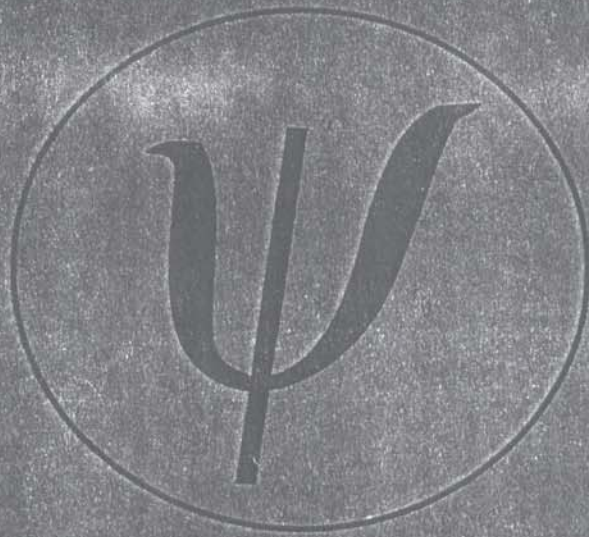


ASOCIAȚIA MEDICALĂ ROMÂNĂ

*PSIHIATRIA
ȘI
PSIHOFARMACOLOGIA
PREZENTULUI*



ANUL IV 1/2001

SUMMARY

Anniversary Year	1
One Hundred Years Of Nosographic Psychiatry G.Ionescu	2

CLINICAL STUDIES AND RESEARCH

Efficiency of Treatment with Tanakan (EGb 761) in Alzheimer Type Dementia G.Ionescu, S.Ene	4
Psychoses Onset in Adolescence. A Study of Predictive Factors Iuliana Dobrescu	10
Common Meaning of "Mental Disease" Concept C.Giosan, N.Haslam	22

CLINICAL ANALYSIS

Analysis of Sleep Activity in Psychiatric Disorders A.Secăreanu	31
Efficiency of Maintenance Treatment with Lithium in Recurrent Depressive Disorder S.Ene	38
Estrogen Hormones in the Onset and Course of Psychiatric Disorders Ileana Plăvițu	43
Naltrexone Maintaining Program in Heroin-Addictive Patients G.Cicu, L.Vasilescu	50

CLINICAL AND NOSOGRAPHICAL SYNTHESIS

Neurasthenia – The PHOENIX of Modern Psychiatry G.Ionescu	59
Schizoaffective Disorder – An Ambiguous Psychiatric Disorder Marie Georgescu	66

PSYCHIATRIC ETHICS AND DEONTOLOGY

Psychological and Clinical Analysis of Therapeutic Adherence A.Secăreanu, T.Neamțu	70
Patient's Rights	79

PSYCHOTROPICS' LIFE

REUNIONS AND CONGRESSES

BOOK FORUM

ÎNȚELESUL COMUN AL CONCEPTULUI DE "BOALĂ MINTALĂ"

Cezar Giosan, Nick Haslam *

Abstract:

The study is an approach for the meanings of the term "mental disease". The popular concept of mental disease was investigated in a study on judgments about 68 psychiatric conditions, 47 of these corresponding with the DSM-IV definitions. The subjects evaluated these conditions according to commonly known technical definitions of mental disorders and judged whether these were indeed mental diseases. The features aggregated in three dimensions – social deviance, biological determination and psychological determination – the former two of them being associated with the judgments about mental diseases. Significant but moderate convergence has been shown by the opinions of investigators and DSM-IV.

*Keywords: mental disease, technical definitions
(Psihiatria prezentului, 2001; 1:22-31)*

Înțelesul comun al conceptului de 'boală mintală'

Modul în care conceptul de boală sau suferință mintală trebuie definit, și măsura în care o definiție clasică este posibilă, au devenit controversate aprinse în rândurile psihopatologilor (Clark, 1999). Unii argumentează că o definiție explicită a conceptului este pragmatic și intelectual indispensabilă, poziție asumată în mod egal de creatorii DSM-IV (APA, 1994), precum și de cei care au propus definiții alternative (Wakefield, 1992). Alți autori consideră că este imposibil de trasat o definiție clară și riguroasă care să cuprindă integral înțelesul conceptului de 'boală mintală' (ex. Lilienfeld & Marino, 1995), deoarece conceptul este în mod fundamental amalgamat, reprezentând o mixtură ireductibilă de credințe culturale, personale, științifice și sociale (Pressman, 1993, p. 80). Alții argumentează că, în esență, conceptul este în mod intrinsec polisemic (Kirmayer & Young, 1999, p.

451). Din această perspectivă, boala mintală nu are trăsături definitorii clare, iar condițiile care sunt în mod curent recunoscute drept boli mintale sunt agregate de nimic mai mult decât tradiția psihiatrică, valorile culturale și considerații pragmatice generate de nevoia de tratament.

Wakefield (1992) argumentează că DSM-III-R, în esență, definește boala mintală drept stres sau inabilitate statistic neexpectabilă iar această modalitate de definiție nu ia în calcul faptul că o trăsătură esențială în definiția bolii psihice ar trebui să fie disfuncția generatoare de suferință (harmful dysfunction). Din acest motiv, argumentează Wakefield, DSM-III-R nu reușește să separe concret normalul de anormal, astfel ajungându-se la multe invalidități ale criteriilor specifice de diagnostic. Wakefield nu se oprește însă aici – sesizând că a defini conceptul de 'boală mintală' în termeni de disfuncție reprezintă, în esență, circularitate, (vezi de asemenea Spitzer & Endicott, 1978,

* New School University York, New York, Statele Unite ale Americii

p.
disf
rii
Wal
re î
repu
mec
cauz
med
disfi
nistr
care

Lilie
abor
mati
prim
repre
degr
punc
abili
tează
apare
doile
faptu
întot
rându
impo
funcț
disfu
de W
în co
conti
natur
în pe
este
discre
comu
febra
adapt
lași l
psiho
argun
este r
cepția
ene (l
având
festân

'boala
mear
Există
omulu

p. 18) datorită sensului apropiat între disfuncție și boală, Wakefield propune criteriile specifice de a operaționaliza disfuncția. Wakefield susține că cea mai viabilă abordare în efortul de a defini 'boala mintală' o reprezintă abordarea evoluționistă. Anumite mecanisme sunt selectate în mod natural din cauză că generează o mai bună adaptare la mediu, iar Wakefield argumentează că disfuncția reprezintă nereușita unui mecanism de a performa funcția naturală pentru care a fost selectat.

Într-o analiză critică a lui Wakefield, Lilienfeld și Marino (1995) argumentează că abordarea acestuia se dovedește problematică din mai multe puncte de vedere. În primul rând, multe funcții mentale nu reprezintă adaptări directe la mediu, ci, mai degrabă, sunt produse secundare neutre din punct de vedere adaptativ (muzica, arta, abilitățile aritmetice, etc). Autorii argumentează că definiția propusă de Wakefield aparent nu ia în considerare acest lucru. În al doilea rând, Wakefield nu ia în considerare faptul că selecția naturală rezultă aproape întotdeauna în variabilitate substanțială în rândul indivizilor speciei, astfel încât e imposibil de a trasa o graniță precisă între o funcționare adaptativ normală și una disfuncțională. Mai mult, definiția propusă de Wakefield este statică, în sensul că nu ia în considerare faptul că procesele adaptative continuă și în prezent, astfel încât funcțiile naturale despre care vorbește Wakefield sunt în permanentă schimbare – selecția naturală este dinamică și continuă, nu statică și discretă. În al treilea rând, multe tulburări comun acceptate drept disfuncționalități (ex. febra, tusea) reprezintă de fapt reacții adaptative, iar autorii argumentează că același lucru poate fi aplicat și la mecanismele psihologice. Lilienfeld și Marino (1995) argumentează că 'boala mintală' în esență este non-definibilă. Bolile mintale, în concepția acestora, reprezintă concepte roschiene (Rosch, 1963; Rosch & Mervis, 1975), având granițe neclare și imperfecte, și manifestând interferențe interconceptuale.

Dintr-o perspectivă evoluționistă, 'boala mintală' este privită drept un mecanism adaptativ funcționând eronat. Există dovezi că oamenii și specii apropiate omului sunt "pregătite" de selecția naturală

pentru a dezvolta de exemplu, cu mare ușurință, anumite reacții de frică (Mineka, Davidson, Cook, & Keir, 1984; Seligman, 1970). Frica de șerpi, străini, sau înălțimi, este adaptativă, sau s-a dovedit adaptativă de-a lungul timpului. Cei care au evitat șerpii, au supraviețuit și au transmis mecanismele de evitare urmașilor. Perspectiva evoluționistă susține că cel puțin unele fobii nu reprezintă altceva decât o funcționare absolut normală a unui mecanism adaptativ, care însă continuă să funcționeze într-un context nepotrivit diferit de contextul inițial în care mecanismul s-a dovedit adaptativ.

În aceeași linie argumentativă evoluționistă, variate alte forme de psihopatologie pot reprezenta strategii adaptative care au fost favorizate de selecția naturală. Teoria competiției sociale a depresiei (Price, Sloman, Gardner, & Rhode, 1994), spre exemplu, argumentează că depresia este un răspuns adaptativ la o descreștere a rangului social, sau la o diminuare a resurselor personale. Starea depresivă s-ar dovedi adaptativă prin faptul că induce conservarea energiei, reduce comportamente costisitoare, suscită ajutor din partea altora, sau generează oportunități de a dezvolta tactici potențial mai eficiente de re-câștigare a statutului. În aceeași manieră, indivizii cu tulburare de personalitate antisocială, sau cei cu tulburare de personalitate histrionică, sunt caracterizați, prin prisma evoluționistă, drept persoane care caută să acumuleze resursele grupului fără să adere la normele care guvernează achiziția statutului (Harpending & Sobus, 1987; Stevens & Price, 1996). Astfel, abordarea evoluționistă a psihopatologiei se diferențiază de abordarea lui Wakefield prin faptul că propune o recalificare mai largă și mai permisivă a condițiilor care apar descrise în manualele de psihiatrie. Din această perspectivă, anumite comportamente pe care în prezent le clasificăm anormale ar putea reprezenta expresiile comportamentale ale unor mecanisme care s-au selectat adaptativ în decursul evoluției.

O chestiune care a fost relativ neglijată în dezbaterile asupra definiției tehnice a bolii mintale o reprezintă modalitatea în care nespecialiștii înțeleg intuitiv conceptul de

'boala mintală'. O analiză a acestui lucru ar servi mai multor scopuri importante. În primul rând, teoreticienii care formulează definiții clasice ale 'bolii mintale' utilizează în mod tipic o metodă de analiză conceptuală care se sprijină pe judecăți larg împărțite despre ce constituie și ce nu constituie o boală mintală. Deoarece convergența cu aceste judecăți intuitive reprezintă un test crucial al valorii definiției, studiul acestora se dovedește imperativ. În al doilea rând, ilustrarea conceptelor populare de 'boală mintală' ar arunca lumină asupra problemei stigmatizării bolnavilor psihici și ar răspunde la întrebarea de ce uneori aceștia nu ajung să caute un tratament corespunzător. În al treilea rând, discrepanțele dintre conceptele populare și cele tehnic-academice ar arăta în ce măsură credințele populare despre bolile psihice sunt în urma părerilor și practicilor profesionale și ar sugera direcții pentru educarea publicului. Și, nu în ultimul rând, discrepanțele dintre conceptele populare și cele științifice ar putea constitui baza de pornire pentru modificarea definițiilor științifice pentru a asigura o conformitate mai mare cu cultura în genere. Dacă publicul, de exemplu, rezistă eforturilor de a clasifica drept 'boală mintală' ceea ce el consideră a fi doar o trăsătură negativă de caracter, psihopatologii ar putea reconsidera statutul condiției în cauză.

Există o literatură relativ bogată despre conceptele împărțite de nespecialiști asupra bolilor mintale, iar studiile sunt distribuite într-o varietate de discipline academice (ex. Furnham, 1988). O mare parte din lucrări se focalizează pe boli mintale specifice și investighează credințele referitoare la cauzele lor (ex. Kuyken, Brewin, Power, & Furnham, 1992), sau tratamentele adecvate (ex. Loewenthal & Cinnirella, 1999). Totuși, nu s-a acordat decât foarte puțină atenție sistematică conceptelor sau judecăților de 'boală mintală' în ansamblu, și aproape nici unul dintre studii nu a abordat dezbaterile contemporane din psihopatologie. Nevoia de noi cercetări este astfel presantă.

O modalitate de investigare a conceptului popular de 'boală mintală' ar fi să chestionăm oamenii asupra definițiilor în mod direct. Este însă puțin probabil ca oamenii să aibă convingeri și judecăți arti-

culate despre concept, cu atât mai mult cu cât reprezentarea multor alte concepte se face în manieră implicită. O modalitate mai promițătoare de studiu a modului în care oamenii înțeleg conceptul de 'boală mintală' este prin a le infera din criteriile pe care oamenii le utilizează când judecă dacă o anumită condiție exemplifică boli mintale. Dacă subiecții, când li se prezintă un set de condiții care se califică sau nu ca boli mintale, utilizează în mod consistent un criteriu particular pe care își bazează judecățile, putem infera că respectivul criteriu reprezintă un aspect pe care îl consideră a fi relaționat cu boala mintală.

Această modalitate experimentală a fost aplicată în prezentul studiu asupra judecăților populare asupra conceptului de 'boală mintală'. Participanților li s-a cerut să judece dacă un eșantion larg de instanțe potențiale ale conceptului – unele fiind boli recunoscute, altele chestionabile – reprezintă boli mintale, și să le evalueze în funcție de caracteristici propuse în definițiile bolii mintale în literatura de specialitate (ex. APA, 1994; Wakefield, 1992). Am presupus că trăsăturile care corelează cu judecățile despre 'boala mintală' reflectă aspecte ale definițiilor populare a conceptului și am căutat regularități corelaționale care ar permite o caracterizare economică a conceptului.

Metoda

Participanți

Participanții au reprezentat 52 studenți de la Universitatea 'Politehnica' București, iar eșantionul a fost alcătuit din 41 băieți și 11 fete. Participanții au primit o sumă de bani pentru completarea chestionarului. Nici unul dintre participanți nu au urmat vreodată un curs introductiv sau avansat de psihopatologie, astfel încât am presupus că aceștia erau naivi în ceea ce privește definițiile tehnic-academice ale conceptului de 'boală mintală'.

Materiale

Participanții au completat un chestionar care conținea descrieri ale unor tulburări din DSM-IV, precum și ale unor condiții care nu apar în DSM-IV. Acestea urmau să fie evaluate de-a lungul unei serii de itemi corespunzând elementelor comun

invocate ale definițiilor de 'boală mintală'. A fost ales un eșantion de 68 de condiții, dintre care 47 corespund condițiilor descrise în DSM-IV iar 21 nu apar în DSM-IV. Condițiile din DSM-IV au fost randomizate astfel încât să reprezinte toate clasele majore de condiții ale adulților. Clasele (și condițiile din interiorul lor) au fost următoarele:¹

- Condiții diagnosticate în mod obișnuit în copilărie sau adolescență (retardul mental);
- Delir, demență, și alte tulburări cognitive (delir datorat unei condiții medicale, demența Alzheimer, tulburarea amnestică);
- Condiții generate de consumul de substanțe (dependența de alcool, abuzul de alcool, sevrăjul, dependența de nicotină, dependența de opioide);
- Schizofrenie și alte condiții psihotice (schizofrenie, tulburarea schizoafectivă, tulburarea delirantă, tulburarea psihotică de scurtă durată);
- Tulburările de dispoziție (depresia majoră, distimia, tulburarea bipolară I, ciclotimia);
- Anxietățile (panica fără agorafobie, fobiile specifice, fobia socială, tulburarea obsesiv-compulsivă, anxietatea generalizată, tulburarea post-traumatică);
- Tulburările somatoforme (somatizarea, conversia, durerea necauzată de o condiție medicală, ipohondria, tulburarea dismorfică);
- Simulările (simularea)
- Disocierile (amnezia disociativă, tulburarea de identitate disociativă);
- Tulburări sexuale și de gen (dorința sexuală hipoactivă, tulburările erectile, fetișismul, pedofilia, tulburarea identității sexuale);
- Tulburările de alimentație (anorexia, bulimia);
- Tulburările de somn (insomnia primară, coșmarul);
- Tulburările de control al impulsului (dependența de jocuri de noroc, tricotilomania, cleptomania);
- Tulburările de adaptare (tulburarea

de adaptare cu anxietate mixtă și depresie);

- Tulburările de personalitate (antisocială, schizoidă, și dependentă)

Celelalte 21 de condiții nedescrise în DSM-IV au fost selecționate astfel încât să reprezinte un spectru larg de stări care nu sunt în mod curent recunoscute ca fiind 'boli mintale', însă care fie se găsesc la periferia psihopatologiei, fie au un statut controversat. Unele dintre ele sunt în mod curent considerate ca reprezentând tulburări de caracter, moralitate sau transgresiuni legale (ex. Adulter recurent, telefonatul obscen, simularea bolilor, lăcomia, mințitul cronic, invidia, furtul, agresarea persoanelor). Altele sunt adesea considerate obiceiuri proaste (ex. Mușcătul unghiilor, amânarea), în vreme ce altele sunt conceptualizate ca datorându-se în principal unor cauze neurologice sau medicale, nu psihiatrice (ex. hipotiroidismul, boala Parkinson, epilepsia, migrenele). În fine, altele sunt categorii diagnostice propuse pentru investigații ulterioare în DSM-IV (ex. Tulburarea premenstruală disforică, tulburarea ca urmare a unei lovituri) sau în alte privințe controversiale (ex. oboseala cronică). Câteva condiții nu se încadrează în nici una dintre rubricile de mai sus (ex. depresia în urma unei pierderi grele, obezitatea, tulburările de identitate, homosexualitatea).

Descripțiile celor 68 de condiții au fost făcute astfel încât să transmită caracteristicile lor primare – criteriile de diagnostic în cazul condițiilor din DSM-IV – într-un limbaj nesofisticat, non-tehnic (vezi anexa 2 pentru un exemplu). În consecință, terminologia psihiatrică a fost minimalizată, simptomele au fost ocazional exemplificate și, în general, durata sau alte cerințe din DSM-IV au fost excluse. Numele condițiilor nu a fost dat. Toate descripțiile au avut un început standard ("Acești oameni ...") iar media lungimii a fost de 50.5 cuvinte.²

Fiecare descripție din chestionar a fost urmată de 21 itemi evaluați pe o scară Likert, de la 1 ('puternic dezacord') la 7 ('foarte de acord'). Dintre aceștia, 15 itemi au operaționalizat trăsăturile conceptuale adesea con-

² Nu susținem că aceste descripții sumare conțin în mod integral criteriile formale din DSM-IV, însă afirmăm că ele reflectă esența acestor tulburări și oferă informații suficiente pentru investigarea judecăților intuitive ale 'bolii mintale'.

¹ Vezi anexa 1 pentru echivalentul DSM-IV al condițiilor.

siderate relevante definiției conceptului de 'boală mintală'. Câțiva itemi au corespuns trăsăturilor pozitive ale posibilelor definiții (ex. Condiția fiind 1. statistic anormală, 2. diferită categorial de normalitate, 3. datorată unei funcționări defectuoase a unui mecanism psihologic, 4. un răspuns neexpectabil la circumstanțele de viață, 5. cauzată de mediu, și 6. asociată cu stres, 7. funcționalitate defectuoasă, 8. incomprehensibilitate, 9. iraționalitate, sau 10. conflict psihologic).

Alți itemi s-au referit la trăsături care au fost propuse drept criterii de excludere (ex. condiția fiind 11. cauzată biologic, 12. conflict cu societatea, 13. o formă de devianță socială, 14. un produs al deficitului caracterologic, și 15. sub controlul persoanei). Itemii au fost scriși într-o manieră simplă pentru a transmite aceste caracteristici conceptuale (vezi anexa 2). Un item a evaluat judecățile dacă condiția în chestiune era 'boală mintală' (ex. "Acești oameni suferă de o boală mintală"), și 5 itemi adiționali au fost incluși în scopuri exploratorii fără legătură cu prezentul studiu. Itemii au fost prezentați într-o manieră standard randomizată. Au fost alcătuite 8 forme alternative ale chestionarului. Patru eșantioane de 17 condiții au fost selecționate din 68, fiecare incluzând 11 sau 12 condiții din DSM-IV și 5, respectiv 6, non-condiții. Au fost alcătuite două ordini alternative ale celor 17 condiții, într-una dintre ele condițiile din DSM-IV precedând non-condițiile, în vreme ce în cealaltă ordine a fost inversată.

Procedura

Participanții au primit aleator una din cele 8 forme alternative ale chestionarului, și au fost instruiți să îl completeze în sală. Câte 7 sau 6 participanți au completat fiecare formă, astfel încât fiecare condiție a fost evaluată de 13 participanți. Participanții au fost informați pe scurt despre scopul studiului după completare. Chestionarul a luat aproximativ 45 minute pentru completare.

Rezultate

Ne-au interesat cu predilecție definițiile comun împărtășite ale conceptului general de 'boală mintală', astfel încât răspunsurile participanților au fost agregate.

Setul de date l-a constituit mediile, de-a lungul celor 13 participanți, ale celor 68 de condiții pe cei 16 itemi.

Analiza judecăților participanților, operaționalizate printr-o medie evaluativă mai mare de 4.0 ('neutru'), pe itemul semnificativ, a indicat un grad de convergență de 0.35 ($p < 0.005$) cu DSM-IV. Participanții au evaluat 25 de condiții din cele 47 descrise în DSM-IV ca fiind exemple de boli mintale și doar 3 din cele 21 de condiții nedescrise în DSM-IV au fost considerate drept instanțe de boli mintale ($\chi^2 = 9.07$, $p < 0.005$, un grad de libertate).

Pentru a descrie structura credințelor participanților în legătură cu caracteristicile bolii mintale, am efectuat o analiză componentială principală a celor 15 itemi de-a lungul celor 68 de condiții. Analiza a indicat o soluție de 3 componente responsabili pentru 56.6% din varianță în matricea intercorelațională. Factorii 1, 2, și 3, încarcă în proporție de 23.9%, 16.5%, respectiv 16.2%. Factori identici au rezultat dintr-o analiză factorială iterativă. Rotația oblică a indicat că factorii 1 și 3 corelează semnificativ ($p < 0.05$). Corelațiile între factori au fost:

1	2	3	
1	1		
2	-0.03	1	
3	0.23	0.12	1

Tabelul 1 prezintă încărcările pe fiecare component și corelațiile cu evaluările asupra 'bolii mintale'.

Componentii din tabelul 1 se interpretează cu ușurință. Itemii care sarcăz semnificativ componentul 1 se combină pentru a forma judecata în devianța socială deliberată sau perversă, în care oamenii cu probleme de caracter sau care manifestă conflicte psihologice sunt în conflict cu normele societale, iar acest conflict apare ca rezultat al activităților lor.

Itemii care încarcă componentul 2 se combină pentru a alcătui un factor care exemplifică cauzalitatea biologică a condițiilor, care generează (sau este asociată cu) lipsă de control, severitate accentuată a stării de stres, și conflict psihologic.

În aceeași manieră, itemii care încarcă componentul 3 se combină pentru a forma convingerea într-o determinare externă sau psihologică a bolii psihice, care corelează cu comportamente necomune, particulare, iraționale și funcționare defectuoasă. Determinarea externă sau psihologică determină și natura non-discretă a condiției – subiecții percep condițiile psihice ca fiind plasate la extrema unui continuum normal – anormal.

Pentru ușurință, am denumit factorii: devianță socială, determinare biologică, respectiv determinare psihologică.

Tabelul 2 prezintă corelațiile dintre cei trei componenți și judecățile participanților în ceea ce privește măsura în care condițiile sunt considerate 'boli mintale'. Corelațiile biseriale cu distincția dintre condițiile din DSM-IV și non-DSM-IV sunt prezentate pentru comparație. Tabelul 2 arată că judecățile asupra bolilor mintale sunt asociate puternic cu componenții. Factorul 'determinare biologică' și, într-o mai mică măsură, factorul 'devianță socială' contribuie independent la acest efect. Acest rezultat sugerează că condițiile judecate de subiecți drept boli mintale tind să fie marcate de o percepere a acestora ca fiind cauzate biologic, într-o manieră asemănătoare bolilor fizice, însă care produc comportamente sociale degenerative sau deviate. De asemenea, subiecții consideră că determinarea biologică a condițiilor le face puțin susceptibile la tratament psihiatric, în vreme ce determinarea psihologică corelează puternic cu tratabilitatea, sugerând opinia că doar condițiile care sunt cauzate preponderent psihologic sunt susceptibile la tratament psihiatric sau psihologic.

Discuție

Ar fi o întreprindere prea ambițioasă să tragem concluzii definitive despre modurile de percepere a conceptului de boală mintală la nivelul întregii populații românești, dat fiind faptul că eșantionul nu este reprezentativ, iar definițiile comune ale conceptului variază probabil în funcție de cultură, arie geografică, și educație. Cu toate acestea, patternul general de asociații între trăsăturile conceptuale și 'boala mintală' de-a lungul unui larg eșantion de condiții este

evident. Rezultatele sugerează că oamenii care nu au educație formală în psihopatologie, și care sunt naivi în ceea ce privește dezbaterile tehnice în jurul definiției și înțelesului de 'boală mintală', au intuiții organizate care converg relativ bine cu definițiile nosologice. Judecățile lor despre ce anume constituie o boală mintală converg cu cele făcute de psihopatologi, iar o parte din criteriile pe care le folosesc tacit sunt asemănătoare celor propuse în literatura de specialitate.

Câteva deosebiri sunt însă de menționat. Rezultatele generale și corelația dintre părțile participanților și DSM-IV sugerează că participanții au o vedere mai largă despre ce anume nu constituie boala mintală decât ce este în mod curent considerat în literatura de specialitate. Aproximativ 45% dintre condițiile prezentate din DSM-IV nu au fost considerate boli psihice de către participanți și aproximativ 14% din condițiile care nu apar descrise în DSM-IV au fost considerate boli psihice. Acest rezultat arată că participanții au o mai mare permisibilitate în ceea ce privește normalitatea decât ceea ce se consideră în mod uzual în rândurile psihopatologilor. Un rezultat relativ similar a fost obținut într-un studiu recent (Haslam & Giosan, sub tipar) într-un eșantion de participanți americani. Corelația dintre părțile eșantionului american și DSM-IV a fost de 0.44 (semnificativă), ceea ce sugerează că aceștia, la rândul lor, consideră o parte din condițiile descrise în DSM-IV ca aflându-se în spectrul normalității. Corelația relativ mai redusă obținută în eșantionul de participanți români ar putea fi legată de cultura românească care pune un accent mai redus pe referiri la aspecte psihologic. Cultura americană, în contrast, este invadată de referiri cotidiene la aspecte psihologice sau psihiatrice, iar acest lucru este de natură să sensibilizeze publicul într-o măsură mai largă la nuanțele și rafinamentele dezbaterilor din rândul psihopatologilor. Cu toate acestea, diferența între rezultatele obținute în eșantionul românesc și cel american nu este importantă, ceea ce ar sugera o anumită predispoziție universală în detectarea bolnavilor psihici, care nu depinde de cultură per se. Este posibil și plauzibil ca această predispoziție să fie un rezultat adaptativ. Cei care au sesizat din timp persoanele

cu probleme psihice, și care, în consecință, au evitat să aibă urmași cu ele, au transmis în timp mecanisme specifice de identificare, în aceeași manieră în care s-au transmis mecanismele de detecție a celor ce înșeală sau de detecție a frumosului. Studii transculturale sunt necesare pentru a aborda aceste ipoteze.

Anexa 1

Echivalența cu DSM-IV a condițiilor prezentate în studiu

- "disorders usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescence" (mental retardation);
- "delirium, dementia, and other cognitive disorders" (delirium due to a medical condition, Alzheimer's dementia, amnesic disorder);
- "substance-related disorders" (alcohol dependence, alcohol abuse, alcohol withdrawal, nicotine dependence, opioid abuse);
- "schizophrenia and other psychotic disorders" (schizophrenia, schizoaffective disorder, delusional disorder, brief psychotic disorder);
- "mood disorders" (major depressive disorder, dysthymia, bipolar I. disorder, cyclothymia);
- "anxiety disorders" (panic disorder without agoraphobia, specific phobia, social phobia, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, posttraumatic stress disorder);
- "somatoform disorders" (somatization disorder, conversion disorder, pain disorder, hypochondriasis, body dysmorphic disorder);
- "factitious disorders" (factitious disorder);
- "dissociative disorders" (dissociative amnesia, dissociative identity disorder);
- "sexual and gender identity disorders" (hypoactive sexual desire disorder, male erectile disorder, fetishism, pedophilia, gender identity disorder);
- "eating disorders" (anorexia nervosa, bulimia nervosa);
- "sleep disorders" (primary insomnia, nightmare disorder);
- "impulse-control disorders" (pathological gambling, trichotillomania, kleptomania);
- "adjustment disorders" (adjustment

disorder with mixed anxiety and depressed mood);

- "personality disorders" (antisocial, schizoid and dependent personality disorders).

Anexa 2

Exemplu de descriție a unei condiții:

"Acești oameni prezintă atacuri bruște și neașteptate de panică în care manifestă frică intensă, puls mărit, transpirație, tremurături, senzația de ciupituri, dureri în piept, stări de vomă, amețeli. Adesea se îngrijorează de lipsa controlului, au temeri că înnebunesc, le e frică de moarte sau au o teamă puternică de apariția unui atac de inimă".

Itemi utilizați pentru a evalua trăsăturile relevante ale conceptului de 'boală mintală':

Răspuns nonexpectabil: "Modul în care se manifestă acești oameni nu reprezintă o reacție normală, expectabilă, care poate fi prevăzută ca răspuns la situațiile prin care trec."

Devianța socială: "Acești oameni în esență au doar un comportament social deviant."

Funcționalitate deficitară: "Acești oameni au o abilitate mai redusă decât ceilalți de a face față la cerințele vieții de zi cu zi, ca de ex. angajarea în activități sociale sau profesionale."

Deficit funcțional psihologic: "Ceea prin ce trec acești oameni reprezintă o funcționare defectuoasă a unei capacități sau al unui mecanism psihologic normal."

Conflict cu societatea: "Ceea prin ce trec acești oameni se datorează conflictelor pe care aceștia le au cu societatea."

Caracter deficitar: "Acești oameni au probleme de caracter."

Anormalitate statistică: "Acești oameni sunt rari."

Iraționalitate: "Acești oameni se comporta sau gândesc într-o manieră irațională."

Conflicte psihologice: "Acești oameni au conflicte psihologice."

Control personal: "Ceea prin ce trec aceste persoane se afla sub controlul lor; ei ar

putea singuri să schimbe situația dacă ar vrea."

Stress: "Acești oameni suferă emoțional și mental mai mult decât ceilalți."

Cauzalitate biologică: "Ceea prin ce trec aceste persoane are o cauză fizică ca de exemplu infecții virale, anormalități la nivelul creierului, defecte genetice etc."

Mediul ca și cauză: "Ceea prin ce trec acești oameni este cauzat de către mediul în care trăiesc și de experiențele lor de viață, ca

de ex. viața lor de familie, circumstanțe economice, evenimente traumatice, educația sau anumite influențe sociale."

Incomprehensibilitate: "Este dificil de înțeles de ce acești oameni sunt așa cum sunt."

Categorie discretă: "Reacțiile acestor persoane nu sunt fundamental diferite de ale celorlalți oameni; singurele deosebiri sunt doar amplitudinea sau intensitatea acestora."

Tabelul 1

Încărcările pe componenți ai itemilor relevanți pentru 'boala mintală' și corelațiile cu judecățile asupra conceptului de 'boală mintală' (zecimalele omise)

Tabelul 1

Încărcările pe componenți ai itemilor relevanți pentru 'boala mintală' și corelațiile cu judecățile asupra conceptului de 'boală mintală' (zecimalele omise)

	Component 1	Component 2	Component 3	Boala mintală
Conflict cu societatea	66	-12	-18	29*
Devianță socială	78	-23	13	19
Iraționalitate	66	5	44	39**
Probleme de caracter	83	-14	13	24
Control personal	42	-61	-19	-26*
Cauzalitate a mediului	-6	-6	74	-2
Cauzalitate biologică	-16	80	8	42**
Deficit psihologic	32	34	49	34*
Stress emoțional	-2	66	7	36**
Conflict psihologic	72	42	6	44**
Funcționalitate defectuoasă	1	10	60	9
Categorie discretă	1	1	-64	-10
Incomprehensibilitate	43	14	3	20
Anormalitate statistică	27	72	-23	62***
Răspuns nonexpectabil	42	-29	58	8
% varianță	23.9	16.5	16.2	-

*** p < 0.001 ** p < 0.01 * p < 0.05

Tabelul 2

Corelațiile între componenți, judecățile asupra bolii mintale, distincția DSM-IV/non-DSM-IV, și tratabilitate (zecimalele omise).

Component	Boala mintală	DSM/non-DSM	Tratabilitate
1. devianță socială	41**	30*	61**
2. determinație biologică	60**	22	11
3. determinație psihologică	8	18	50**

** p < 0.001 * p < 0.05

BIBLIOGRAFIE:

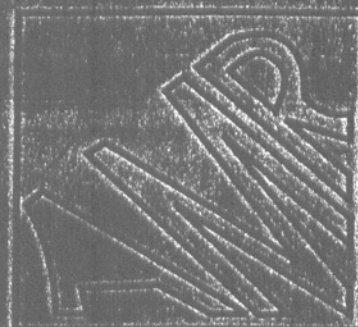
1. **American Psychiatric Association:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, D.C.: 1994
2. **Clark, L. A. .** Introduction to the special section on the concept of mental disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 1999; 108: 371-373.
3. **Guimón, J., Fischer, W., & Sartorius, N.** (Eds.) The image of madness: The public facing mental illness and psychiatric treatment. Basel, Switzerland: Karger, 1999.
4. **Harpending, H., & Sobus, J.** Sociopathy as an adaptation. *Ethology and Sociobiology*, 8, 63S-72S, 1987
5. **Haslam, N., & Giosan, C. C** (in press). The Lay Concept of Mental Disorder among American Undergraduates. In press, *Journal of Clinical Psychology*, USA.
6. **Kirk, S. A., Wakefield, J. C., Hsieh, D., & Pottick, K.** Social context and social workers' judgment of mental disorder. *Social Service Review*, 1999; 73, 82-104.
7. **Kirmayer, L. J., & Young, A.** Culture and context in the evolutionary concept of mental disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 1999; 108, 446-452.
8. **Kuyken, W., Brewin, C. R., Power, M. J., & Furnham, A.** Causal beliefs about depression in depressed patients, clinical psychologists and lay persons. *British Journal of Medical Psychology*, 1992; 65, 257-268.
9. **Lilienfeld, S. O., & Marino, L.** Mental disorder as a Roschian concept: A critique of Wakefield's "harmful dysfunction" analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 1995; 104, 411-420.
10. **Loewenthal, K. M., & Cinnirella, M.** Beliefs about the efficacy of religious, medical and psychotherapeutic interventions for depression and schizophrenia among women from different cultural-religious groups in Great Britain. *Transcultural Psychiatry*, 1999; 36, 491-504.
11. **Pressman, J. D.** Concepts of mental illness in the West. In K. F. Kiple (ed.), *The Cambridge world history of human disease* (pp.59-85). New York: Cambridge University Press, 1993.
12. **Rosch, E.R.** Natural categories. *Cognitive Psychology* 1973; 4, 328-350
13. **Rosch, E.R., & Mervis, C.B.** Family resemblances: Studies in the internal structure of categories. *Cognitive Psychology* 1975; 7, 573-605
14. **Seligman, M.** On the Generality of the Laws of Learning. *Psychological Review*, 1970; 77, 406-418
15. **Socall, D. W., & Holtgraves, T.** Attitudes to the mentally ill: The effects of labels and beliefs. *Sociological Quarterly*, 1992; 33, 435-445.
16. **Spitzer, R.L., & Endicott, J. ()**. Medical and mental disorder: Proposed definition and criteria. In R. L. Spitzer & D.F. Klein (Eds.), *Critical issues in psychiatric diagnosis* (pp. 15-39). New York: Raven Press, 1978.
17. **Stevens, A., & Price, J.** (1996) *Evolutionary Psychiatry*. New York: Routledge.
18. **Wakefield, J. C.** Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review*, 1992; 99, 232-247.

CONSILIU ȘTIINȚIFIC

DR. GEORGE BUDILEANU
CONF. DR. VICTORIA BURTEA
CONF. DR. GABRIEL CORNUȚIU
DR. IRINA DAN
PROF. DR. MIRCEA DEHELEAN
CONF. DR. POMPIA DEHELEAN
DR. LIANA DEHELEAN
PROF. DR. VIRGIL ENĂTESCU
CONF. DR. CAROL FRIEDMAN
DR. ELENA GHERMAN
DR. GHEORGHE LITINSCHI
PROF. DR. RODICA MACREA
PROF. DR. NICOLAE MARCU
CONF. DR. SANDA MĂGUREANU
ȘEF LUCR. DR. MIRELA MANEA
PROF. DR. DRAGOȘ MARINESCU
CONF. DR. IOANA MICLUȚIA
DR. RADU MIHAILESCU
PROF. DR. IOLANDA MITROFAN
PROF. DR. ȘTEFAN MILEA
DR. RODICA NĂSTASE
CONF. DR. LIDIA NICA-UDANGIU
CONF. DR. CONSTANTIN OANCEA
ASIST. UNIV. DR. ILEANA PLĂVIȚU
CONF. DR. VASILE POALELUNGI
CONF. DR. DELIA PODEA
PROF. DR. ADRIAN RESTIAN
PROF. DR. AUREL ROMILA
PROF. DR. ALEXANDRU SECĂREANU
ȘEF LUCR. DR. CĂTĂLINA TUDOSE
PROF. DR. TUDOR UDRIȘTOIU

COLEGIU REDACȚIONAL

PROF. DR. GEORGE IONESCU redactor șef
CONF. DR. MARIE GEORGESCU redactor șef adjunct
DR. CRISTINA HUDIȚĂ redactor șef adjunct
DR. LIVIU BĂZ
DR. GABRIEL CICU
DR. SORIN ENE
DR. NICOLAE MARCU



ASOCIAȚIA
MEDICALĂ
ROMÂNĂ