

ANORMALITATE ȘI BOALĂ PSIHICĂ

Circumscrierea anormalității și bolii psihice se cere a fi comentată mult mai nuanțat și analitic în zilele noastre, perioadă în care se dezvoltă psihiatria comunitară și programele publice de asistență și promovare a sănătății mentale, decât în urmă cu câteva decenii, când ea viza aproape exclusiv bolnavul psihiatric internat și/sau cuprins în cure terapeutice.

Totuși psihiatria a rămas în esența ei o parte a medicinei, iar „modelul medical“ al tulburărilor psihice este și azi unul de referință. Acest model se revendică de la concepția lui Kraepelin, părintele nosografiei psihiatrice, care la cumpăna dintre sec. XIX și XX a comentat tulburările psihice majore într-o manieră similară cu cea a oricărei boli (Alexander, 1972). Abordarea clinico-medicală presupune: — existența unui „tablou clinic psihopatologic“ ce constă dintr-o constelație de simptome (sindroame); — un model evolutiv specific; — „boala psihică“ are un început, o dezvoltare până la un moment culminant, o eventuală remisiune (cu sau fără defect), posibile recăderi, deci o manifestare caracteristică în desfășurarea sa pe termen lung; — o etiopatogenie, mai mult sau mai puțin cunoscută, dar oricum presupusă; — remedii terapeutice pe care urmează să le aplice un corp specializat de profesioniști — ordonarea ansamblului „bolilor psihiatrice“ într-un sistem nosologico-nosografic propriu acestui domeniu al medicinei.

Acest „model medical“ al tulburărilor psihice a fost în decursul sec. XX pe de o parte nuanțat, pe de altă parte contestat.

Contestarea „bolii psihice“ a fost făcută din mai multe perspective și cu diverse argumente. Înainte de a le prezenta pe scurt, se cere precizat că stările psihopatologice nu au fost cuprinse în toate epocile și culturile în zona patologiei (adică a medicinei) de care se ocupă un specialist anume investit (= medicul). Cel mai la îndemână exemplu îl oferă pentru noi perioada creștinismului, de la origini și până după Renaștere. În Evanghelia Isus „vindecă“ o serie de „bolnavi“, inclusiv oamenii cu tulburări psihice și comportamentale, considerați a fi „îndrăciți“, și din care scoate și alungă spiritele malefice, răspunzătoare pentru rătăcirea lor mentală. Este celebru pasajul din Evanghelia după Luca, invocat și de Dostoievski ca motto la „Demonii“; (Cap. 8, 26–35)

„Și au ajuns cu corabia în ținutul Gherghesenilor, care este în fața Galileii... Și ieșind pe uscat, l-a întâmpinat un bărbat din cetate, care avea demon și care de multă vreme nu mai purta haină pe el și în casă nu mai locuia, ci prin morminte... Și văzând pe Isus, strigând a căzut înaintea Lui și cu glas mare a zis: Ce ai cu mine Isuse, Fiul lui Dumnezeu Celui Prea Înalt? Rogu-te nu mă chinui... Căci porunca duhului necurat să iasă din om, pentru că de mulți ani îl stăpânea și în obezi, păzindu-i dar el, sfărâmând legăturile, era mânat de om, în pustie. Și l-a întrebat pe Isus, zicând: Care-ți este numele? Iar el a zis: Legiune. Căci demoni mulți intraseră în el... Și-l rugau pe El să nu le poruncească să meargă în adânc... Și era colo o turmă mare de porci care pășteau pe munte. Și l-au rugat să le îngăduie să intre în ei; și le-a îngăduit... Și ieșind demonii din om au intrat în porci, iar turma s-a aruncat de pe țârm în lac și s-a înecat... Iar păzitorii văzând ce s-a întâmplat au fugit și au vestit în cetate și prin sate... Și au ieșit să vadă ce s-a întâmplat și au venit la Isus și au găsit pe omul din care ieșiseră demonii, îmbrăcat și întreg la minte, șezând jos, la picioarele lui Isus și s-au înfricoșat...“*

Trimiterea la *Evangelii* și la istoria culturilor formate în jurul creștinismului scoate în evidență ambiguitatea conceptului de „nebuie“ („moira“ în textul grecesc al *Evangeliiilor*, același termen pe care-l folosește mai târziu Erasmus în „*Encomnium moria*“, tradus în românește prin „*Elogiul nebiei*“).

Pe de o parte „nebiea“ se exprimă printr-un comportament și o trăire aberante, ciudate, perturbatoare, izolante, necreatoare în raport cu cele comunitare. Originea acestei aberații este străină de individul în cauză, este „exogenă“, în sensul că un spirit malefic (un demon) pune stăpânire din afară pe om, prăbușindu-l din normalitate, orientându-l spre un sens negativ al existenței, spre ceva rău, de nedorit. Această concepție a posesiunii demoniace negative a fost răspândită în foarte multe socio-culturi. În Renașterea europeană a secolelor XIV–XV, când magia s-a dezvoltat foarte mult, se consideră că acțiunea exogenă de posedare și înnebunire a cuiva poate fi realizată și prin „magie neagră“. De asemenea, se acceptă că individul uman care dispune de un „liber arbitru“ poate face din proprie inițiativă „pact cu diavolul“. Aceste interpretări au stat în epocă la baza multor decizii de ardere pe rug a „vrăjitoarelor“ (Foucault, 1961).

Pe de altă parte, în *Evangelii* se acceptă și un alt sens al „nebiei“ (exprimat ca termen tot prin „moria“), unul înalt, pozitiv și salvator, legat de credința în Dumnezeu și de o metamorfoză spirituală pozitivă, sens ce a fost ulterior denumit „nebiea crucii“. Textele de bază pentru această interpretare se află în scrierile Sfântului Apostol Pavel (Epistola către Corintieni):

(Cap. I, 19) „...Cuvântul crucii pentru cei ce pier e nebie, pentru noi însă, pentru cei ce ne mântuim este puterea lui Dumnezeu...“

(I, 25) „... Pentru că nebiea lui Dumnezeu este mai înțeleaptă decât înțelepciunea oamenilor... (I, 27)... Și Dumnezeu și-a ales pe cele nebie ale lumii ca să rușineze pe cei înțelepți...“

* Textul reprodus aici și în pagina următoare este după *Sfânta Scriptură*, editată de Miron Cristea. Tipografia cărților bisericești București, 1936.

Nebunia înaltă, cea a crucii, are și ea ceva „exogen“ în ea, deoarece presupune entuziasmul contactului cu dumnezeirea transcendentă.

Tradiția creștină menționată mai sus pune deci accentul pe aspectul exterior al înnebunirii (joase și înalte) subliniind în același timp dimensiunea spirituală a omului, domeniul în care se petrec aceste fenomene. Această concepție se regăsește și în textele lui Toma d'Aquino și răzbate în cele din urmă și în dualismul cartezian, a cărui sorginte scolastică evidențiată de neotomiști este în prezent acceptată unanim. Dualismul face distincția între „res extensa“ și „res cogitans“ (articularea și medierea dintre aceste două instanțe de natură diferită rămâne în sarcina lui Dumnezeu). El a marcat raționalismul european și — subteran sau prin reluări explicite — precum fenomenologia lui Husserl — se prelungește până în sec. XX. În această concepție se găsește una din sursele negării posibilității bolii psihice prin formularea: doar corpul se poate îmbolnăvi, spiritul nu. Reprezentantul cel mai de seamă al acestei atitudini a fost K. Schneider (1971) pe care-l citează oricine abordează problema. Autorul german diferențiază *anormalitatea* psihică ce cuprinde trăirile reactive anormale (*abnorme Erlebnisreaktion*) și personalitățile anormale (psihopate) — considerate ca variante ale existenței persoanei umane, deci ca variante antropologice — de alte stări psihopatologice care sunt epifenomene ale unor boli, deci ale unor suferințe somatice. Psihozele endogene ar face parte din această ultimă categorie, urmând ca știința să clarifice progresiv substratul de perturbare somatică ce le condiționează. Desigur, acea parte a tulburărilor psihice care e fondată somatic, poate fi considerată boală și tratată ca atare.

Deși în formularea schematică de mai sus poziția pe care o reprezenta K. Schneider apare simplistă, cei ce s-au angajat pe acest drum (inclusiv autorul menționat) au adus contribuții majore la psihopatologia clinică și au ridicat serioase probleme psihiatriei judiciare, privitor la responsabilitatea persoanelor ce prezintă perturbări psihice.

Doctrina neocarteziană schneideriană tinde să fie înlocuită în ultimul timp prin una neoaristoteliană (Bolton, 1996) care consideră că atât în lumea „biosului cât și în cea a antroposului“ comportamentul este în esență ghidat de scop (= „telos“ în greacă, „intenție“ în formularea autorilor). *Ar exista astfel o continuitate între cele două nivele principale ale individului uman, cea biologică și cea a conștiinței.* Același mod de abordare face loc și integrează firesc progresele constante ale „psihiatriei biologice“. Concomitent, prin încorporarea de către autorii citați a concepției lui Wittgenstein (1962) din a doua sa perioadă de gândire filosofică, cea privitoare la „jocurile de limbaj“ și la „forme de viață comunitară“ la care participă definitoriu orice persoană umană, este menținut înțelesul de integrare comunitară a individului normal psihic. Psihopatologia s-ar defini printr-o blocare (deviere, „disrupție“) a *intenționalității* psihismului. De remarcat că, deși insistă explicit și constant asupra expresiei de „intenționalitate“, autorii — și grupul de gânditori din care fac parte — se detașează net și explicit de utilizarea acestui termen în doctrina lui Husserl, care este în mod explicit neocarteziană. Într-un fel, această mișcare teoretică se apropie destul de mult de concepția neoaristoteliană afirmată de Monakow și Morgue între cele două războaie mondiale (1928), dar care atunci nu a avut practic nici un răsunet în mediile științifice ale psihopatologiei.

Principala direcție din care modelul medical a fost contestat în sec. XX a fost cel al „mișcării antipsihiatrice“ care a atins apogeul în anii '70 și este reluată din diverse incidente în ultimii ani. Într-o formulă ultrasimplificată această mișcare susținea că ceea ce este „etichetat“ și tratat drept boală psihică este expresia intoleranței și reprimării unei clase dominante care înnăbușă persoanele contestatatoare sau aflate în dezacord cu structurile instituționale ale ordinii sociale date, persoane care au neșansa de a fi mai fragile și sensibile. Pornind de la nivelul instituției familiale și până la cel al aparatului administrativ-politic, acești oameni sunt rejectați, oprimați, introduși într-o mașinărie socială dezumanizantă, al cărei rezultat final este etichetarea peiorativă de bolnav psihic, fapt ce-i exclude de la drepturile sociale firești, le încalcă demnitatea și le zdrobește stima de sine, totul pentru liniștirea straturilor sociale aflate la putere. Și care, astfel, nu mai sunt deranjate în menținerea puterii și perpetuarea unui statu quo social. Unul din avocații fulminanți al acestui punct de vedere a fost Sasz (1970). Mișcarea antipsihiatrică a fost interpretată în unele locuri (de exemplu în Italia), și din perspectiva marxistă a luptei de clasă. Deci „înnebunirea“ de către societate a oamenilor fragili a fost considerată ca o formă mascată de dominație a capitaliștilor. Unul din rezultatele palpabile ale acestui curent a fost legea italiană din 1978 prin care se desființează spitalele de psihiatrie, fapt cu rezultate contradictorii și care a obligat specialiștii să dialogheze serios și cu argumente factologice cu „antipsihiatrii“.

La origini, mișcarea antipsihiatrică are la bază concluziile unor studii psihopatologice și ale unor elaborări filosofice. În Marea Britanie, Cooper, dar mai ales Laing îl citează des pe Binswanger și pe Sartre. Pe de altă parte, acești autori au privit cu ochi lucizi atât istoria cât și realitatea psihiatriei din sec. XX. Analizând tratatele lui Kraepelin ei au arătat cu îndrăzneală cum maestrul german care a impus modelul medical în psihiatrie, își trata pacienții în cadrul demonstrațiilor clinice, nu ca pe semeni, nu ca pe ființe umane cu care să poți dialoga, ci ca pe niște obiecte ce pot fi descrise, încalcând astfel principiul kantian care cere să te raportezi la orice persoană ca la o ființă în sine și nu ca la un mijloc. Pe de altă parte Basaglia, omul ce a stat la baza reformei psihiatrice din Italia, a putut demonstra foarte ușor oricui voia să vadă că, condițiile de existență în spitalul de psihiatrie — cel din Trieste, pe care-l conducea sau altele — sunt „inumane“, înjositoare pentru condiția unei ființe umane. Fapt care, din păcate s-a menținut în nenumărate spitale de psihiatrie ale Europei și ale lumii întregi și în deceniile următoare.

După anii '70 și până în prezent s-au acumulat argumente valide pentru a susține faptul că o parte a tulburărilor de tip psihiatric pot fi incluse în modelul medical. Ca o consecință, OMS-ul își menține „Divizia de Psihiatrie“. Și la fel, Asociația Mondială

de Psihiatrie (WPA) se consideră în esență să aparținând grupului de științe și practici medicale. Iar ultima versiune a clasificării internaționale a bolilor (ICD-10, 1998) are un capitol special (F) dedicat „tulburărilor psihice și comportamentale”. În scopul acoperirii interfeței dintre tulburarea psihică clinică și normalitatea înțeleasă în sens larg, sistemul ICD-10 introduce codurile suplimentare Z în cadrul cărora pot fi identificate și evidențiate prin codare situații umane precum: Z55 = Probleme legate de educație și învățământ, Z56 — Probleme legate de serviciu și șomaj; Z59 = Probleme legate de circumstanțe domestice și economice; Z60 = Probleme legate de mediul social; Z61 = Probleme legate de evenimente negative de viață, din copilărie; Z62 = Alte probleme legate de educație; Z63 = Alte probleme legate de grupul de suport primar, incluzând circumstanțe familiale; Z72 = Probleme legate de stilul de viață; Z73 = Probleme legate de dificultăți de management a propriei vieți. Deci, psihiatria ca ramură a medicinei nu ezită să țină cont de diverse situații problematice ale existenței umane care nu pot fi etichetate ca boli. În concluzie, nu poate fi ignorat faptul că mișcarea antipsihiatrică a stimulat pe lângă „umanizarea” spitalelor de psihiatrie și actuala orientare în direcția psihiatriei comunitare, însăși reorientarea nosologiei psihiatrice. S-ar mai putea adăuga faptul că actuala orientare în direcția calității vieții în psihiatrie poate fi corelată cu această mișcare (Lăzărescu, 1999).

Până la acest nivel al comentariului au fost aduse în discuție: — concepția originii exogene a bolii psihice; — tema conform căreia doar corpul se poate îmbolnăvi și spiritul nu; — modelul medical al „bolii psihice” și contestarea antipsihiatrico-socială a acestuia; — precum și faptul că modelul medical persistă și în zilele noastre dar cu multe nuanțări.

Mișcarea antipsihiatrică a fost în esență o atitudine *socială* care poate fi parțial înțeleasă în perspectiva istoriei culturii și civilizației Europei, prin reperele care au fost deja prezentate. Dar ea se bazează și pe unele doctrine și cercetări psihologico-antropologice. Teoriile psihopatologice s-au dezvoltat în sec. XX având în vedere mereu *terapia*, înțeleasă ca psihoterapie. Cea mai cunoscută și comentată a fost desigur psihanaliza lui Freud, cu toate variantele, disidențele, dezvoltările și reinterpretările ei ce s-au înșirat de-a lungul întregului veac. În esență, psihanaliza este o viziune antropologică și nu o concepție medical-psihiatrică în sens strict, dovadă și pătrunderea sa fecundatoare în domenii ca sociologia, estetica etc. Dar dacă ne limităm la domeniul nostru, cel al psihiatriei ca ramură a medicinei (având drept axă psihopatologia) psihanaliza a formulat de la început un principiu pe care l-au adoptat și alte doctrine psihopatologico-psihoterapeutice. Acesta constă în următoarele secvențe: a) în prima copilărie se petrec evenimente care impregnează individul într-un anumit fel, instituind un fond de „vulnerabilitate” care este mascat ulterior de fațada manifestărilor sociale; b) într-o a doua fază, acest fundal ne-bine-așezat iese la iveală, datorită unor *factori circumstanțiali* (socio-psihologici, de criză evolutivă, biologică etc.) și pune în joc o serie de *mecanisme de apărare* (ale Eului); acestea pot duce la *rezolvarea episodului dificil de viață* sau la o *stare psihopatologică* (= nevroză), care, prin ea însăși, realizează un „*compromis existențial ce permite supraviețuirea psihismului*”. Tratamentul ar trebui să nu aibă în vedere doar circumstanțele și rezolvarea situației de decompensare psihopatologică, ci

fondul, terenul personalistic ce a fost perturbat ab initio, și care o dată reechilibrat, permite intrarea (reintrarea) într-o maturitate echilibrată.

În alți termeni și cu o altă concepție *același scenariu este reafirmat de doctrina cognitivist-comportamentalistă*. Precum și de multe altele, care, de altfel se leagă (inconștient) de observațiile și interpretările de bun simț ale psihopatologiei clasice germane reprezentată de K. Jaspers, E. Kretschmer, K. Schneider, N. Petrilowitsch, E. Binder.

Deoarece nu ne-am aventurat în prezentarea, analiza și comentariul psihanalizei freudiene, ținem totuși — din motive ce vor deveni evidente — să menționăm pe scurt viziunea unui psihanalist disident și anume pe cea a lui C.G. Jung (1964).

Jung acceptă că psihismul uman are o zonă conștientă și una inconștientă, ambele structurându-se în cursul ontogenezei subiectului ce crește în mijlocul unei lumi cultural-spirituale. Inconștientul este o zonă a spontaneității și creativității; dar în același timp ea cumulează ceea ce se decantează din experiența trăită și ceea ce e înăscut în om. În zona inconștientului germinează și „arhetipurile“, figuri simbolice care concentrează scenarii și sensuri culturale în calitatea lor de expresii ale inconștientului colectiv, instanță constitutivă pentru orice persoană. Constelația arhetipurilor intră în tensiune nu doar cu experiențele pe care le trăiește subiectul de-a lungul desfășurării existenței, ci și cu statutele și rolurile pe care le adoptă și le exercită, cu atitudinile, opțiunile, convingerile și sensurile acțiunilor sale. Și astfel, progresiv, de-a lungul ciclurilor vieții, se realizează treptat o „individuație“. Adică, omul adult e pus în situația de a se defini cât mai echilibrat și transparent, de a-și realiza armonios propriul „Selbst“ (= sine), unicitatea și originalitatea ființei sale care dă o anumită configurație masculinității și feminității, copilăriei, maturității și bătrâneții, depravării, înțelepciunii și sfințeniei. Afirmarea explicită a individului în lumea sa, prin „Persona“, se află în permanență într-un raport mai mult sau mai puțin echilibrat cu zonele sale preconștiente și inconștiente — cu „Umbra“ — în care s-a decantat și definit propria-i configurație arhetipală în conjuncție cu propria experiență de viață. Pe scurt, omul trebuie să devină progresiv „el însuși“, fapt ce se face de obicei prin efort și suferință, prin depășirea unor „crize“, prin conștientizări, autoanaliză și opțiuni. Iar întreg acest drum e marcat de vizarea transcendenței, în mijlocul unei socio-culturi istorice date. În viziunea lui Jung, *crizele sufletești* sunt aspecte firești ale ciclurilor vieții. Mai mult chiar, unele trăiri particulare care sunt etichetate psihiatric ca „nevroze“, sunt considerate a fi tocmai momente de tensiune a creșterii și maturizării întru individuație, și deci, momente necesare, ce pot fi benefice persoanei, dacă sunt depășite sintetic și armonios. Șarjând puțin, s-ar putea spune că după opinia lui Jung, cine nu trece prin „crize sufletești“ și perioade de „nevroză“ este suspect de anormalitate psihică.

Mișcarea doctrinară și psihoterapeutică inițiată de Jung continuă și în zilele noastre, neavând însă o prea mare răspândire. Vrem să semnalăm faptul că *în principiu* — după părerea noastră, această viziune *spiritualistă* asupra omului ce atinge zonele creativității și ale psihopatologiei ar putea fi corelată și articulată cu școala de logoterapie din Viena creată de Frankl (1967) și revitalizată de Längle, care-i conferă dimensiunea unei „analize existențiale“ („Existenzanalyse“).

Majoritatea doctrinelor psihopatologice-psihoterapeutice clasice — între care și psihanaliza, viziunea lui Jung și a lui Frankl — consideră omul ca o ființă a cărei ființare este distinctă de cea a altor ființări, urmând din acest punct de vedere opțiunea lui Descartes și nu pe cea a lui Aristotel. În aceeași clasă se înscriu doctrinele psihopatologice de inspirație fenomenologică, începând cu Binswanger și Strauss și continuând cu Minkowski, von Gebattel, Zutt, Kuhn, Tellembach, Blankenburg și mulți alții.

Binswanger (1943) a început prin a fi psihanalist freudian pentru ca apoi să fie profund marcat de Heidegger, mai ales de prima carte importantă a acestuia „Sein und Zeit“, pe care a considerat-o ca o revoluțiune pentru psihopatologie. În esență e vorba ca omul să fie considerat ca o ființare aparte, ca Dasein, ce prin însăși structura ființei sale are o serie de caracteristici definitorii, de existențiali (similari *categoriilor* lui Aristotel); între aceștia cel mai important este faptul-de-a-fi-în-lume (in-der-Welt-sein) urmat de faptul de a-fi-împreună-cu-celălalt (mit sein). În psihopatologie asistăm la alterarea acestor existențiali. Omul, individul mai e în mod firesc împreună cu altul, cu ceilalți, în cadrul unei comunități comunitare („Wirheit“). Pe de altă parte el trăiește într-o lume proprie, călătorește pe un drum existențial particular, realizând o *biografie interioară* specifică, diferită de a celorlalți. Această temă a „biografiei interioare“ a fost preluată ulterior de Laing și o parte din antipsihiatri ce s-au înregimentat în mișcarea ideologică New Age.

Îl mai invocăm pe scurt pe Tellembach (1983) cu celebra sa carte „Melancholie“. Psihopatologul din Heidelberg atrage atenția asupra faptului că existența fiecărei persoane e organizată de bio-psiho-ritmuri antro-po-cosmice la derularea cărora este extrem de sensibilă și participă structura sa caracterială. Caracterul constituie un continuum și o zonă de legătură între normalitate, anormalitate și boală psihică. *Tipus melancholicus* este un om „normal“ dar foarte preocupat de ordine. Când ordinea existenței sale e perturbată, el poate deveni depresiv.

A fost menționat deja faptul că în psihopatologia contemporană există tendința de a se renunța la dualismul cartezian și a se reveni la o concepție neoaristoteliană care cultivă *continuumul dintre bios și antropos*, ceea ce psihopatologia clasică nu o face, cu toate bunele și relele ce decurg dintr-o astfel de poziționare teoretică. Articulându-ne acum de această nouă mișcare teoretică, vom aduce în discuție *teoria vulnerabilitate/stres*. Avansată inițial sub această expresie de către Zubin (1977) pentru schizofrenie, noțiunea de vulnerabilitate/stres s-a impus pentru majoritatea stărilor psihopatologice, de la tulburarea afectivă (monopolară și bipolară), la cea anxioasă, suicid, alcoolism, psihopatii etc. (Zuckerman, 1998).

În esență modelul vulnerabilitate/stres avansează următoarele ipoteze:

a) Terenul joacă un rol important în apariția stărilor malade; persoanele cu un teren vulnerabil (predispus) pentru diferite suferințe somatice și psihice în general (sau pentru unele anume), ajung ca în anumite împrejurări să realizeze mult mai repede și

ușor decât altele (în aceleași circumstanțe sau în circumstanțe specifice) o stare de reactivitate maladivă și apoi de boală.

Vulnerabilitatea unei persoane la tulburări (boli, decompensări) psihice se constituie de-a lungul biografiei, prin cumularea și conjuncția unor factori somatici, genetici, bio-psiho-sociali și cultural-spirituali (determinism non-liniar) în sensul lui Prigogine. La persoanele vulnerabile pot fi identificate o serie de „markeri“ bio-psiho-logici ce pot fi prezenți și înaintea primului episod maladiv precum și după remisiune, fiind prezenți uneori la rudele sale. Vulnerabilitatea oscilează de-a lungul timpului, datorită unor condiționări extrinseci (cumulare de stresori și epuizare, reducerea rețelei de suport social) și intrinseci, (oscilația bio-psiho-ritmurilor; crize ale ciclurilor vieții), astfel încât, există perioade cu vulnerabilitate crescută sau scăzută (= nonvulnerabilitate).

b) O persoană vulnerabilă ajunge la o stare de tulburare patologică somatică și/sau psihică, în urma intervenției unor factori circumstanțiali-situaționali; aceștia pot fi determinanți, favorizanți, sau doar declanșatori. Factorii situaționali conjuncturali joacă un rol important și în întreținerea stării maladive, a defectului și handicapului, precum și în reparația unor noi episoade.

Există un raport invers proporțional între vulnerabilitate și factorii situaționali, adică stresorii. Cu cât vulnerabilitatea e mai mare, cu atât aceștia pot fi mai puțin intensi, și invers. Dar există și o dinamică temporală, intențională și de interrelație între cele două clase de factori. De exemplu, situațiile nefavorabile pot fi induse de însuși subiect, prin proiectele și inițiativele sale. În urma fiecărui episod psihopatologic-maladiv individul rămâne mai *sensibil-vulnerabil* la factori tot mai minori.

Paradigma vulnerabilitate/stres poate constitui în prezent un suport important pentru înțelegerea problematicii „anormalitate — boală psihică“. În mod special ea atrage atenția asupra cazurilor cu „risc crescut“ pentru tulburări psihice fapt important în perspectiva psihiatriei comunitare ce-și formulează drept unul din obiective *supervizarea acestui grup populațional*. Se acordă astfel importanță persoanelor particulare sau dizarmonice. Este readusă în discuție viziunea holistă și graduală asupra tulburărilor psihice care era prezentă în medicina psihiatrico-galenică în cadrul căreia aspectul tipologico-temperamental (sanguinic, coleric, melancolic, flegmatic) era înțeles ca o verigă între normalitate și patologie. Concepția bio-tipologică privitoare la personalitățile anormale pe care a dezvoltat-o Kretschmer în secolul nostru este într-un fel reactualizată.

Doctrina vulnerabilitate/stres s-a dezvoltat în paralel cu concepția americană a diagnosticului pe axe în etichetarea episodului: diagnosticul de stare psihopatologică e codificat pe axa I; iar cel de personalitate (trăsături constante rigide ale caracterului — „traits“) pe axa II. Multiple studii sistematice au arătat frecvența mare a corelațiilor dintre axa I și II (a se vedea Zuckerman, 1998) astfel încât în multe cazuri se poate considera că *tulburarea personalității exprimă fixarea — sau oprirea temporară — la nivelul structurii psihice a procesului de vulnerabilitate.*

Pe lângă trăsăturile specifice fiecărui tip de personalitate particular-patologică care o caracterizează prin stilul specific de relaționare interpersonal-socială prin comporta-

ment și expresivitate în general, în cele mai multe cazuri se poate identifica și un ansamblu de caracteristici ce indică tocmai vulnerabilitatea subiectului înțeleasă ca nedezvoltare matur armonioasă, (Lăzărescu, 1994). Dintre acestea am putea enumera: 1) nerealizarea și prezența unei autonomii psihice suficiente (în sens de independență, în corelație cu o bună intercomunicare, identificare reciprocă, colaborare interpersonală); 2) o insuficientă și echilibrată identitate cu sine (și de asemenea stimă față de sine în conjuncție cu deschiderea și dialogul față de alții); 3) o toleranță redusă la frustrare atât în perspectiva trăirii subiective cât și a reactivității; 4) o insuficientă spontanitate și intenționalitate în raportarea față de ambianța proximală, față de alții și lumea umană, cu dificultăți în relaționarea cu ceilalți; 5) capacitate redusă în rezolvarea problemelor practice și în faptul de a face față coping-ului la situațiile de viață stresante inevitabile; 6) insuficientă capacitate de autocontrol a impulsurilor și proiectelor de acțiune, ca perseverență și finalizare; 7) o insuficientă capacitate de relaxare, de obținere a unor satisfacții de viață, a capacității de a se bucura; 8) o conștiință morală neechilibrată în contextul cultural și ideologic dat.

Întreaga listă enumerată mai sus — și care poate fi prezentată și în alte modalități — nu are în prezent un suport suficient de obiectivare, lipsind „definiții operaționale“ și mijloace de evaluare cantitative pentru ceea ce înseamnă „bun“ sau „suficient“, „acceptabil“. Dar dacă aceste caracteristici (trăsături, calități) sunt evident (pronunțat) deficitare, faptul sugerează o vulnerabilitate a persoanei.

E de la sine înțeles că un individ va putea avea diverse capacități și abilități care-i pot crește non-vulnerabilitatea și deci normalitatea în funcție de experiența sa de viață dobândită, fapt care uneori se corelează cu vârsta. Și aceasta, dincolo de inteligența nativă a persoanei și de educația pe care a primit-o. În plus, rezistența sa față de solicitările stresante — deci non-vulnerabilitatea sa — va fi dependentă și de caracteristicile mediului uman proximal care-l înconjoară, deci de „nișa sa ecologic-umană“. Aspectul esențial al acesteia îl constituie rețeaua sa socială și în special rețeaua de suport social. Prin intermediul acestor rețele interumane un individ inhibat poate fi sprijinit, stimulat, protejat, i se pot asigura condiții de afirmare și împlinire, satisfacții de viață, concomitent cu filtrarea și îndepărtarea situațiilor stresante. Rețeaua de suport social poate juca un rol benefic și de tampon. Lipsa ei, poate expune direct individul la stresuri majore, frustrându-l de suport și satisfacții. Dar în același timp din însăși mijlocul rețelei sociale proximale pot emana și factori stresanți, fapt ce complică problema și invită la analize psihopatologice minuțioase.

Același lucru se poate spune și despre afirmarea subiectului prin roluri sociale, aspect care se află în strânsă interrelație cu rețeaua socială. Rolurile sociale, mai ales cele profesionale se află într-un alt plan decât cel al legăturilor interpersonale nemijlocite care stau la baza rețelei de suport social. Totuși, ele se articulează cu acestea, oferind în același timp o șansă de afirmare și satisfacție, de identitate și sens. Sau, prin eșuarea performanței la acest nivel, favorizează trăirea frustrării, neîmplinirii, eșecului, lipsa de sens, deci, un câmp al posibilelor afirmări pozitive sau negative ale persoanei, cu toate consecințele psihopatologice ce ar putea decurge din acestea.

Statutul relativ impersonal al rolurilor sociale creează șansa ca subiectul să se atașeze acestora, să se identifice cu ele, cu o funcționalitate socială structurată de *normativitate* ce le definește, ascunzând astfel deficiențe în dimensionarea propriu zis personală, prin aspecte ca cele enumerate mai sus. Ajungem la ceea ce Kraus (1977) a numit *nomopatie*. Adică la existența individului ce apare ca „hipernormală“ deoarece el execută cu multă conștiinciozitate (uneori chiar cu perfecțiune) *prescripțiile normative ale rolurilor sociale*, dar, îi lipsește spontaneitatea, inițiativa, imaginarul, îndrăzneala de a risca (și faptul de a suporta frustrarea pe care pierderea o implică), este incapabil de joc, relaxare și bucurie, nu are capacități de creație și generozitate autentică.

Desigur, un astfel de om aparent „hipernormal“ este de fapt un deficitar al normalității. În legătură cu această temă merită a se ridica problema copiilor „prea cuminiți“, a elevilor prea conștiincioși (ce au doar note de 10), fapt ce poate fi interpretat uneori în sensul că doar astfel, prin performanțe impersonale ei își pot menține stima de sine, suport al sentimentului „identității de sine“.

Cramponarea de rolurile sociale, lipsită de spontaneitate, inventivitate, joc, bucurie și cu intoleranță la ambiguitate (Kraus) ne plasează de fapt într-un plan al *pseudo-normalității*. Dar și dificultatea, incapacitatea sau refuzul de integrare în rețeaua socială proximă și în funcționarea socială prin roluri tot în anormalitate ne va plasa. Integrarea comunitară este un apel și un proiect acceptat, asimilat și depășit, dar nu de ocolit și refuzat. Ultima situație ne plasează în patologia autismului și schizoidiei. Desigur, e posibil ca mari creatori într-ale culturii, științei, filozofiei etc. să se atașeze de instanța supraindividuală a logosului și spiritualității, cu fragile articulații în raport cu instanța de integrare interpersonal-comunitară și cea a funcționării eficiente în rolurile sociale banale. Dar, în aceste cazuri, valoarea sintetic creatoare în planul logosului și/sau spiritualității trebuie să fie efectivă, validată de comunitate și de specialiștii în domeniu.

Apare deci ca necesar să fim atenți și să protejăm atât aparentul „hipernormal“ cât și pe „excentricul-creator“, ambele variante de persoane fiind vulnerabile.

În comentariul privitor la normalitatea psihică mai intervine și instanța macro-socială a culturii istorice învăluitoare pentru existența unei persoane date. Stilul spiritual al unei socio-culturi care organizează logosul său practico-teoretic propriu, etalează anumite valori deontice (ceea ce este permis, interzis, obligatoriu), precum și un set de evidențe, credințe și valori. În plus, în orice astfel de context cultural sunt promovați anumiți eroi ideali, care modelează normativitatea persoanelor concrete. Într-o socio-cultură structurată ordonat și rigid, în conformitate cu anumite norme și prescripții explicite, e de așteptat ca indecisiile psihasten-obsesivi și anxietatea să fie mai puțin manifeste. Pe de altă parte, imaginarul (histrionic) este în mare măsură blocat (sau se adaptează jocului de roluri sociale acceptat), iar depresia se poate desfășura din plin. Din altă perspectivă, într-o socio-cultură ce se definește prin permisivitate și competiție, e de așteptat ca persoanele cu predispoziții de ordin ritualic-obsesiv să fie descumpănite, anxietatea și agresivitatea să se manifeste pregnant, iar imaginarul (histrionismul) să găsească multiple șanse de impostură. Și așa mai departe.

Tot din perspectiva macro-socialo-culturală, spirituală și istorică, în definirea anormalității și bolii psihice joacă un rol important concepțiile și cunoștințele, mai mult științifice, sau mai mult doctrinare — asupra problemei nebuniei (a psihopatologiei, a

bolilor mentale) care sunt funcționale în respectivul organism social. Și de asemenea, instituțiile care în mod oficial sunt destinate să rezolve problemele respective: azile, spitale, cabinete de consultații, spitale de zi, cabinete particulare, servicii de reabilitare etc. Astfel, *actuala orientare înspre psihiatria comunitară acordă importanță nu doar cazurilor evidente de patologie psihică ci, așa cum deja s-a menționat și grupelor populaționale cu risc crescut, precum și situațiilor de „criză psihică”, care pot beneficia de „consiliere” sau „intervenție în criză”.*

*
* *

Medicina are drept concept central pe cel de „boală”. Acesta se detașează însă întotdeauna *ca o figură pe fondul anormalității*, înțeală ca o negare sau o depășire a normalității.

Modelul medical pe care psihiatria actuală nu îl refuză, are și ea în centrul ei conceptul de boală ce se detașează ca o figură pe fundalul mai larg al anormalității. Ea poate fi urmată de defecte ce conduc la dizabilitare.

Anormalitatea psihică a indivizilor poate fi discutată doar în corelație cu o presupusă „normalitate”. În privința normalității — biologice și psihice, precum și într-un sens sintetic „bio-psihic” — au fost avansate câteva formule ce au devenit tradiționale. Se acceptă astfel că normalitatea poate fi înțeleasă ca:

a. Zona culminantă a unei medii statistice (deci conform unei curbe de tip Gauss); această perspectivă se aplică atât pentru aspecte biologice (de exemplu înălțimea indivizilor), cât și pentru aspecte psihologice (de exemplu convingerile privitoare la realitatea lumii și existența transcendenței sau modalitățile de expresie reactivă și comportament în situații standard). Acest înțeles a fost de la început și constant criticat ca insuficient (chiar dacă acoperă valid unele aspecte ale realității), deoarece nu poate da socoteală de problemele sănătății; ca să folosim exemplele clasice, dinții cariati sunt în foarte multe zone ale lumii mai frecvenți statistic decât cei sănătoși sau maniera extrovertită de raportare interpersonal socială este mai frecvent normală în țările Mediteranei decât în cele ale Baltice. Perspectiva mediei statistice este în esența ei „dimensională”.

b. Normalitatea ideală. Din acest punct de vedere se apropie asimptotic de normalitate tot ceea ce converge spre o noțiune care a circumscris prin toate mijloacele posibile ale definiției. Deci nu doar prin formula aristoteliană sau cea operațională, ci și prin modalități ostentative, ca de exemplu prezentări și difuzări în plan socio-cultural ale unor cazuri-tip ideale. Această variantă joacă desigur un rol și în biologie, în sensul că individul (mascul) cel mai performant în perspectiva speciei ajunge să se impună practic grupului, asigurând selecția naturală. În plan uman, normalitatea ideală are foarte variate semnificații în perspectiva logosului, conștiinței și spiritualității, dar își păstrează aceeași poziție de aspirare, atestare, fructificare, de promovare a ceea ce e considerat a fi semnificativ și valid în socio-cultura dată.

c. În ultimele decenii s-a mai adus în discuție și așa-zisa „normă responsabilă” (Kolle). Aceasta se referă la măsura în care un subiect concret-real poate face față cu

succes pretențiilor pe care i le pretinde un anumit statut și rol social. De fapt, cu aceasta ne aflăm în zona de interferență între psihopatologia clinică și problematica psihopatologico-socială. Problema nu e deloc neglijabilă, dat fiind faptul că interesul comunității se orientează în ultima vreme tot mai mult spre performanță. Dar, rămâne deschisă problema în ce măsură un om e întru totul normal în măsura în care execută fără comentarii și inventivitate prescripțiile rolului social pe care-l exercită.

Boala psihică a persoanei umane poate fi considerată ca o anormalitate antropologică minus valorică ce conduce spre denivelarea și dezorganizarea structurii funcționale specific psihismului conștient cu tendință evolutivă spre anularea specificului său, spre blocarea evoluției naturale a depășirilor sintetice din cadrul metamorfozelor existenței personale, spre blocarea și anularea integrării sociale și a creativității. Referindu-se la situația paradigmatică deja invocată, omul aflat în stare de boală psihică nu se mai poate integra armonios în comunitatea umană, nu mai poate îndeplini performant roluri sociale, apare ca un „alienat mintal“. Și de asemenea, capacitatea sa creatoare scade sau se anulează (fapt analizat de Jaspers cu privire la Hölderlin și Van Gogh și susținută insistent și de H. Ey). Boala psihică se desfășoară ca un proces, având un început (desigur bazat pe o condiționare etiopatogenetică), o desfășurare și un final cu remisiune completă, defect variabil sau evoluție progredient negativă. Factorii terapeutici — ce se pot afla într-o oarecare corelație cu cei etiopatogenici pot interveni pozitiv în evoluție.

Gândirea medicală a ultimelor decenii a încercat să diferențieze între *boală*, *defect* (deficiență), *disabilitate* și *handicap*.

Boala, așa cum s-a subliniat mai sus, este un proces dinamic, desfășurat în timp. Consecința ei poate fi un defect, mai precis o constelație de afectări morfofuncționale ale unor organe, aparate și în general structuri funcționale biologice, dar, într-un înțeles mai larg, bio-psihice, pe care persoana umană le utilizează în cursul existenței sale practice efective. Aceste deficiențe sau afectări („impairment“ în engleză) conduc la perturbarea posibilității efectuării unor acțiuni specifice umane cu sens pentru existența persoanei în comunitatea umană. De exemplu mersul, diverse acțiuni executate cu membrele superioare, vorbirea, relaționarea socială etc. Aceste deficiențe au fost numite disabilități (în prezent sunt etichetate ca perturbări ale acțiunii persoanei).

Din cauza afectărilor și disabilităților, indivizii pot avea dificultăți în (sau pot fi în imposibilitatea) de a exercita diferite roluri sociale: de soț, părinte, șef de gospodărie, exercitarea unor profesii sau a unor roluri socio-politice. Aceste deficiențe au fost numite handicapuri sociale. În prezent OMS preferă formularea: „deficiențe de integrare socială“ (C.I.A.D.H. — 2, 1977).

Boala, deficiența-disabilitatea-handicapul (integrarea socială) pot fi considerate ca și constituind o suită interconectată. Dar ele nu trebuie și confundate. Deficiențele, disabilitățile, handicapurile unei persoane din perioada bolii psihice trebuie diferențiate de cele care eventual urmează acesteia și/sau de cele care o preced. Căci, așa cum deja s-a menționat, există și o deficiență-handicap ce rezultă din ontogeneză, ce se constituie ca un fundal al existenței persoanei, fie că aceasta va face sau nu ulterioare tulburări psihice maladive secvențiale.

Pentru un ultim comentariu revenim la deschiderea pe care a realizat-o doctrina vulnerabilitate/stres în ceea ce privește relația dintre normalitate, anormalitate și boală psihică. În această arie s-a dezvoltat în ultimii ani direcția de cercetări grupată sub denumirea generică de „psihopatologie developmentală”. După sinteza realizată prin cartea de referință a lui Rutter (1985), au apărut noi bilanțuri ale acestei paradigme de studiu, aflată în plin avânt. Menționăm monografia editată de Cicchetti și Cohen (1995). Principalele caracteristici ale orientării acum invocate sunt următoarele: studierea concomitentă și în paralel a *variantelor normale, deviate și patologice în perioada dezvoltării ontogenetice și a ciclurilor vieții la vârsta adultă*. Studiile sunt realizate într-o manieră pozitivistă și longitudinală, avându-se în vedere cât mai multe perspective teoretice și interrelații între constatările factologice posibile. Acest fapt presupune coordonarea cercetărilor întreprinse de diverși specialiști în genetică, în studierea embriogenezei, a perspectivei neurodevelopmentale și a dezvoltării corporale generale a individului uman, specialiști în psihologia genetică (de diverse orientări doctrinare dar bazate cât mai mult pe observația pozitivistă și pe experiment), cei ce se preocupă de aplicarea etologiei la înțelegerea psihologiei umane și de relația mamă-copil în primul an de viață (inclusiv teoria atașamentului), specialiștii ce studiază relațiile intrafamiliale în cursul ontogenezei și ulterior, relațiile copilului cu frații și colegii de generație (prin joc și în cadrul școlii), influențele psihice ce se realizează asupra indivizilor în instituțiile educative, influențele factorilor micro și macro-sociali, a celor transculturali etc. Sunt studiate amănunțit grupurile populaționale ale copiilor „cu risc crescut” pentru devianțe psihopatologice ca și, depășirea diverselor perioade critice, rezistența sau decompensarea în fața unor factori stresanți ce acționează la diverse vârste. Studii speciale se referă la perspectiva longitudinală, la evoluția în timp a unor devianțe psihopatologice minore, la persistența sau dispariția (compensarea, discontinuitatea) unor episoade de tulburare psihică la vârsta infanțo-juvenilă în raport cu psihopatologia vârstei adulte. A fost introdus conceptul de „*elasticitate*” *developmentală* („*resilience*”) și cel de *nonvulnerabilitate*. Se studiază, de asemenea, interconexiunea dintre perturbarea diverselor funcții psihice sau legătura dintre o tulburare izolată și evoluția de ansamblu a psihismului (de exemplu dificultatea de atenție în raport cu stabilirea relațiilor sociale, relaționarea socială în raport cu procesul cognitiv etc.). Psihopatologia developmentală arată cum aceleași cauze și influențe negative pot duce în final la diverse perturbări psihice (*plurifinalitate*). Iar pe de altă parte diverse cauze și situații perturbatoare pot duce la același rezultat (*echifinalitate*). Se mai are în vedere faptul că, în ontogeneză, *progresul psihismului integrează sintetic fazele anterioare în ansamblu*; iar dacă acestea erau marcate de anumite funcții deficitare, pot persista *vulnerabilități latente*. Insuficienta diferențiere sectorială sau globală a psihismului poate fi mult timp nevizibilă, prin compensări exterioare. Cauze stresante sau nefavorabile pot conduce la o maturizare precoce și la avantaje developmentale.

În ansamblu, psihopatologia developmentală realizează un program de studiu care deja a condus la o viziune mult mai nuanțată asupra relațiilor și tranzițiilor dintre normalitate, anormalitate și boală, privite din perspectiva parcursului întregii existențe și a unui plurideterminism nonliniar, așa cum doctrina vulnerabilitate/stres a întrevăzut de la început.

Vom încheia cu un citat din Cioran (1993):

„Am studiat filosofia și am făcut-o cu toată seriozitatea. Filosofia este extrem de primejdioasă pentru tineri; devii îngâmfat, te crezi important, ajungi teribil de fascinat de tine însuși. Studenții în filosofie sunt de fapt insuportabili, aroganți, de o înfumurare provocatoare. Atunci ceva s-a petrecut în viața mea, o prăbușire. Mi-am pierdut somnul. Mă plimbam noaptea, eram ca o stafie și oamenii din acel orașel credeau că am mîntea zdruncinată. Și atunci mi-am spus: Trebuie să scriu o carte!! Așa s-a născut prima mea carte. Titlul ei este pompos și, deopotrivă, banal: „Pe culmile disperării“. Pe vremea aceea, asta era o expresie care apărea în mod curent în ziare, la rubrica „Diverse“. Dacă cineva se sinucidea, atunci se chema că el o făcuse „pe culmile disperării“.

După ce am scris această primă, această extremă carte, am fost absolut convins fie că mă voi sinucide, fie că va urma să se întâmple ceva ieșit din comun. Când cartea a apărut, lumea s-a îngrozit, mai cu seamă părinții mei.

... Această primă carte era de o infernală, și astfel, provocatoare autenticitate. O cunoștință mi-a povestit: „Soția mea a aruncat cartea Dvs. în foc, spunând: m-a deprimat atât de tare, încât nu mai puteam să suport. Mama mea era deosebit de înfricoșată: ce o să se aleagă de tine? Cine a scris așa ceva este blestemat? Am să chem un doctor. Doctorul a venit, mi-a pus câteva întrebări și apoi i-a spus mamei: e foarte posibil că fiul D-voastră este sifilitic. Pe atunci, sifilisul trecea drept o boală prestigioasă. Dacă cineva dovedea cea mai mărunță extravaganță, se spunea de îndată: are sifilis. Am citit în epocă o carte — se numea „Geniul și Sifilisul“ — al cărei autor era un iugoslav... Voia să facă dovada că cineva care nu are norocul să sufere de sifilis nu are nici o îndreptățire să ridice vre-o pretenție. Și apoi cita o grămadă de nume ale unor spirite deosebit de înzestrate și atinse de această boală. Am fost extrem de impresionat. Voiam să fiu sifilitic. Mama m-a obligat să-mi fac un control al sîngelui. M-am dus la un specialist care mi-a spus: puteți reveni peste câteva zile. Mă aflu într-o stare contradictorie, pe de o parte n-aș fi dorit să pierd această șansă nesperată, pe de altă, preferam să o ratez. Când m-am dus iar la doctor, acesta mi-a spus triumfător: aveți sîngele curat. Nu vă bucurați? De fapt, nu prea, a fost răspunsul meu!“

Bibliografie

Alexander, F.G., Selesnick, S.T. (1972): *Histoire de la psychiatrie*, Paris, Librairie Armand Colin.

Binswanger, L. (1943): *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*, Zürich, Ed. Niehans.

Bolton, D., Hill, J. (1996): *Mind, Meaning and Mental Disorder*, Oxford University Press.

C.I.A.D.H.-2 (1977): *Clasificarea Internațională a afectărilor, activităților și participărilor*, W.H.O., Geneva, versiunea Beta 1 (versiunea românească, Dr. Radu Vraști, Spitalul de Psihiatrie Jebel — Județul Timiș).

- Cicchetti, D., Cohen, D. (1995): *Developmental Psychopathology*, Washington, Ed. John Wiley & Sons Inc.
- Cioran, E. (1993): *Convorbiri cu Cioran*, București, Ed. Humanitas, pp. 102–104.
- Foucault, M. (1991): *Folie et deraison*, Paris, Ed. Plon.
- Frankl., V.E. (1967): *Theorie und Therapie der Neurosen*, München, Erns Reinhard.
- Glatzel, J. (1978): *Allgemeine psychopathologie*, Stuttgart, Ed. Emke.
- Häfner, H. (1991): *Psychiatrie; ein Lebensbuch für Fortgeschrittene*, Stuttgart Gustava Fische.
- I.C.D.-10-C.I.D.-10 (1992–1998): *Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament*, WHO, Geneva, 1998, București, Ed. All.
- Jung, G.C. (1964): *La dialectique du moi et du l'inconsciente*, Paris, Ed. Gallimard.
- Kraus, A. (1977): *Sozialverhalten und Psychose Maniaco-Depresivischer*, Stuttgart, Ed. Enke.
- Kretschmer, E. (1963): *Medizinische Psychologie*, 11 Aufl., Stuttgart, Ed. Thieme.
- Lăzărescu, M. (1989): *Introducere în psihopatologia antropologică*, Timișoara, Ed. Facla.
- Lăzărescu, M. (1991), *Social factors in the Ethiopathogenesis of Schizophrenia*, în *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*, Zaragosa, Ed. Seva A, Anthropos, p. 751–753.
- Lăzărescu, M. (1994), *Psihopatologie clinică*, Timișoara, Ed. Helicon.
- Lăzărescu, M. (1999), *Calitatea vieții în psihiatrie*, București, Ed. Infomedica.
- Levis, M., Miller, S.M. (1990): *Handbook of Developmental Psychopathology*, New York, Plenum Press.
- Lösel, F., Bliessner, H. (1989): *On the concept of „invulnerability“ evaluation and first results of the Viefelfeld Project*, în *First International Congress on Disorders of personality*, Copenhagen.
- Postel K., Quetel, Cl. (1983): *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Toulouse, Ed. Privat.
- Rutter, M. (1985): *Developmental Psychiatry*, Washington, American Psychiatric Press.
- Rutter, G. (1987): *Resilience in the Face of Adversity. Protective Factors and Resilience to Psychiatric Disorder*, *British Journal of Psychiatry*, 147, p. 598–611.
- Sasz, Th. S. (1970): *Ideologie and Insanity*, New York, Ed. Ancon.
- Schneider, K. (1971): *Klinische Psychopatologie*, 9 Aufl., Stuttgart, Ed. Thieme.
- Tellembach, H. (1983): *Melancholie*, Berne, Heidelberg, Ed. Springer.
- Wittgenstein, L. (1968): *Philosophische Untersuchungen*, Oxford, Basil Blackwell.
- Zubin, J., Spring, B. (1977): *Vulnerability — a new view of schizophrenia*, *Journal of Abnormal Psychology*, 88, p. 10–3–126.
- Zuckerman, M. (1999): *Vulnerability to Psychopathology*, Library of Congress, Washington.