



Mircea Lăzărescu,
șeful Catedrei de Psihiatrie a UMF
Timișoara.

Născut în 29.03.1939 la Lugoj.
Universitatea de Medicină începută
în anul 1955 la Timișoara, e
terminată în anul 1961 la Cluj.
Stagii la Spitalul Republican de
Neuropshiatrică infantilă Păclișa –
Hațeg (1961-1963) și Sanatoriul de
Nevroze Săvârșin (1963-1965)
unde, în echipă cu Dr. Dan Arthur

se promovează în România psihodiagnosticul (Rorchach, Szondy, TAT) și psihoterapii (psihodramă, logoterapie, terapii de grup). Din 1965 asistent al Prof. Eduard Pamfil cu care a studiat la Cluj și care i-a fost un permanent mentor. La Timișoara în 1974 ocupă funcția de Șef de lucrări și din 1983 conduce Disciplina de Psihiatrie până în prezent. Din anul 1991 profesor, apoi Conducător de Doctorate și din 1993 membru emerit al Academiei de Științe Medicale.

Domenii de interes: psihopatologia în perspectiva antropologică, nosologia și evoluția psihozelor endogene, antropologia filosofică.

Cărți publicate: Patologia obsesivă (1974), Introducerea în psihopatologia antropologică (1979), Psihopatologie Clinică (1994), Calitatea vieții în psihiatrie (1999), Psihiatrie. Sociologie. Antropologie (2002). În curs de apariție: Tulburările de personalitate (în colaborare), Membru în conducerea Secției de Psihopatologie a AEP și VPA și activ la elaborarea instrumentelor OMS de diagnostic, inclusiv ICD-10.

Între 1990-1995 Președinte al Asociației Psihatrice Române, membru fondator al Ligii Române de Sănătate Mentală, Asociației Române de Psihoterapie (temporar și președinte) și al altor Asociații de profil (Asociația Română de Reabilitare Psihosocială de Psihiatrie Socială. Asociația Rezidenților în Psihiatrie etc.) Membru al mai

multor colegii de redacție al unor reviste internaționale și naționale și a diverselor asociații de profil.

Orientarea intelectuală: Antropologia-filosofică unde s-a afirmat în relații directe cu importanți filosofi ai României și în cărți precum: Eseu despre ființele intermediare (1996) Despre Sărbători. Grădini și Logos. (2004).

Autobiografie intelectuală; Culorile nostalgiei; Amintirile unui psihiatru (1998).

VULNERABILITATEA UMANĂ ȘI DIMENSIUNEA ANTROPOLOGICĂ A PSIHIATRIEI

De aproximativ două veacuri psihiatria e considerată parte a medicinei, intrare ce s-a petrecut aproximativ în aceeași perioadă cu asimilarea chirurgiei. Totuși, până la al doilea război mondial s-au primit diplome de „Doctor în medicină și chirurgie” fără a se adăuga „și psihiatrie”. Faptul s-a răzbunat prin expandarea actuală a problematicei sale, astfel încât cel puțin depresia se anunță a trece în următorii ani pe primele locuri al morbidității.

Dacă omenirea nu poate fi concepută fără medicină – alături de muncă, limbajul asertiv, interdicția incestului, cultul strămoșilor și credință în zei – ea nu e de conceput nici fără tristețe de și anxietate, obsesie și fanatism, bucurie sărbătorească și capacitate de autocontrol al impulsurilor. Iar toate aceste aspecte sunt capete de linie pentru trăiri psihopatologice. Nu e întâmplător că atunci când în sec. XX Heidegger a încercat o analitică a Dasein-ului uman în perspectiva unei ontologii fundamentale în centrul acestuia a plasat grija și anxietatea. Anxietate ce se plasează în față morții, a neființei, a nimicului.

Faptul că trăirile psihopatologice ating ceva profund și esențial în om a fost constatat de mult. In

antichitate obscurul Heraclit vorbea de două lumi, una a omului treaz ce e comunitară iar cealaltă – echivalentă nebuniei – în care caz fiecare se retrage în lumea sa proprie, necomunicativă.

Descartes în celebra sa meditație privitoare la îndoiala sceptică ce se încheie cu certitudinea: cuget deci exist, invocă nebunia ca o treaptă esențială a incertitudinii opiniei. Mai târziu Hegel lansează celebra formulare: „Crima și demența sunt extreme pe care spiritul omenesc în general le are de învins în cursul dezvoltării sale.... sunt o treaptă esențială în dezvoltarea sufletului”. Această ascundere a psihopatologicului în fundamentele adânci ale conștiinței a fost apoi investigată în sec.XX de fenomenologie. Cognitivismul european a reluat-o. Din 2003 Oxford University Press publică o colecție: International perspective in philosophy, psychiatry and psychopathology, unde problema e dezbătută pe toate fețele. La ordinea zilei este o temă stranie : are creierul uman un sine (self) al său sau sinele are (la dispoziție) un creier?

Lăsând însă de o parte preocupările psihopatologilor filosofi, putem constata că ultimele decenii au dezvăluit treptat și riguros, preluând o problematică lansată de primele decenii ale sec.XX, faptul că psihiatrii trebuie să înțeleagă nuanțat și multifacetat persoana umană conștientă, în devenirea și creativitatea ei. Analiza funcționalității cerebrale e doar o fațetă, complementară, receptării înțelegerii și evaluării a ceea ce omul suferind psihic trăiește, în calitatea sa de ființă

conștientă și responsabilă. Descifrarea etiopatogeniei stărilor psihopatologice din perspectiva genezei și afirmării specifice a persoanei umane conștiente în perspectiva psihosocială, care implică constant, logosul și spiritualitatea, se impune ca un important progres al vremurilor noastre.

Când la cumpăna dintre sec. XIX și XX Kraepelin definitivă modelul medical al bolilor psihice el se baza pe existența unor entități descriabile semiologic, ce au o tendință evolutivă specifică și o etiopatogenie proprie, cea mai particulară fiind cea „endogenă”. Despre terapia specifică s-a vorbit mai târziu.

Etiopatogenia endogenă, specifică schizofreniei, psihozei maniaco-depresive, paranoiei, a rămas mult timp un mister ce a incitat gândirea cercetătorilor. Ultima lucrare importantă dedicată explicit conceptului de determinism endogen este „Melancholia” lui Tellembach din 1961. Până atunci se acumulaseră o serie de date, de interpretări mai ales în psihopatologia germană. De atunci despre „endogen” s-a vorbit puțin dar cercetările de descifrare analitică și modelele explicative s-au înmulțit.

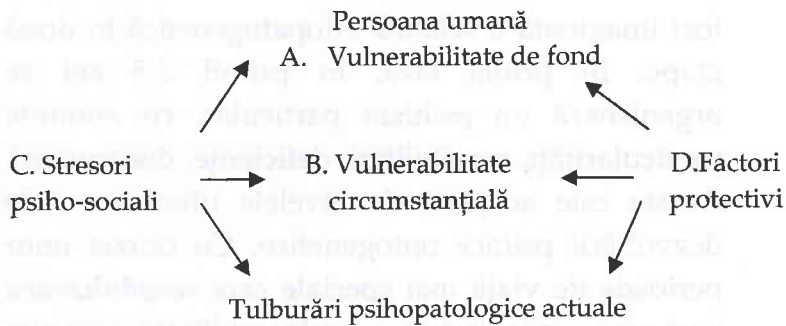
În esență e vorba de înțelegerea în psihiatrie a cauzalității după paradigma vulnerabilitate/stres (lansată în 1981 de Zubin). Sau, mai precis, de analiza terenului vulnerabil în raport cu solicitările actuale. Înțelegerea importanței terenului în medicină s-a reactivat în sec.XX odată cu dezvoltarea endocrinologiei, a concepției integratoare nerviste, a imunologiei și a altor aspecte

medicale în psihiatrie. Pentru psihiatrie terenul înseamnă însă mai mult. El nu înseamnă doar încărcătura genetică, sex, vârsta, istorie biologică și biografie reală, structura caracterială, ansamblul cunoașterilor practice și teoretice, concepție despre lume, conștiință morală. Vulnerabilitatea persoanei se plasează în acest context al înțelegerii terenului.

Ideea de bază a doctrinei vulnerabilitate/stres este că, cu cât persoana e mai rezistentă și nevulnerabilă cu atât e nevoie de stresori mai puternici pentru a o decompensa. Si invers, cu cât e mai vulnerabilă cu atât ea poate fi decompensată de factori stresanți mai minori, chiar de solicitările firești ale vieții de zi cu zi. Astfel s-ar „explica” până la un punct, determinismul endogen”.

Modelul nu e însă unul simplu deoarece :

- vulnerabilitatea este una de fond dar ea poate varia în timp, se poate accentua circumstanțial;
 - stresorii psiho-sociali (căci ei vor fi comentați în continuare) acționează pe de o parte asupra creării vulnerabilității – de fond și circumstanțiale – pe de altă parte ca factori determinanți sau declanșatori actuali.
 - acțiunea stresorilor actuali poate fi contrabalansată de factori protectori; o parte din aceștia sunt circumstanțiali, alții persistenți și corelați cu structura persoanei, cu vulnerabilitatea sa de fond.
- Se poate imagina următoarea schemă :



În continuare vor fi trecute în revistă elementele acestui model.

Vulnerabilitate de fond. Un om poate fi mai sensibil, mai vulnerabil decât altul la elementele stresante de viață trăite. De ce?

- Unul din răspunsurile clasice și actuale este influența genetică negativă. Ea este demonstrată pentru diverse suferințe psihice, direct și indirect, cu precizări progresive tot mai mari, cu clarificări tot mai detaliate asupra lanțurilor cauzale prin care intervine. Este un factor incontestabil de vulnerabilitate crescută, ce trebuie introdus în ecuație.
- Influențele din perioada de gestație și cea perinatală nu sunt doar biologice ci multiple, inclusiv psihologice, mai ales în relația mamei cu copilul purtat de ea. Pot interveni de pe acum factori vulnerabilizatori.
- Influențele psihologice din primii ani de viață dintre copil, mamă și familie. Acestea au fost semnalate prima dată de psihanaliza lui Freud. A

fost imaginată o schemă etiopatogenetică în două etape. În prima fază, în primii 3-5 ani se organizează un psihism particular, cu anumite particularități, sensibilități, deficiențe, disstructuri. Acesta este acoperit de nivelele ulterioare ale dezvoltării psihice ontogenetice. Cu ocazia unor perioade de viață mai speciale care sensibilizează persoana, care induc o vulnerabilitate crescută circumstanțial, disstructura și problematica psihică subjacentă, inconștientă iese la suprafață și condiționează apariția și organizarea unor stări psihopatologice. Această schemă a fost ulterior preluată și rafinată de teoria atașamentului (a lui Bowlby), de cea Cognitivă (a lui Beck) și într-un fel de teoria minții (Theory of Mind).

- Cunoașterea biografică a unor evenimente sau perioade de viață nefavorabile d.p.d.v. psihosocial pe care le trăiește copilul în dezvoltare, a fost acceptată mult timp ca o perspectivă rațională a vulnerabilizării de fundal a persoanei. Cercetările și concepția din jurul anilor 80 a lui Rutter au adus în discuție fenomenul „elasticității („resilience”) developmentale”; în sensul că unele perioade dificile ale dezvoltării psihosociale pot fi compensate sau supracompensate ulterior. Oricum, perspectiva developmentală este în prezent un larg și fertil câmp de studiu și de rezultate pozitive în cunoașterea și înțelegerea vulnerabilității de fond.

- Pentru un adult sau pentru orice persoană ce e înțeleasă în perspectiva diacronă, au importanță în înțelegerea vulnerabilității sale existența unor condiții stresante trenante. Acestea sunt de exemplu conflictele interpersonale prelungite din familie, vecinătate, loc de muncă etc. Sau, frustrările prelungite, ce pot fi exprimate în nivel socio-economic scăzut, deficiența în educație și împlinire, în asimilarea unui statut social etc. Desigur interpretarea acestor aspecte e multiplă dar nu poate fi și ignorată.
- Structura caracterială a fost considerată totdeauna ca un factor de neignorare în sensibilitățile și vulnerabilitățile persoanei pentru tulburări psihice. Si aceasta în multiple sensuri o anumită tipologie personalistă poate predispuce spre anumite forme de reacții. Tulburarea de personalitate influențează frecvența, intensitatea și forma evenimentelor de viață trăite, cu repercusiune secundară asupra vulnerabilității. In cele din urmă însăși existența unei persoane particulare sau dizarmonice este – sau poate fi – considerată un indiciu de vulnerabilitate.

Vulnerabilitatea de fond e un concept complet la cunoașterea căruia contribuie :

1. Genetica
2. Dezvoltarea intrauterină și evenimentele perinatale;

3. Influențele interpersonal-familiale din primii 3-5 ani de viață;
4. Evenimentele importante din cursul biografiei;
5. Stresorii trenanți;
6. Structura caracterială.

Problema vulnerabilității de fond nu poate fi ignorată sau redusă la aspectul genetic. Nimeni nu va fi câștigat în urma unei asemenea simplificări.

Creșterea circumstanțială a vulnerabilității și sensibilității

În unele perioade de viață omul e mai vulnerabil, mai sensibil la stresori iar în altele mai rezistent. De ce oare?

- Să luăm în considerare situația standard a unei „psihotraume”, a unui eveniment de viață trăit ce impresionează profund subiectul condiționând o reacție psihopatologică. O spaimă deosebită, o pierdere importantă ș.a.m.d. După o perioadă de timp subiectul își revine treptat, trecând în mod firesc printr-o perioadă de refacere în care sensibilitatea generală la stresori e mai mare. Dacă într-o perioadă scurtă de timp se cumulează mai multe trăiri evenimentțiale solicitante e firesc ca persoana să fie mai vulnerabilă.
- De asemenea dacă cineva ajunge să fie epuizat de prea multă muncă, mai ales lipsită de satisfacții, de nesomn, subalimentație, frig și zgomot, boli

somatice e natural să considerăm că sensibilitatea sa la stresori crește.

- Mulți oameni au în mod natural oscilații între perioade de optimism și energie crescută și perioade de relativă inhibiție și diminuare a activităților. Cu alte cuvinte, oscilații endotime. Angajarea într-un nou proiect, de obicei mobilizează subiectul, energiile sale, în mod pozitiv. Iar trenarea, prelungirea împlinirilor așteptate îl pot demobiliza parțial. Într-o perioadă negativă a oscilațiilor endotime omul devine mai vulnerabil așa cum sublinia K.Schneider (hintergrundsreaktion).
- Desfășurarea cursului și a ciclurilor vieții are în mod firesc perioade mai sensibile dintre care mai cunoscute sunt pubertatea, adolescența, anumite faze ale vieții adulte, meno-andropauza și altele.
- Existența fiecărei persoane poate trece prin „crize” nu doar exterioare ci și interioare, crize de bilanț, crize morale, spirituale, perioade de convertire sau reconvertire spirituală. Această dinamică influențează de asemenea sensibilitatea și vulnerabilitatea față de stresorii psiho-sociali, psiho-spirituali.

Crizele spirituale interioare au o contrafață în schimbările de viață exterioare. În prima jumătate a sec.XX psihopatologii s-au aplecat, după Jaspers, asupra evenimentelor trăite dramatic, puternic semnificative. Către sfârșitul veacului atenția s-a concentrat asupra

schimbărilor de viață, chiar dacă acestea nu sunt deosebit de dramatice, ci așteptate și firești. Așa sunt începerea și terminarea studiilor, căsătoria, nașterea copiilor, divorțul, recăsătoria, avansarea, schimbarea rezidenței, pensionarea, reprofilarea profesională. În toate aceste cazuri subiectul trebuie să realizeze, într-o anumită perioadă de timp, un efort de readaptare la condiții noi ale existenței, ca ritm de viață, relații sociale, responsabilitate, repere existențiale. Efort care pentru unele firi – constituții, structuri psihice – și în anumite împrejurări – ca cele deja menționate – poate fi resimțit ca unul deosebit de epuizant de către persoană. Si aceasta mai ales în cazul în care se cumulează în scurt timp mai multe schimbări de viață, chiar pozitive. Si/sau dacă se combină cu o „psihotraumă”, ca în cazul morții cuiva apropiat.

- Schimbările de viață sunt semnificative pentru schimbarea rețelei sociale. Aceasta este un alt aspect ce s-a impus spre analiză ca important în clarificarea oscilațiilor vulnerabilității. Rețeaua socială constă din ansamblul cunoștințelor și legăturilor interumane a unei persoane. Aceste relații pot avea diverse grade de intensitate și apropiere. Interesul psihosociologic s-a dezvoltat în a doua jumătate a sec.XX, în corelație cu selecția persoanelor apte pentru conducere și coordonare, pentru a fi lideri în diverse sectoare, inclusiv în politică. Cu cât rețeaua e mai mare cu atât persoana e considerată mai aptă. Din acest concept

a derivat acela de „rețea de suport social”. Aceasta se referă la ansamblul persoanelor care ajută sau pot ajuta un subiect, zilnic sau în situație de criză. Ajutorul poate fi efectiv sau imaginat și sperat de subiect. El poate fi tehnic – pragmatic sau efectiv și de susținere morală. S-a constatat că, cu cât un om are o rețea de suport social mai mare cu atât îmbolnăvirile sale somatice sunt mai puțin frecvente, intense și durabile. Faptul e valabil și pentru tulburările psihice. În unele cazuri ca de exemplu schizofrenia, mărimea acestei rețele la debutul bolii e principalul factor de prognostic. Oricum, s-a stabilit efectiv că, reducerea rețelei de suport social crește vulnerabilitatea la stresorii psiho-sociali și favorizează episoadele psihopatologice. Majoritatea schimbărilor de viață reduc temporar vechea rețea de suport, acesta fiind un important element prin care ele devin vulnerabilizante.

Rezumând, se poate afirma că vulnerabilitatea unei persoane poate să se accentueze circumstanțial sau un om poate trece printr-o perioadă de sensibilitate crescută față prin :

1. cumul de psihotraume;
2. epuizare bio-psihică;
3. faze negative ale oscilațiilor endotime;
4. faze sensibile bio-psihic ale ciclurilor vieții;
5. crize existențiale;
6. schimbări de viață;

7. reducerea circumstanțială a rețelei de suport social.

Aspectele menționate mai sus pot fi desigur ignorate de un clinician. Dar aceasta nu ajută cu nimic înțelegerea apariției stării de suferință prin care trece un subiect. Si nici nu orientează suficient pe cel ce ar vrea să-l sprijine.

Tipologia stresorilor psihosociali. Dacă acceptăm că avem în față un om vulnerabil, cu o vulnerabilitate de fond ce se accentuează circumstanțial făcându-l mai sensibil, într-o a doua fază se presupune că acționează unii stresori „actuali”. Aceștia pot fi bio-fizici și psihosociali, ultimul aspect implicându-l pe cel cultural și spiritual.

Care ar fi oare tipologia acestor stresori la o analiză spectrală? Adică la o analiză care să ne pună pe gânduri ca oameni și să nu ne lase să ignorăm ceea ce ar putea fi important.

1. Primul aspect este desigur „psihotrauma” deja menționată, fie ea de frică sau pierdere, așa cum a semnalat Jaspers în primul deceniu al sec.XX. Cei ce s-au aplecat asupra problemei au atras atenția asupra faptului că nu ajunge ca un eveniment să se producă. El trebuie perceput și înțeles de subiect, trebuie să aibă pentru acesta o semnificație fapt ce deschide orizontul evaluării subiective. Acesta poate fi supra sau sub evolutiv unui eveniment perceput, poate fi

indiferent sau suprasensibil la el, îl poate amplifica imaginativ sau ignora. Mai intră în joc semnificația nu doar evaluată conștient ci și cea trăită inconștient, tehnicile de protecție etc. Si apoi evenimentul poate fi trăit acut sau resimțit prelungit.

2. Schimbarea de viață a fost deja comentată. Prin definiția ea durează un timp anume și implică subiectul Sunt schimbări de viață proiectate, dorite și induse de subiect, altele pe care el știe și nu le oprește, consimțind și altele care îl iau prin surprindere.
3. Eșecul constă din neîmplinirea unui proiect în care subiectul se angajează și în care investește afectivitate și speranță. În perspectiva exterioară nu se întâmplă nimic sesizabil de către alții. Dar tocmai acest fapt al neschimbării afectează persoane care resimte că pierde o eventualitate ce și-o dorea reală. Desigur, proiectele pot fi nerealiste și astfel eșecurile repetate.
4. Frustrarea constă din nesatisfacerea unei pretenții sau nevoi pe care subiectul o consideră legitimă. Aceasta poate varia mult în funcție de „orizontul de așteptare” și de tipologie și biografie a subiectului. Ceea ce nu înseamnă că nu sunt importante în economia vieții unui om. Frustrarea întreține tensiunea

agresivă. Si la fel ca eșecul, semnifică pierderea a ceea ce era așteptat dar nu s-a realizat.

5. Conflictul intrapsihic, conflictul cu sine însuși, e o trăire ce poate „măcina” interior un subiect, scăzându-i forțele realizatoare. Cum și de ce se întâmplă, etalarea sa între vinovăție, autoreproș existențial și situațional, deficitul de sinteză a trăirilor duplicitare, tentativa creativității și acceptarea firescului banal al existenței, fațetele multiple ale acestui conflict intrapsihic sunt dificil dar important de analizat, în categoria stresorilor ce afectează existența unei persoane.

Rezumând se poate atrage atenția că, în categoria fundamentală pentru psihopatologie a stresorilor psihosociali, se cer analizate :

1. Psihotraumele;
2. Schimbările de viață;
3. Eșecurile;
4. Frustrările;
5. Conflictul intrapsihic.

Durata acestor trăiri este variată. Ele se pot cumula astfel încât să influențeze starea unui om vulnerabil – vulnerabil ca fond și cu o sensibilitate crescută circumstanțial – astfel încât să condiționeze și să precipite o stare psihopatologică.

Analiza stresorilor psihosociali menționați mai sus poate fi ignorată. Dar, la ce ar folosi această ignorare?

Factori de apărare a persoanei. O persoană vulnerabilă supusă stresorilor se poate decompensa psihopatologic. Ce ar putea-o apăra împotriva „atacului” stresorilor? Desigur, nonvulnerabilitatea. Ce aspecte cunoscute și controlabile s-ar putea găsi în acest domeniu?

Ultimele decenii au adus la lumină o serie de aspecte ce pot fi evaluate și influențate terapeutic și anume :

- Rețeaua de suport social, Deja s-a menționat faptul că, dacă aceasta e amplă și bine structurată subiectul e mai puțin vulnerabil și mai protejat. S-a vorbit despre funcția de „tampon” (buffer) față de stresorii acestei rețele., Când evaluăm șansele terapeutic evolutive a unui om suferind psihic se cere să studiem și apoi să implicăm în program persoanele cuprinse în rețeaua sa de suport social.
- Capacitățile de a rezolva probleme practice, atât imaginativ cât și efectiv, ca pragmatism.
- Capacitatea de a se relaționa social, de a se întâlni cu oameni, de a conversa, de a face cunoștințe, relații, prieteni, persoane care să-i fie subiectului apropiate, sprijin de nădejde. Oamenii ce pot să-și facă mai ușor cunoștințe și aliați rezolvă mai ușor probleme sociale și își pot amplifica rețeaua de suport social, devenind mai puțin vulnerabili.
- Capacitatea de a rezolva situații stresante (de „coping cu stresul”). Cu cât e mai bună cu atât

persoana e mai puțin vulnerabilă la stresori psihosociali.

- Capacitatea de a se relaxa, odihni și a avea satisfacții. S-a constatat și clarificat faptul că, o persoană cu multipli stresori dar care are și multiple relaxări și satisfacții rezistă mai mult stresorilor decât una ce are relativ puțini stresori dar nici o satisfacție. Uneori omul trebuie învățat cum să se relaxeze și să se bucure de viață. De asemenea, existența unui sens existențial e un factor de nonvulnerabilitate. Pe când lipsa sa, face omul vulnerabil.

- Se prefigurează un balans, ca un cântar între greutatea stresorilor și cea a factorilor protectori.

- Analiza psihopatologică a unui caz necesită deci să scoată în evidența factorii protectori ai persoanei:

1. Rețeaua de suport social;
2. Capacitatea de rezolvare a problemei;
3. Capacitatea de relaționare socială;
4. Capacitatea de rezolvare a stresorilor (coping cu stresul);
5. Capacitatea de a se relaxa și bucura;
6. Sensul existențial.

Ignorarea acestei evaluări nu aduce nici un câștig. Atenția acordată acestor aspecte poate favoriza montarea unor programe de sprijinire a persoanei pentru că în viitor să fie mai puțin vulnerabilă.

Medicul psihiatru și echipa sa, cei ce se angajează în psihiatria comunitară și în promovarea sănătății mintale, oricât de mult s-ar concentra asupra bolilor, a entităților nosologice, a mecanismelor de neurotransmisie cerebrală, nu trebuie să uite faptul că au de a face cu un om ce suferă, ce se chinuie deseori, om ce are o istorie de viață, o familie, o așezare printre ceilalți. Toate instrumentele standardizate de evaluare a persoanei umane, toate măsurătorile cantitative și strategiile terapeutice, se cer incluse în acel înțeles al existenței oamenilor care presupune bucuria și necazul, frica și disperarea, speranța și responsabilitatea.

Dacă ne ordonăm gândurile și nu rămânem orbiți de limbajul tehnic al psihiatriei, vom reîntâlni pe semenul nostru, vom participa la sprijinirea fragilității umane.