerea gradată la stimuli fobici în ordinea ierarhiei ;
- experiența contrastantă simultană (relaxarea) ;
- așteptarea de către pacient a îmbunătățirii ;
- întăririle verbale ale psihoterapeutului ;
- relația cu terapeutul.

Acestei relații psihoterapeutice, unii autori îi acordă o valoare apreciabilă, iar alții o neagă complet. De exemplu, J. Rhoads (7), spre deosebire de Wolpe și Lazarus, observă și analizează în cadrul terapiei comportamentale fenomene de transfer afectiv și de rezistență, pe care le consideră importante. Se pare că pentru o bună reușită este necesară prezența simultană a tuturor acestor factori, care împreună dau rezultate semnificativ mai bune decît izolat, sau decît alte terapii (ca de exemplu sugestia în hipnoză, drogurile, placebo, psihoterapia comprehensivă) sau lipsa tratamentului.

Factorii care pot întîrzia sau împiedica instalarea ameliorării sînt mulți. B. G. Glick (5) notează, în ordinea importanței (la 14 cazuri neameliorate dintr-un grup de 23 de fobici) : 1) frică de relaxare ; 2) anxietate liber flotantă marcată ; 3) repetate *stress*-uri zilnice în perioada tratamentului ; 4) greșeală în metodă ; 5) apărare obsesiv-compulsivă față de metodă ; 6) slabă

vizualizare imaginativă ; 7) extremă pasivitate ; 8) depresie psihică severă ; 9) atac hipoglicemic.

În afară de stările fobice menționate, se rezolvă prin desensibilizare, fobia de zbor și înălțimi a piloților și personalului navelor aeriene (9), fobia de situații sociale, ereutofobia, stările obsesive izolate. Recent (1971) Wolpe prospectează acest tratament și pentru stările nevrotic-depresive, utilizând o definiție *behaviour*-istă a acestora și bazându-se pe experimentele lui Seligman la animale. Se consideră că în isterie nu se obțin rezultate bune cu desensibilizarea sistematică. Metoda se folosește însă și în psihomatică cu unele succese în astmul bronșic (J. B. Reklès¹) și în migrenă (K. R. Mitchell²). S-a mai folosit, deocamdată limitat, pentru tratamentul inapetenței, frigidității și homosexualității.

Metode derivate, asociate sau similare

1. *Desensibilizarea prin suprasaturare cu stimuli anxiogeni (flooding, implosion, în continuare vom folosi neologismul „implosie“).*

În desensibilizarea clasică, pacientul este învățat să se relaxeze și o serie (ierarhie) de stimuli și situații sînt sugestionate sau prezentate progresiv ; la cel mai mic indiciu de anxietate, relaxarea este accentuată. În tratamentul de tip implosiv, se induce relaxarea, iar apoi pacientul este invitat să intre direct în cea mai puternică situație fobică posibilă, cu cea mai mare încărcătură anxioasă ; sau i se prezintă material audiovizual în acest sens. De exemplu, după M. Z. Husgain (11), pacientul, întins în pat, primește intravenos o doză de Tiopenthal pentru a se relaxa. Apoi ședința începe, arătîndu-se pacientului prin proiecție de diapozitive sau film, scene horifiante, ca de exemplu accidente de mașină, oameni grav răniți, sînge în jur ; în același timp, comentariu corespunzător, la magnetofon. Apoi, pacientul este pus să-și imagineze singur aceste situații, timp de 10 minute. Urmează fobiile specifice pacientului. Dacă e un agorafobic, i se arată imagini de piață publică, autobuze, mașini, magazine, scene în care lumea se simte terifiată și fuge ; apoi este pus să-și imagineze singur aceste situații. Dacă în joc sînt fobii sociale se prezintă material în care pacientul este ridiculizat de familie și străini. Dacă e prezentă fobia de școală (ca într-un caz rezolvat pe această cale de Smith și Th. Sharpe³) se prezintă scene foarte neplăcute de la școală, cu bandă sonoră în care este ridiculizat de colegi și admonestat de profesori. Anxietatea este evaluată după comportament și autoreferința subiectului. Ședința se termină în relaxare completă indusă de Tiopenthal. Ședințele de reprezentare a stărilor terifiante sînt scurte, de la cîteva secunde pînă la 2—3 minute. De obicei se fac 12—15 ședințe. Metoda este recentă. Primele rezultate sînt comunicate începînd din 1967, mai ales după publicarea lucrării lui Stampfl⁴. De menționat apoi studiile lui R. A. Hogan⁵ și J. H. Kirchner⁶. Boulorgauris și J. M. Marks sau R. J. Hodgson⁷. Rezultatele comu-

¹ Reklès J. B. — *Psychosomatics*, 1973, 12, 168—173.

² Mitchell K. R., Mitchell și Daphne — *J. psychosom. Res.*, 1971, 15, 137—153.

³ Smith R. E., Sharpe T. M. — *J. cons. Psychol.*, 1970, 35, 239.

⁴ Stampfl T. G. — *Implosive therapy in Behaviour modification, Techniques in the Treatment of Emotional Disorders*, Ed. by Armitage S., Bettelheim, Veterans Administration, 1967.

⁵ Hogan R. A., Kirchner J. H. — *J. abnorm. Psychol.*, 1967, 106—109.

⁶ Kirchner J. H., Hogan R. A. — *Psychotherapy*, 1968, 3, 102—104.

⁷ Hodgson R. J., Rachman S. — *Behav. Res. Ther.*, 1970, 8, 25—27.

nicate pînă în prezent o indică cel mai des ca o metodă superioară desensibilizării sistematice. Astfel, într-un studiu cu încrucișare la mijlocul tratamentului, I. Marks (10) constată (la 16 pacienți) că atât desensibilizarea, cît și implosia (ambele efectuate în relaxare medicamentoasă) dau rezultate mai bune ca primă terapie (înainte de încrucișare); dar metoda de implosie este semnificativ superioară. Desensibilizarea ar acționa mai bine în fobiile focalizate, iar implosia în fobiile severe, cu mai multe simptome. În alt studiu interesant, M. Z. Husgain (11) studiază 40 de pacienți împărțiți în 4 grupe. Relaxarea, atât pentru desensibilizarea progresivă, cît și pentru implosie, este realizată prin infecție intravenoasă cu Tiopenthal; pentru fiecare tehnică, cite un grup de control primește injecții intravenoase cu ser fiziologic; la mijlocul terapiei, metodele se schimbă (încrucișare). Rezultatele cele mai bune sînt obținute în tratamentul prin implosie, protejat de Tiopenthal.

2. *Modelarea.* În desensibilizarea clasică și chiar în metoda de implosie, prezența actuală a psihoterapeutului și legătura cu el este considerată de mică importanță. Chiar dacă i se acceptă un rol, acesta nu este folosit deliberat și intenționat, în ameliorarea rezultatelor. Psihoterapeuții familiarizați cu teoria *behaviour*-istă a învățării știau însă că însușirea unor comportamente poate fi foarte mult favorizată prin transfer, adică dacă subiectul asistă în mod repetat la efectuarea unui comportament de către altă persoană, ulterior el și-l însușește mai ușor, intervenind și un fel de „copiere” sau „modelare”. Acesta este un fapt curent al psihologiei învățării. El poate fi aplicat și psihopatologiei și psihoterapiei. Astfel, de exemplu, A. Bandura (12) a făcut o serie de studii prin care demonstrează că prin „modelare” se pot obține rezultate net superioare desensibilizării. Prezentăm în continuare pe scurt cîteva date din unul din studiile lui Bandura, efectuat pe copii nenevrotici, dar care prezentau pronunțate fobii de cîine sau de șarpe. Într-o primă cercetare, copiii cu fobie de cîine au fost împărțiți în patru grupe; la prima grupă, într-o atmosferă plăcută, de chermезă, la un moment dat apărea un copil curajos (4 ani) cu un cîine cu care se juca; faptul se repeta în ședințele următoare cu creșterea interacțiunii și întimității afective față de cîine. La un al doilea grup, același fapt era produs într-o atmosferă neutrală. Diferențele dintre aceste două grupe au fost nesemnificative; ele s-au deosebit însă net de grupul în care cîinele era prezentat fără însoțitor și față de grupul de control. Rezultatul final se măsura în posibilitatea copilului de a rămîne închis într-o cameră singur cu un cîine, mîngîindu-l, plimbîndu-l, hrănindu-l. În primele două grupe rezultatele erau net superioare. Rezultatele sînt mai bune în cazul demonstrării pe viu, decît în cel al vizionării unor filme. În alt experiment, 3 grupe de copii care prezentau frică de șarpe au fost supuse; a) vizionării unor filme cu șerpi, filme pe care copiii le puteau opri; b) demonstrării unei interacțiuni nemișcuite între terapeut și șarpe, pacienții fiind invitați să participe; c) desensibilizării clasice. Rezultatele modelării au fost net superioare.

3. *Infecția paradoxală.* Hans O. Gerz¹ pleacă de la observația că multe simptome fobice (sau compulsivo-obsesive) se dezvoltă în avalanșă, pe măsură ce pacientul caută să le evite sau luptă împotriva lor; așa se întîmplă de exemplu în ereutofobie. Psihoterapeutul recomandă ca pacientul să caute să-și provoace singur, voluntar, simptomul fobic sau compulsiv-obsesiv temut. Cel mai des, pacientul nu reușește, la fel cum nu reușește nici să-l oprească

¹ Gerz H. O. — *J. Neuropsychiat.*, 1962, 3, 375.

voluntar. Prin această tehnică dispăre frica de simptom și, secundar, simptomul se jugulează.

4. *Psihoterapia individuală a nevrozelor* după K. Leonhard (13). Ca și precedentă metodă, nu e vorba de o psihoterapie comportamentală propriu-zisă. Există totuși apropieri, deși autorii nu le subliniază. Unul dintre principiile psihoterapiei preconizate de Leonhard este ca pacientul să întreprindă și să execute insistent un comportament, exact în direcția în care simptomul nevrotic îi blochează acțiunea. Astfel, un agorafobic va fi pus să iasă din casă și să se plimbe pe stradă pînă cînd simptomul dispăre. Se respectă însă o lege a dozării progresive. Inițial, pacientul iese pe stradă însoțit de medicul în care are încredere, apoi acesta îl supraveghează de la distanță, în sfîrșit, face excursii și de unul singur. Bolnavii care au fobie de tuberculoză vor fi duși într-un serviciu de fiziologie, învățați să dea mîna cu bolnavii, fără frică, și să se spele apoi imediat etc. În această metodă psihoterapeutică se pot vedea analogii cu desensibilizarea sistematică, efectuată nu în imaginație, ci utilizîndu-se modelarea sau, mai mult chiar, o atitudine activă, care depășește însăși modelarea.

B. Terapia prin aversiune

Metoda constă în a asocia stimulii neplăcuți cu anumite grupe de comportament pe care pacientul vrea să le piardă. Principiul condiționării pavloviene este evident. Metoda are desigur o foarte veche aplicare, în pedagogie. În psihoterapie este însă mai recentă. Deoarece poate fi asemănată cu pedepsirea, s-au formulat critici din perspectivă etică. În orice caz, inițiativa trebuie să aparțină pacientului și el să poată întrerupe oricînd tratamentul. Mai de mult a fost folosită în alcoolism (cu apomorfina) și în inversiuni sexuale.

În prezent, pentru crearea aversiunii se folosește cel mai des curentul electric. De obicei, tratamentul se face de două ori pe săptămînă, timp de cîteva săptămîni sau luni.

Indicațiile sînt variate; se folosește în perversiuni sexuale, în fetișism, travestitism, probleme sadomasochiste imaginare (se începe cu cele masochiste). La homosexuali se notează rezultate bune (aproximativ 40%), mai ales la cei tineri și care au avut și relații heterosexuale. Tratamentul se face de obicei cu clișee de bărbați și femei, care, după ce au fost clasate de pacient în ordinea interesului pe care-l provoacă, sînt proiectate pe un ecran. Imaginile de bărbați sînt însoțite de șocuri electrice pe coapse, crescînd în intensitate la imaginile mai plăcute. Clișeele cu femei nu sînt însoțite de șocuri electrice. Se poate astfel condiționa o aversiune pentru bărbați și o lipsă de anxietate față de femei. Din acest exemplu apare evident că terapia prin aversiune este doar o terapie parțială. Comportamentul sexual inițial aberant devine neutral. Pentru structurarea unui comportament heterosexual e necesară o educare suplimentară. Rămîne de asemenea deschisă problema gratificațiilor, pentru a suporta tratamentul sau pentru a dezvolta un nou comportament într-o direcție dorită.

Tratamentul prin aversiune se mai folosește cu succes în alcoolism, la fumătorii de țigări, la obezi, la jucătorii impulsivi de jocuri de noroc și, în sfîrșit, în ultimul timp, în isterie. D. P. Bhetbarcharya (16) tratează istericii cu crize frecvente, în trei faze. Membrii familiei asistă tot timpul la ședințe, dar se arată complet indiferenți față de pacient. În prima fază se aplică un curent electric slab, sugestionîndu-se apariția crizei, care este astfel

condiționată. În a doua fază, un curent de intensitate medie este menținut tot timpul crizei, care se scurtează ca durată. În a treia fază se aplică, în timpul crizei declanșate, un curent intens neplăcut. Rezultatele comunicate (la 8 persoane) par a fi bune. D. J. Koss, F. M. Silvers și G. M. Abrams (17) folosesc o metodă de psihoterapie într-un grup cu interacțiuni strânse. Comportamentul de tip isteric este tot timpul evidențiat și sancționat, creindu-se astfel *feed-back*-ul.

Progresul terapiei de aversiune depinde de construcția unui nou comportament. Trebuie deci luată în considerație personalitatea bolnavului, relațiile sale familiare și sociale ; trebuie efectuate terapii în plus, atâta timp cât este nevoie.

C. Metodele de condiționare operantă

Metoda se bazează pe „întărirea” unor comportamente care apar *spontan* și care sînt considerate „bune” sau de dorit ; celorlalte comportamente nu li se acordă atenție. Cu timpul, comportamentul dorit și „întărit”, răsplătit, recompensat, crește în frecvență și capătă o pondere mai mare, în ansamblul comportamentelor.

Astfel s-a reușit modificarea comportamentului la unii schizofreni, oligofreni, delincvenți, în cazuri de automatism infantil, tulburări de comportament la copii, dificultăți în lectură etc.

Cea mai importantă problemă practică în aplicarea acestui tratament este găsirea unei întăriți pozitive eficace. Animalele sînt recompensate prin mîncare, copiii prin dulciuri (de exemplu la copii cu autism infantil, dacă pronunță un cuvînt, li se dă înghețată) ; la adult este mai greu, deoarece comportamentul e în mare măsură dirijat de recompense sociale (de exemplu, respectul și aprecierea cunoștințelor, banii). Deseori schizofrenii nu răspund nici la astfel de premii și de aceea trebuie neapărat găsite recompensele eficiente pentru fiecare caz, prin studierea vieții zilnice a bolnavilor și prin observarea faptelor la care reacționează pozitiv. Într-unul din programe, T. Ayllon și N. H. Azrin (1965) foloseau ca recompensă pentru schizofrenii cronici țigările, bomboanele, accesul la televizor, șansa de a vorbi mai mult cu medicul sau psihologul, dreptul de a se așeza la masă cu cine vrea și a-și alege camera etc.

Perturbările comportamentale pe care le rezolvă condiționarea operantă tîin, într-o anumită măsură, de instituționalism (hospitalism) și nu de boala însăși. Astfel de perturbări sînt la schizofrenul cronic : autismul, stereotipiile, sărăcia limbajului. Se folosesc fragmentele de comportament social rămase, care sînt treptat dezvoltate. Este greu de stabilit dacă ameliorările acestor schizofreni nu se datoresc în mare măsură interesului și atenției din partea terapeutului. În orice caz, schizofrenii cronici care au făcut obiectul acestor tehnici de îngrijire au devenit mult mai activi, au participat la variate activități ale spitalului, s-au autoîngrijit mult mai bine, unii păstrînd cîștigurile comportamentale și în mediul extraspitalicesc.

Condiționarea operantă se aplică cu succes colectivităților. Ea pretinde în acest caz o prealabilă instruire a personalului. De exemplu, la copii cu tulburări de comportament (O'Leary), îngrijitoarele erau instruite să ignoreze comportamentele agresive și să dea atenție copilului, răsplătindu-l numai dacă manifestă comportamentele dorite (Baccker, 1967). Metoda a fost aplicată cu succes și în învățarea deprinderilor sociale la oligofreni (Baldwin, 1967), pre-

cum și la delincvenți (Burchard, 1967). Există o asemănare, dar nu o identificare între condiționarea operantă și ergoterapia remunerată.

Condiționarea operantă aplicată colectivităților (*Token economy*) are deja o serioasă răspândire. Krasner și Attowe (18) au semnalat deja 110 referințe cu privire la astfel de programe aplicate în peste 50 de instituții din S.U.A., Canada și Australia. Interesul pentru această problemă este în creștere.

Psihoterapia comportamentală, dezvoltată exploziv în ultimul deceniu, a depășit faza „eroică” și exclusivistă. De ea se interesează psihoterapeuți de diverse orientări, iar promotorii ei acceptă necesitatea unui punct de vedere mai larg și a colaborărilor. Dezvoltându-se în S.U.A., ea este în mare măsură tributară viziunii antropologice americane asupra omului „mașină” și a omului adaptat. Totul ar fi rezolvabil dacă s-ar găsi o manieră adecvată de a pune problema și dacă s-ar insista suficient în procesul de condiționare: psihoterapia trebuie să-l facă pe om mai adaptabil și eficient, deci să îndepărteze acele perturbări (simptome) care îl împiedică de la aceasta. Aceste puncte de vedere se resimt în subtextul studiilor de psihoterapie comportamentală. Dar tot prin dezvoltarea sa cu predominanță în S.U.A., ea a trebuit să facă față de la început confruntării cu psihanaliza. Inițiala polemică evidentă a dispărut astăzi, când se caută mai mult posibilitățile de împăcare, de sinteză, de acceptare a ambelor metode, eventual cu indicații și focalizări diferite. Privitor la aceste probleme, în ultimii ani apar comunicări din perspectivă practică și teoretică. T. Freeman (20) subliniază că situația psihoterapeutică, psihanalitică, are o componentă „de învățare”, în sensul psihoterapiei comportamentale, iar J. Sandler (21) crede că se poate face o sinteză între psihologia psihanalitică și teoria învățării.

Astfel, de exemplu, B. S. Glick (1971), de formație și practică psihiatrist, dându-și seama de insuccesul analizei la unele cazuri de fobii, a început să practice terapia comportamentală (desensibilizarea, după Wolpe) și publică rezultatele obținute pe 23 de cazuri. M. Hersen (19) comunică un caz în care psihoterapia începe psihanalitic; cura se întrerupe, aplicându-se o terapie comportamentală pentru ritualul obsesiv; după succesul acesteia, analiza continuă.

B. W. Feather și J. M. Rhodos (22) acceptă multe similarități între teoria învățării și psihanaliză; ei susțin că, de exemplu, fobia poate lua naștere prin condiționarea clasică în urma unor evenimente trăite sau prin conflict, în sens psihanalitic (inhibarea impulsurilor inacceptabile). De aceea, ambele tipuri de tratament sînt principial justificate. Cu alte cuvinte, psihoterapiile comportamentale au zdruncinat edificiul psihanalitic al omului, pentru care viața și trăirile actuale nu au decît o importanță minoră, în raport cu structurarea inconștientă bazală.

Metodele psihoterapiei comportamentale, care la prima vedere pot să apară ca fiind scandalos de limitate la simptom, s-ar putea să aibă o importanță substanțială. Deseori, dispariția nodului de simptome care frînează persoana poate fi un eveniment cu ramificații și consecințe nebanuite inițial, uneori deosebite. Psihoterapiile comportamentale sînt în plină dezvoltare, diversificare și îmbogățire. Ele au atras atenția în mod semnificativ asupra faptului că pacientul nu este o abstracție, că el se află mereu într-o situație dată, în care simptomele joacă un rol important. Cu condiția de a nu privi bolnavul doar ca pe o mașină care trebuie reparată, ci de a se raporta la el ca la un om, în cel mai profund sens al cuvîntului, psihoterapiile comportamentale vor fi probabil asimilate ca tehnici terapeutice utile.

Bibliografie

1. GELDNER M. G. — Behaviour Therapy, Psychiatrie der Gegenwart, II, Ed. Springer, Berlin, 1972, p. 765—799.
2. MARKS I. M. — *Amer. J. Psychother.*, 1970, XXV, 652—673.
3. MARKS I. M., GELDNER M. G. — Controlled Trials in Behaviour Therapy. The Role of Learning in Psychotherapy, Ed. Ruth, Port, Little, Brown and Company, Boston, 1968, p. 68—81.
4. LEREBoullet J., ROSA A., OLIVER MARTIN R. — *Rev. Prat. (Paris)*, 1972, XXII, 12, 1917—1922.
5. GLICK B. G. — *Amer. J. Psychother.*, 1970, XXIV, 1, 92—101.
6. STEWART AGRAS W. și colab. — *Arch. gen. Psychiat.*, 1971, 25, 511—514.
7. RHOADS J. M. — *Brit. J. med. Psychol.*, 1972, 45, 99—103.
8. WOLPE J. — *Amer. J. Psychother.*, 1971, XXV, 3, 362—369.
9. GOORNEY A. B. — *Brit. J. Psychiat.*, 1970, 117, 536—544.
10. MARKS I. M. — *Brit. J. Psychiat.*, 1971, 119, 353—375.
11. HUSGAIN M. Z. — *Amer. J. Psychiat.*, 1971, 127, 11, 85—89.
12. BANDURA A. — Modelling Approach to the Modification of Phobic Disorders, The Role of Learning in Psychotherapy, Ed. Ruth, Port, Little, Brown and Company, Boston, 1968, p. 201—216.
13. LEONHARD K. — Individual therapie der Neurosen, V.E.B., Ed. Gustav Fischer, Jena, 1963.
14. LAZARUS A. A. — Behaviour Therapy and Graded Structure, The Role of Learning in Psychotherapy, Ed. Ruth, Port, Little, Brown and Company, Boston, 1968, p. 134—143.
15. SEAGER C. P. — *Brit. J. Psychiat.*, 1970, 117, 545—553.
16. BHETBARCHARYGA D. P. — *The Amer. J. Psychiat.*, 1971, 128, 5.
17. KOSS D. J., SILVERS F. M. — *Arch. gen. Psychiat.*, 1972, 26, 42, 50.
18. KRASNER L. — Assessment of token economy programmes in psychiatric hospitals, The role of Learning in Psychotherapy, Ed. Ruth, Port, Little, Brown and Company, Boston, 1968, p. 155—172.
19. HERSEN M. — *Amer. J. Psychoter.*, 1970, XXV, 2, 308—313.
20. FREEMAN TH. — The Learning component in the dinamic psychotherapeutic situation, The Role of Learning in psychotherapy, Ed. Ruth, Port, Little, Brown and Company, Boston, 1968, p. 186—193.
21. SANDLER J., JOFFE W. G. — Psychoanalytic psychology and learning theory, The Role of Learning in Psychotherapy, Ed. Ruth, Port, Little, Brown and Company, Boston, 1968, p. 274—294.
22. FEATHER B. W., RHODOS J. — *Arch. gen. Psychiat.*, 1972, 36, 496—511.
23. POSER E. G., TREMBLAY SUSANNE — *Rev. Psychol. appl.*, 1971, 21, 2, 75—99.

Articol intrat în redacție la 12.III.1973

Indicele de clasificare : 615.851:616.89—008.48

REFERAT

O TULBURARE AUDITIVĂ CORTICALĂ (SINDROMUL). ASPECTE CLINICE, AUDIOLOGICE ȘI ANATOMOPATOLOGICE, J. Kaushepolsky, J. Kelley, J. Waggner, Neurology, 1973, 23, 699—705

Raritatea cazurilor de tulburări auditive corticale, mai ales cu control anatomic, au determinat pe autori să studieze cazul relatat: un bărbat de 62 de ani, internat în iunie 1969 cu tulburări de vorbire care apăruseră de 3 săptămâni, variind în intensitate și accentuându-se la internare, tulburări de tip expresiv, înțelegerea vorbirii fiind intactă; ușoară amorțeală în brațul drept; nu a avut pierdere de cunoștință, cefalee, convulsii, tulburări vizuale sau vreo pareză; nu a avut hipertensiune arterială, diabet sau altă boală. Analizele de laborator au fost normale. Angiografia carotidiană stângă indica tromboza arterei cerebrale medii în porțiunea orizontală în apropierea scizurii silviene. Ramurile silviene erau alimentate de circulația anastomotică.

Disfazia a dispărut rapid. În octombrie 1970 își pierde cunoștința, devine rigid în toate extremitățile, își revine repede și în timp ce este examinat se plînge de o bruscă „asurzire” care persistă și, după două zile, declară că: „vă aud vorbind, dar nu pot să traduc ce aud”. Examenul neurologic general este normal. Vorbirea

era normală, putea citi și interpreta cele scrise, auzea diapazonul bilateral, dar cuvîntul vorbit era total neinteligibil. O angiografie carotidiană dreaptă a indicat ocluzia trunchiului cerebral mijlociu, cu umplere retrogradă din ramura parietooccipitală a arterei cerebrale posterioare drepte. Bolnavul recunoaște sunetele, dar nu calitatea melodică a muzicii; putea să citească, să scrie, să calculeze, să identifice și să numească obiectele și să vorbească fără dificultate. Din punct de vedere audiologic s-a constatat ușoară scădere a acuității auditive și a discriminării. În aprilie 1971 face o hemiplegie dreaptă cu afazie, care se ameliorează progresiv. La 6 mai 1971 moare prin infarct miocardic. La necropsie, s-a constatat ramolism bilateral și simetric în segmentele posterioare ale circumvoluțiilor temporale superioare; o leziune mai mică ocupa partea posterioară dreaptă a arterei temporale mijlocii.

Autorii discută cazurile din literatură, raporturile posibile ale cazului lor cu agnozia auditivă, preferă termenul de tulburare auditivă corticală datorită unor leziuni ale lobului temporal, bilaterale, circumscrise, de origine vasculară, tipice, de surditate verbală, o varietate de afazie senzorială, prezintă corelații radiologice și anatomice.

M. Cardaș