

NOI ORIENTĂRI ÎN PSIHOPATOLOGIA CONTEMPORANĂ

Mircea Lazarescu²

Nu de mult s-au comemorat 100 de ani de la apariția cărții **Psihopatologie generală** a lui Karl Jaspers. Această lucrare de răscruce, apărută în 1913, a marcat dubla articulare a psihopatologiei. Pe de o parte cu psihiatria clinică, ramură integrată în știința și practica medicală. Pe de altă parte cu stările limită a trăirilor omenești comprehensibile, de la creație și extaz la doliu și reacția de gelozie, mai mult sau mai puțin justificată. Această temă a dublei articulări se păstrează și în zilele noastre, desigur într-un nou context medico antropologic și articulată cu multiple teme practice care au apărut în sec.XX.

Clinica psihiatrică s-a născut în sec.XIX, perioadă în care a apărut și s-a conturat psihopatologia descriptivă, în calitate de semiologie a noii ramuri a medicinei pe care psihiatria o instituia. Patologia psihiatriei a fost în atenția medicilor antichității Greco romane și a fost invocată de mulți medici din perioada renescentistă; dar ea nu se corela decât periferic cu nucleul medicinei teoretice și practice. În sec.XIX ia însă naștere "clinica medicală" în sens instituțional. Adică, din mixtura patologică ce era reunită în "Spitalele generale" – care erau mai mult centre de reclusiune și asistență pentru homeleși, neadaptati și excentrici ce nu se puteau autoadministra adecvat, medicina a început să cultive instituții specializate, "clinici" în care pacienții de același profil medical erau reuniți pe specialități, asistați prelungit și tratați de medici care au început să se specializeze. Între aceste "specialități medicale" a fost acceptată și psihiatria. Cazuistica reunită în astfel de clinici sau spitale de neuropsihiatrie putea fi observată atent timp îndelungat, iar simptomele descrise și sistematizate, Faptul a condus la identificarea și descrierea principalelor simptome (sindroame) psihopatologice, interpretarea etiopatogenică a acestora și tratamentul rămânând în plan secund. Psihopatologia generală a lui Jaspers este scrisă în momentul în care descrierea și definirea simptomelor psihopatologice era în mare măsură terminată. Meritul deosebit al autorului constă însă nu doar în sistematizarea acestei patologii, ci în interpretarea semnificației

2. Acad. Prof. Univ. Dr. Mircea Lăzărescu Clinica Psihiatrică Timișoara, Bacău, Octombrie 2016

simptomelor, în corelație cu constituirea și manifestarea persoanei umane.

Fiind acceptată ca o specialitate medicală, psihiatria din sec.XIX s-a străduit să respecte cât mai riguros regulile medicinei, descriind și comentând simptomele cu exactitate. Aceste simptome erau însă, în marea lor majoritate trăiri subiective dublate de manifestări comportamentale și corporale. Jaspers se apleacă asupra acestor aspecte, introducând noțiunea de "simptome fenomenologic subiective", distincte de comportamentul observabil și de modificările patologice obiectivabile și măsurabile cantitativ ale corporalității. Termenul de fenomenologie era utilizat la începutul sec.XX cu mai multe accepțiuni; dintre care Jaspers subliniază dimensiunea subiectivă a trăirilor pacientului. Această atenționare este deosebit de importantă, deoarece "revoluția" introdusă în psihopatologia clinică din DSM-III a fost orientată într-o direcție care nu acorda mare importanță subiectivității. De aceea, comentarea recentă a operei lui Jaspers a fost un prilej pentru a se atrage din nou atenția asupra acestei așa zise "perspective a persoanei întâi" (subiectiv-intime) a majorității simptomelor psihiatrice.

Dacă facem un bilanț obiectiv privitor la semiologia psihiatrică, este ușor a se constata caracterul subiectiv al unor simptome ca: obsesiile, halucinațiile, convingerile delirante, anxietatea și frica (fobia). De asemenea ele sunt dominante în depresie: tristețe, lipsă de speranță, autodeprecieri, vinovăție, ideatie suicidară etc. Desigur, aceste trăiri sunt de obicei însoțite de manifestări comportamentale. Dar aceste aspect nu e o regulă. Trăiri halucinatorii, de transparență influență psihică, de modificări ale cursului gândirii, dispoziția delirantă, sentiment de depersonalizare/derealizare, toate acestea pot fi resimțite de un pacient fără ca acesta să le comunice altora. Iar uneori nu le comunică nici persoanelor apropiate, rudelor sau celor din familie. Chiar la chestionarea din timpul unui examen psihiatric, pacientul poate să nu afirme spontan trăirile și convingerile sale subiective; și, dacă nu este întrebat adecvat și repetat, să nu comunice nici medicului sau psihologului aceste simptome ca de ex. furtul și retragerea gândirii, posesiune demoniacă. "Simptomele subiective" deși sunt trecute în "listele de simptome" ale scalelor de evaluare psihopatologice, se cer identificate și evaluate cu grijă, și ca intensitate, cu un efort special al investigatorului. Acest câmp problematic a fost deschis de **Psihopatologia** lui Jaspers.

Pe lângă faptul că majoritatea simptomelor psihopatologice sunt trăiri subiective, Jaspers a mai reliefat două aspecte specific umane ale acestora: - faptul că se instaurează în urma trăirii unor anumite semnificații; și, - faptul că o parte din aceste trăiri le putea înțelege iar altele nu. Psihopatologia actuală a continuat și a rafinat aceste aspect. Astfel încât, deși suntem în mare măsură pe drumul trasat de Jaspers, ultima perioadă a adus și multe lucruri noi în psihopatologie.

Declanșarea trăirilor simptome prin receptarea și înțelegerea unor semnificații circumscrisu clasa reacțiilor psihopatologice anormale parțial comprehensibile. Exemplele clasice, la care și Jaspers face apel, este

tristețea ce se instalează atunci când pierzi o persoană de care ai fost atașat (reacția de doliu) sau gelozia atunci când apar indici că persoana pe care o iubești te înșeală. Asemănarea dintre depresia psihopatologică și cea reactivă de doliu este până la un punct evidentă. Ea a fost remarcată și analizată și de Freud. Dar odată cu această depresie apare problema continuumului și în același timp a distincției între trăirile normale, cele exagerate și cele patologice. Această diferențiere se dovedește a fi nu doar una de grad. Problema pe care a introdus-o Jaspers a fost tocmai cea a cauzalității pe care o introduce în viața psihică un eveniment care afectează subiectul. O depresie care apare "cu motiv", - deoarece a murit cineva apropiat - este comprehensibilă; cea care apare "fără motiv" ar urma să fie anormală, patologică.

Diferențierea menționată nu se poate face însă așa de simplu. Psihopatologia mai nouă a menținut semnificația pierderii, dar a analizat faptul că pot fi mai multe feluri de pierderi. Astfel, un om poate să-și piardă averea, banii, casa în care locuiește. Dar el poate să-și piardă serviciul - fapt care face ca depresia să fie mai frecventă la șomeri. Altă posibilă pierdere este cea a stimei sociale, a respectului; omul se simte înjosit, rușinat, și depresiv. Apoi, un om poate să piardă nu doar ceea ce are sau a obținut, ci și ceea ce speră să aibă; sau, consideră că în mod legitim ar trebui să primească. De aceea frustrarea este și ea un motiv de nemulțumire, iritare și deprimare. Dar mai ales eșecul este un important argument pentru depresie. Ori, atunci când trăiești un eșec, pierzi nu ceea ce ai avut, ci un lucru pe care sperai să îl obții, pentru care ai depus eforturi, ai investit energie, ai sperat că îl poți atinge. Pe lângă eșec sunt posibile și alte pierderi specifice umane, cum ar fi pierderea speranței într-o situație mai bună, pierderea încrederii în alții, pierderea idealurilor și credințelor etc.

Aceste analize psihoantropologice de după Jaspers au evidențiat că un om este expus la un larg evantai de pierderi, care se pot cumula în timp și potența succesiv. Apoi, pierderea unei persoane apropiate, a soțului sau soției de ex., nu e negativă doar prin semnificația evenimentului; ci și prin noua situație în care persoana ajunge, ea fiind acum lipsită de sprijin moral și pragmatic, de intimanță, încurajare, parteneriat. Doliul poate face omul mai vulnerabil pentru alte pierderi din suita menționată mai sus; astfel încât la un moment dat evenimente minore, care în sine nu au mare semnificație, pot precipita subiectul în depresie.

Psihopatologia a ajuns astfel să aibă în vedere nu doar stările psihopatologice reactive, după evenimente majore, comprehensibile în mare măsură pentru toți; ci și terenul mai mult sau mai puțin vulnerabil al persoanei pentru astfel de reacții, așa cum s-a amintit în cazul doliului. O persoană care, din diverse motive, a ajuns să fie extrem de vulnerabilă, poate ajunge la stări psihopatologice în urma unor stresori minori; sau chiar în condițiile stresante ale vieții de zi cu zi. În aceste condiții nu mai există o relație direct comprehensibilă între evenimentul trăit (semnificația sa) și starea psihică. Legătura este indirectă. Mai ales că se pot cumula

evenimente stresante ce se adună de-a lungul întregii vieți. Și la fel, la starea de vulnerabilizare pot contribui nu doar factorii psihosociali ci și cei biologici: epuizarea, insomnia, bolile somatice concomitente etc. Dar cel mai important lucru avut în vedere în prezent – și care nu era gândit astfel pe vremea lui Jaspers – este articularea între vulnerabilizarea psihică și vulnerabilitatea genetică.

Rămânând încă pentru moment la tolul etiopatogenic al evenimentelor trăite (a semnificației acestora), o altă diferențiere care s-a făcut pe parcurs este cea a sensibilităților idiosincrazice care țin de temperament, particularități caracteriale și biografie. Se poate constata astfel cu ușurință că, la moartea unui membru de familie, nu toate rudele apropiate sunt la fel de “afectate”, de depresie. Dintre mai mulți frați, unul poate fi cu totul indiferent la moartea tatălui său iar altul extrem de afectat. Sau, din altă perspectivă, cineva poate fi mai afectat de moartea câinelui sau pisicii de care s-a atașat decât de moartea unei rude. Componenta structurii personaliste joacă și ea un rol important în reacțiile psihopatologice. Asupra acestui fapt a atras atenția pe vremea lui Jaspers psihiatrul Kretschmer, când a descris sindromul senzitiv de relație. Acesta se dezvoltă reactive mai ales la anumite personae fragile, hiperemotive, care relaționează dificil atunci când trăiesc evenimente penibile, în care e afectată stima de sine (în care “se fac de rușine”). În aceste împrejurări ele devin preocupate de faptul că ar fi privite de toată lumea, care discută negative despre el. Alte tipuri de persoane însă, care sunt nemotive, cu răceală afectivă și pragmatice, nu realizează niciodată astfel de reacții, chiar după evenimente extrem de penibile. Kretschmer vorbea despre “reacții ale personalității” în care evenimentul se potrivește cu firea pacientului “ca și cheia la broască”. În același sens, Jaspers a descris dezvoltările reactive de gelozie, la persoane cu structură caracterială suspicioasă, care receptează unii indici de infidelitate, dintr-o perspectivă care distorsionează semnificația faptelor. În raport cu aceștia, în cazul “delirului” de gelozie, firea și evenimentele joacă un rol puțin important. Cazurile depresiilor nemotivate, care nu pot fi explicate nici prin cumularea stresorilor de pierdere în conjuncție cu o constituție predispusă, pot fi categorisite – considera Jaspers - la fel ca delirul de gelozie (sau alte deliruri) în patologia “endogenă”. În ultimul timp expresia de “endogen” nu se mai utilizează în psihopatologie. Dar analizele ce au ocazionat diferențierea cazurilor ce erau astfel etichetate, de cele reactive – psihogene, s-au amplificat și diferențiat mult în psihopatologia actuală.

Structura personalistică a unui potențial pacient, rezultă din conjuncția factorilor genetici și a celor ce derivă din trăirile specific umane, caracterizate prin semnificația care le-o atribuie oamenii ce trăiesc într-un mediu lingvistic determinat. S-a menționat deja faptul că psihopatologia actuală operează nu doar cu cuplul normalitate/anormalitate psihică, ci se are în vedere și vulnerabilitatea. Vulnerabilitatea biopsihică genetică intervine însă în mai multe modalități și momente. Ea se poate manifesta

prin grevarea câștigurilor ontogenetice firești, care ar trebui să rezulte din interacțiunile umane educative. Vulnerabilitatea genetică se manifestă apoi mai ales în anumite perioade ale personogenezei, perioade critice sau de tranziție, așa cum sunt vârstele de 3 ani, 6-7 ani, pubertate, adolescența, începutul vieții de adult tânăr, meno-andropauza etc. Studiile în direcția vulnerabilității genetice urmărite de-a lungul ciclurilor vieții, au adus însă în discuție multiple zone de intersecție între ceea ce e condiționat genetic în ciclurile și cursul vieții și ceea ce e condiționat de contextual socio-cultural. O schimbare de optică în ceea ce privește "reactivitatea" psihopatologică a persoanei, corelată cu deja menționata temă a vulnerabilității, a apărut când s-a luat în considerare problema solicitărilor.

Un om vulnerabil se poate decompensa psihic nu doar dacă trăiește stresuri negative – unice și puternice sau cumulate în timp –; ci și dacă este suprasolicitat. Această suprasolicitare se corelează cu apariția situațiilor noi, problematice. Dar și cu reducerea suportului social. A apărut astfel ideea că nu doar "evenimentele" ci și "schimbările de viață" pot fi decompensante. Iar aceste schimbări de viață pot fi întru totul firești: - plecarea la studii în altă localitate; - schimbarea serviciului; - emigrarea; - terminarea studiilor și începerea unei activități independente. Solicități crescute, supramaximale, pot apare și în cazul unor schimbări dorite și pozitive; - avansare în serviciu, căsătorie, apariția unui nou membru în familie etc. În aceste împrejurări subiectul trebuie să se adapteze cu un nou regim de viață, unor noi ritmuri și relaționări sociale, unor noi responsabilități. În împrejurările solicitante s-a constatat că foarte importantă e prezența unor persoane apropiate, în care subiectul are încredere și e convins că îl vor ajuta. Această rețea socială proximă, de "suport social" e formată de obicei din 8-10 persoane ce se recrutează dintre prieteni, cunoștințe, rude, vecini, colegi de muncă etc. Sprijinul pe care subiectul îl poate primi poate fi instrumental – ajutor tehnic, servicii, bani, accesul la relații; și/sau sprijin afectiv moral – confidență, intimitate, încurajare etc. A fost deja menționat faptul că, în cazul în care cineva pierde o persoană apropiată de familie, rețeaua sa de suport social se reduce într-o manieră semnificativă. De asemenea, când cineva pleacă de acasă la lucru în altă localitate sau altă țară, el se desprinde de rețeaua sa socială bine constituită de cunoștințe, incluzând rețeaua de suport social. În noul loc în care ajunge, subiectul poate face față mai ușor solicitărilor dacă găsește repede o rețea socială proximă, bună, confidență și pragmatic. Dar va face mai greu față, va fi mai intens solicitat, dacă va rămâne singur. Importanța rețelei de suport social iese clar în evidență când o persoană e bolnavă și se internează într-un spital. Alta e situația dacă el rămâne în această împrejurare singur; sau, dacă se găsesc persoane care să îi rezolve problemele rămase în suspensie, să-i aducă mâncare și medicamente, să-i asculte suferințele și să îl încurajeze.

Reducerea rețelei de suport social e un important factor de vulnerabilizare, la fel ca și cumulara evenimentelor stresante sau factorii constituționali,

genetici, biopsihici. Ceea ce a mai scos în evidență psihopatologia recentă, este faptul că intervin în plus, satisfacțiile de viață și capacitatea de "coping" cu stresul.

Studierea rețelei de support social a arătat că, pentru determinarea sau declanșarea stărilor psihopatologice e important nu doar stresul, prezența, intensitatea și frecvența sa. Și nici doar combinarea acestora cu vulnerabilitatea. Ci joacă un rol important și factorii protector. Chiar în cazul unor stresori puternici și prelungiți, prezența unui support afectiv și instrumental din partea unor persoane apropiate poate menține starea psihică a unui om în parametrii normali. Faptul este evident în cazul Tulburărilor de stress posttraumatic, după catastrofe natural sau în condiții de teroare social. Nu toată lumea prezintă tulburări. Rezistă mai bine cei care constituțional nu sunt vulnerabili, care nu au fost vulnerabilizați recent de factori psihosociali sau biopsihici, dar și cei care au un suport social bun. Suportul pe care îl asigură micro rețeaua social poate fi amplificat de menținerea încrederii și speranței, a stimei de sine, a capacității de a-și mobiliza forțele. Alți factori protective evidențiați de psihopatologia contemporană sunt satisfacțiile de viață și capacitățile de coping cu stresul.

Satisfacțiile de viață, bucuriile, împlinirile, mulțumirile, regenerează capacitatea de rezistentă la stress a oamenilor. Iar lipsa lor o scade. O persoană poate fi supusă unor stresori majori, dar rezistă bine dacă concomitant aceștia sunt contrabalansați de satisfacții. La acestea se adaugă odihna, relaxarea. Sau, pe de altă parte, o persoană poate fi supusă unor stresori minori, dar să se decompenseze deoarece are puține sau deloc satisfacții de viață și stări de relaxare. Problema se complică la acest nivel deoarece unele persoane sunt lipsite de abilitatea de a se relaxa și bucura. De aceea abordarea psihopatologică, psihoterapeutică va trebui să analizeze și acest aspect. Iar intervenția va consta uneori în educarea sau învățarea pacientului, cum să-și modifice stilul de viață, astfel încât să aibă parte și de mulțumiri, satisfacții, relaxări. În sfârșit confruntarea cu situațiile stresante presupune strategii de rezolvare a problemelor; sau, de evitare a consecințelor celor nefavorabile. Și acest aspect intră ca obiectiv în analiza unui caz. Iar proiectul (psiho) terapeutic poate consta și în învățarea unor strategii de coping cu stresul.

Sintetizând direcțiile în care s-a dezvoltat analiza psihopatologică dinamică din ultimele decenii, în completarea analizelor tradiționale a le lui Jaspers, se poate spune că în prezent, rolul factorilor stresanți în psihopatologie se cere analizat în raport cu terenul, vulnerabilitatea și factorii protectori.

Stresori psihosociali	Factori constituționali	Factori protectori
<ul style="list-style-type: none"> - Evenimente de viață stresante (EVS) - Cumularea biografică și recentă a EVS - Schimbări de viață - Influențe negative ale vieții de zi cu zi - Stil de viață - Eșecuri 	<ul style="list-style-type: none"> - Genetică - Tipologie temperamental-caracterială - Biografie - Abilități de coping cu stresul și de relaxare, de obținere a satisfacțiilor - Sens de viață 	<ul style="list-style-type: none"> - Rețeaua proximă de suport social: - Afectivă - Instrumentală - Satisfacții, relaxare, odihnă - Sens de existență (implicare în proiecte cu sens)

O balanță ca cea din schema de mai sus se poate aplica cel mai evident la unele stări depresive și anxioase, fobice, obsesive, disforice, tulburări instinctuale etc. Ea are importanță deosebită însă și în declanșarea unor tulburări endogene, psihotice chiar, și în întreținerea acestor tulburări.

Unele din noutățile care s-au impus în ultimii ani este concepția modular-evoluționistă a psihismului uman, care deschide calea pentru o nouă înțelegere a psihopatologiei psihozelor. Conform acesteia, încă din biologie, funcționează unii moduli psihologici adaptativi, a căror structură funcțională se selectează adaptativ și se transmite genetic. Așa e de exemplu anxietatea. Este normal și adaptativ ca, în cazul parcurgerii unui teritoriu necunoscut, în care sunt posibile multiple pericole potențiale, animalul să fie într-o stare de alertă, cu toate organele senzoriale și motorii puse în tensiune, pregătit pentru a reacționa prin atac sau fugă. Omul este înzestrat și el cu un astfel de modul cerebral al anxietății, care intră în funcționarea adaptativă de câte ori împrejurările o cer. Dacă modulul anxietății se manifestă însă în afara acestora, spontan sau la stimuli ne semnificativi, el poate fi deranjant, manifestându-se ca tulburare de anxietate generalizată, care scapă de sub control. Multiple studii de psihologie biologică au demonstrat rolul adaptativ al comportamentelor de tip depresiv: inhibiție, areactivitate, retragere. Acestea reduc consumul energetic, expunerea la stresori și inhibă agresivitatea adversarului. La om, modelul comportamental al depresiei apare în situația doliului, sprijinind psihismul subiectului să se adapteze la noua situație. Dacă "modelul depresiv" se instalează însă fără contextual situațional în care e adaptativ – sau la evenimente minore – el apare ca anormal. Pentru om există și un model psiho-comportamental al expansivității dezinhibate, care e adaptativ pentru condiția de sărbătoare, spectacol, joc și creativitate. Dacă aceasta se instalează în afara sărbătorilor sau a altor contexte pentru care e programat, el ocazional manifestă hipomane. În aceeași serie se înscrie comportamentul de gelozie și suspiciune, care e adaptativ în

anumite condiții, favorizând reacții adecvate. În schimb instalarea stărilor de gelozie și suspiciune în afara acestor stări, se exprimă ca ideea prelevantă sau delir.

Această interpretare a psihopatologiei evoluționiste vine să completeze o lacună pe care modelul interpretativ psihopatologic a lui Jaspers o avea. Și anume: dacă în perspectiva jaspersiană se pune întrebarea: de ce este un om trist atunci când are o pierdere?, răspunsul ar fi: pentru că așa e natura umană. Răspunsul evoluționistului este însă următorul: pentru că modelul psiho-comportamental al modelului depresiv favorizează refacerea bio-psihică după eșec sau pierdere, reorganizarea strategiilor de acțiune pentru noi proiecte. În acest sens se poate spune că semnificația unei situații nu "crează" prin ea însăși modelul reacției psihice; ci, ea aduce în prim plan un modul psihocomportamental adaptativ, pe care individual îl are la dispoziție, ca pe o unealtă necesară.

Această nouă viziune modifică proiectele de cercetare în psihopatologie. Aceasta ar urma să țină cont de existența unor module psihoantropologice adaptative ce fac parte din structura psihismului persoanei; structuri ce sunt ținute sub control și utilizate adecvat (ca niște instrumente sau "organe psihice"). Iar după utilizare sunt reintegrate într-o zonă din care pot fi oricând disponibile. Starea psihopatologică apare în acel context care face ca psihismul să devină deficitar, cu perturbarea echilibrului în „utilizarea” propriilor disponibilități. Modulele (de tip anxios, depresiv, maniacal, senzitiv relațional, paranoid etc.) se instalează și în prim plan, acaparând întreaga viață psihică, limitând libertatea interioară și conducând la un comportament neadaptat, disfuncțional social.

Noua viziune a psihopatologiei asupra stresorilor psihosociale și asupra gestionării structurilor modulare psihoadaptative, deschid un nou orizont de înțelegere a stărilor psihopatologice și pentru intervențiile terapeutice.

Bibliografie

1. M.Lăzărescu, Bazele Psihopatologiei Clinice, Ed.Academiei Române, București, 2010
2. M.Lăzărescu, Ce este tulburarea mentală, Ed.Polirom, Iași, 2014
3. M.Lăzărescu, Psihopatologia Psihozelor, Ed.Academiei Române, București, 2016