

**(2010).. din cartea Bazele psihopatologiei clinice
Capitolul 7**

**Doctrina vulnerabilitate/stres și factori protectivi din cursul biografiei.
Reziliența**

2010

7.1. Introducere; 7.2. Rolul evenimentelor de viață în comentariul psihopatologiei clasice germane; 7.3. Rolul evenimentelor de viață în psihopatologia anglo-saxonă a ultimelor decenii; 7.4. Tipologia evenimentelor de viață stresante; 7.5. Conceptul de vulnerabilitate în psihopatologia clinică ; 7.6. Factori compensatori și protectori; 7.7. Perspectiva biografică a influențelor psiho-sociale; 7.8. Reziliența

7.1. Introducere

Psihopatologia clinică nu se poate reduce la aspectul descriptiv al tulburărilor mintale. Efortul proiectului DSM-III de a prezenta un sistem nosologico-nosografic cât mai neutru d.p.d.v. al etiopatogeniei a avut ca obiectiv un diagnostic pragmatic care să crească comunicabilitatea între specialiști. Dar nici un moment nu s-a pus problema de a elimina complet perspectiva etiopatogenică, fapt acceptat de la început, dat fiind că unele categorii sunt definite ca fiind condiționate organic cerebral iar altele prin factori psihosociali, așa cum e reacția de stress posttraumatic sau tulburările de adaptare. Pentru psihopatologia clinică implicarea factorilor psihosociali în condiționarea tulburărilor nu poate fi ocolită, aspectul fiind constitutiv pentru această disciplină, așa cum apare clar din lucrarea princeps a lui Jaspers din 1913. Desigur, de atunci, această problemă s-a rafinat, dar ea nu a dispărut.

În prezent e dominantă doctrina vulnerabilitate/stres, care încearcă să o înlocuiască pe cea mai vagă, de determinism “endogen”. În etiopatogenia psihopatologică se consideră că rolul stresului este corelat strâns cu

vulnerabilitatea și cu factorii protectori. Cu cât vulnerabilitatea este mai mare, cu atât tulburările pot apare la stresori mai puțin importanți.

Influențele psihosociale sunt avute în vedere în cadrul axiomei că aceeași factori pot fi formativi, protectori sau distorsionanți, nocivi. Există trei incidente de abordare:

- Rolul factorilor psihosociali în crearea unui teren vulnerabil pentru tulburări psihice;
- Rolul acestora în creșterea circumstanțială a vulnerabilității;
- Rolul lor în determinarea sau declanșarea unui episod psihopatologic.

Ultimele două eventualități presupun o legătură cauzală în timp. Perioada sugerată de majoritatea autorilor este de 3 sau 6 luni. Deoarece se au în vedere și factorii vulnerabilizatori predispozanți, în prezent nu se urmărește în mod special legătura „comprehensibilă” între eveniment și apariția episodului, fapt care la începutul psihopatologiei clinice era considerat esențial. Pentru aspectul „determinant” această legătură rămâne totuși importantă ca de exemplu o depresie ce apare după o pierdere importantă. Pentru aspectul „declanșator”, semnificația poate trece în planul al doilea; un episod maniacal se poate instala și după un eveniment trist.

În prezent se consideră că nu e așa de important ca influențele psihosociale să aibe totdeauna o intensitate deosebită, semnificația, durata și cummul lor putând juca același rol negativ. Influența la distanță în timp este și ea posibilă, fapt ce justifică sau chiar pretinde, o analiză biografică.

Se va comenta inițial contribuția în acest domeniu a școlii psihopatologice germane dezvoltată în prima jumătate a sec.XX, urmată de contribuția școlii anglo-saxone ce s-a impus în a doua jumătate a secolului,

împreună cu doctrina vulnerabilitate-stres. Ambele au în vedere, ca instanță limită, biografia persoanei.

7.2.Rolul evenimentelor stresante de viață în comentariul psihopatologiei clasice germane.

Unul din părinții psihopatologiei a fost Jaspers care s-a manifestat ulterior ca filosof existențialist. Când a publicat lucrarea sa princeps Psihopatologia generală în 1913 (Jaspers, 1965; 1997). Jaspers era angajat în dezbaterile epocii, care diferenția între științele fizico-biologice, nomotetice, guvernate de legi statistice și științele umane în care se practică metodologia ideografică a analizei detaliate și luminoasă a unui caz tipic exemplar (Rickert, Weber). Jaspers a impus ideea că trăirile normale reactive ale oamenilor condiționate de evenimente care au pentru ei o anumită semnificație, pot avea o replică în psihopatologie, atunci când ele sunt exagerate ca intensitate și durată. El a denumit aceste stări „reacții psihopatologice”, exemple fiind doliul și spaima exagerată, resentimentul, ura și gelozia extremă. Reacțiile psihopatologice sunt cauzal comprehensibile, în sensul că le poate înțelege orice om, care ar fi reacționat în principiu la fel dar cu o intensitate în limite normale. Această idee se menține și în nosologia actuală în legătură cu reacția acută la stress, reacția de stress posttraumatic (PTSD) sau doliul patologic. Ideea era în acea vreme nouă în psihopatologie, deoarece aceasta studia tradițional cazurile azilare pentru care se presupunea un determinism organic sau intern dar necunoscut, „endogen”.

Ideea lui Jaspers este destul de complexă deoarece : - Reacția persoanei nu se produce în raport cu faptul că un eveniment are loc, ci cu felul în care subiectul percepe evenimentul, cu semnificația pe care aceasta o are pentru el. De aceea expresia care s-a încetățenit în psihopatologia

germană a fost cea de „Erlebnisreaktion”, reacție la o situație trăită; - Reacția psihopatologică se desfășoară de obicei într-o „situație limită” care tensionează la maximum subiectul. Dar situații limită pot interveni și cu o motivație ce derivă din interioritatea persoanei, așa cum e dragostea și ura puternică, entuziasmul creației, o trăire ce pregătește o descoperire, convingerile profunde în desfășurarea lor. Și acestea sunt desigur corelate cu ceea ce se petrece în lumea umană ambientală a subiectului dar ele au mai puțin caracterul unei reacții cu determinism exterior. Jaspers a invocat pentru unele din aceste cazuri noțiunea de dezvoltare anormală, prevalențială a persoanei. Echivalentul lor este ceea ce în prezent se numește preocupare centrată de o idee supraevaluată. El le-a diferențiat de schimbările profunde ale persoanei ce duc la delir, pe care le-a denumit „proces psihopatologic” și care se corelează cu o „ruptură” în continuitatea biografică a persoanei, dispărând articulația semnificant comprehensibilă cu motivația, argumentarea sau justificarea.

Jaspers, care a introdus în psihopatologie conceptele de reacție, dezvoltare, proces și defect psihopatologic nu a comentat mai detaliat rolul personalității în dinamica psihopatologică deoarece considera acest concept extrem de vast, ca o sinteză transcedentalo-transcendentă a bogăției existenței biografice a subiectului. Aspectul central al reacțiilor comprehensibile se petrece în contextul relațiilor interpersonal sociale.

Un alt psihopatolog german ce s-a afirmat după Jaspers, Kretschmer, (1949) acordă o importanță deosebită în psihopatologie temperamentului și caracterului, pe care le corelează cu forma corpului pe care o împarte în patru clase: picnic, leptosom, athletic, dismorfic. Nici el nu pune accentul pe conceptul de persoană dar abordează bazele bio-tipologice ale acesteia, care sunt în mare măsură înnăscute. Corelând principalele boli psihice ale vremii

sale – schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă și epilepsia - cu biotipologia, el consideră în plus că fondul temperamentul caracterial e corelat cu acestea, existând un continuum între caracterul normal, cel anormal și boală. Pe lângă rolul jucat de structura temperamental caracterială Kretschmer comentează două tipuri de reacții anormale aflate la extreme.

- Reacțiile suprapersonale, care exprimă un mod simplu, primitiv, biologic de reactivitate. Aici s-ar plasa reacția explozivă, cea de agitație confuzivă („bewegungsturm”), asemănătoare cu agitația animalelor aflate în captivitate și leșinul isteric comparat cu reflexul de mimare a morții, („Totstelreflex”) descris în biologie.

- Reacțiile specifice unor tipuri de personalitate anormală („persönlichkeitreaktion”). Acestea se corelează cu particularitățile tipologic caracteriale și cu sensibilitățile subiectului. Unii oameni, cu o fire particulară sau anormală sunt extrem de sensibili la anumite tipuri de evenimente ce se potrivesc persoanei respective „ca și cheia la broască”. Când apare un astfel de eveniment se dezvoltă o reacție prevalențială prelungită, de exemplu de tip senzitiv-interpretativ, expansiv paranoiac sau autist. Aceste „reacții ale personalității” sunt de tipul preocupărilor excesive centrate de o idee supraevaluată. Dar pot evolua și în direcția delirului. S-au descris diverse teme ca hipocondria, dismorfofobia, gelozia, trăirile senzitiv relaționale, tema luptei pentru dreptate a celor ce se consideră prejudiciați. Ulterior aceste cazuri au fost corelate cu tulburările de personalitate în sensul descris de Schneider. Kretschmer se plasează pe poziția continuumului între reacție, dezvoltare și delir și nu pe cea a rupturii pe care o realizează procesul psihopatologic pentru care pleda Jaspers și Schneider.

În continuare, Schneider, (2006) a pus accentul pe tulburările de ansamblu ale manifestării personalității în plan interpersonal social pe care

le-a descris ca „personalități psihopate”. Acestea suferă din cauza caracterului lor și îi fac și pe alții să sufere. Ele nu ar trebui considerate boli ci variante antropologice. Psihopatii manifestă mai frecvent reacții psihopatologice decât ansamblul populației. Dar, până la un punct, ei înșiși sunt cei care induc situațiile tensionate și conflictuale la care apoi reacționează.

Schneider păstrează ideea germană de „erlebnisreaktion” dar o nuanțează. O reacție psihopatologică se produce nu doar datorită evenimentului trăit și terenului care este particular. Pe lângă eventualitatea ca terenul să fie format dintr-o persoană psihopată mai joacă un rol și : - faptul că persoana respectivă ar putea fi într-o situație deosebită, specială; ea poate avea o reactivitate modificată dacă în ultima perioadă s-au acumulat mai multe psihotraume care o vulnerabilizează într-o anumită direcție; - sau, dacă trece printr-o perioadă de epuizare psihică, printr-o perioadă specială de viață. La fel pot exista în fundalul persoanei unele oscilații endotime condiționate de biopsihoritmuri sau de cicluri ale vieții, care fac ca persoana să fie uneori în mod nespecific mai sensibilă sau mai rezistentă față de evenimentele psihotraumatizante pe care le trăiește. Schneider are deci în vedere aspecte mai nuanțate ale terenului personalistic, diferențiind între aspectul de fundal (hintergrund) și cel „subteran” (untergrund) în sensibilitatea pentru trăiri psihice anormale.

Petrowitsch (1958, 1966) menține ideile lui Jaspers, Kretschmer și Schneider, pe care le dezvoltă. Personalitatea joacă un rol important în reacțiile psihopatologice prin structura caracterial tipologică și prin biografie. Pe lângă personalitățile psihopate clasice ce prezintă variate manifestări disociale, el atrage atenția asupra personalităților particulare, care sunt anormale, dar care prin ele înșăși nu se impun d.p.d.v.

psihopatologic. Acestea i-au preocupat și pe Kretschmer, Schneider iar ulterior pe Leonhard (1972) și pe staful ce a pregătit ICD-10. Petrilowitsch consideră importantă întreaga biografie și nu doar cumulara evenimentelor recente. Unele psihotraume petrecute cu mulți ani în urmă sau în copilărie pot zace în fundalul psihismului „nemetabolizate” și neintegrate armonic în structura acestuia. Iar de acolo pot să întrețină atitudini și preocupări speciale, moduri specifice de reacție și vulnerabilități. Coborând în adâncimea biografiei, Petrilowitsch ajunge să acorde atenție și complexelor invocate de psihanaliză, pe care le comentează mai ales în înțelegerea lui Jung. El consideră că, complexe psihanalizei clasice se pot articula cu evenimentele deosebite ale biografiei pentru a întreține un „psihism secund”, - un „eu secund” – o situație de dedublare a persoanei, care o vulnerabilizează. Această idee se regăsește în mare măsură și în cognitivismul actual, de sorginte Elis-Beck care pune însă accentul nu pe evenimentele trăite ci pe învățărilor distorsionate.

O altă idee asupra căreia Petrilowitsch insistă – și care e consonantă cu aderarea sa la doctrina configuraționistă - este aceea că în psihopatologie joacă un rol nu doar evenimentele psihotraumatizante majore, secvențiale ci și influențele persistente ale vieții de zi cu zi, atât în familie cât și în universul educației școlare și mai târziu la locul de muncă. Acestea pot avea consecințe formative sau întrețin o tensiune negativă care vulnerabilizează persoana de-a lungul unei perioade de timp, determină învățări patologice sau frustrează persoana de capacități utile de reacție. Această idee a lui Petrilowitsch se articulează cu actuala viziune sistemic familială. Tot influențele psihosociale persistente pot influența durabil structura caracterială modificând unele persoane particulare în direcția unui stil comportamental anormal, psihopatic; și aceasta chiar la vârsta adultă.

Pornind de la Jaspers psihopatologia clasică germană a încercat progresiv să descifreze ce se află în spatele evenimentului actual trăit, ce pregătește și face posibil faptul că o trăire actuală care ar trebui să se exprime firesc se manifestă psihopatologic. Acesta este un drum în direcția analizei terenului, a vulnerabilității.

Încă o temă apropiată de cea a reacțiilor psihopatologice a fost cea a sensului existențial, ce a stat în centrul preocupărilor lui Frankl privitoare la „nevrozele noogene”. În raport cu reacția comprehensibilă față de evenimente psihotraumatizante, eșecul se plasează simetric, putând fi considerat un element de condiționare psihogenă. Eșecul proiectului existențial, sau a sensului existenței este însă o temă predominant spirituală. Motiv pentru care Frankl a considerat că „nevrozele noogene” se plasează marginal în raport cu psihopatologia clinică și cu „nevrozele” descrise de aceasta.

Ansamblu de observații și idei pe care le-a etalat psihopatologia clasică germană prefigurează o serie de teme ce au fost reluate în ultimii 50 ani de psihopatologia anglo-saxonă și psihopatologia developmentală. Acestea s-au dezvoltat cu o altă metodologie de studiu și într-o altă atmosferă doctrinară. Psihopatologii germani erau centrați pe cazuri clinice izolate, selecționate drept cazuri tipice și teoretizau pe baza experienței personale. Psihopatologia ultimelor decenii pretinde o cazuistică amplă, definită prin criterii operaționale explicite, urmărită de diverși autori ce pot confirma un consens, pe baza unor dovezi empirice, măsurabile. În plus, problema sensului existențial nu mai e în atenția psihopatologilor actuali.

7.3. Rolul evenimentelor de viață în psihopatologia anglo-saxonă a ultimelor decenii

Contribuția psihopatologiei clasice germane a fost importantă deoarece a atras atenția atât asupra semnificației evenimentelor trăite cât și asupra structurii caracteriale și a biografiei. În plus ea a fost o alternativă clinică comprehensivă față de hermeneutica psihanalitică.

În atmosfera de cercetare neopozitivistă în care s-a manifestat psihopatologia anglo-saxonă după anii 70, o serie din aceste idei au fost reluate și dezvoltate, introducându-se altele noi. Astfel a fost conceptualizată doctrina vulnerabilitate stress, a fost avansat conceptul de criză și de intervenție în criză, s-au analizat factorii protectivi precum competențele, capacitățile de „coping” cu stressul și mai ales rețeaua de suport social. Psihopatologia dezvoltamentală a beneficiat de această nouă perspectivă.

Câteva lucrări de pionierat în această direcție merită menționate de la început. În deceniul al șaselea Holmes și Rahe (1967) au încercat să cuantifice evenimentele de viață stresante („Life Events”, „evenimente de viață”, e.v.) considerând că acestea au o valoare stresantă diferită ce poate fi evaluată cantitativ. Ei au propus o astfel de cuantificare pe baza unui studiu populațional efectuat pe un eșantion din SUA. E.v. au fost așezate într-un tabel, în ordinea „gravității”, fiecăruia atribuindu-i-se un punctaj. Prezența la o persoană a unor e.v. într-o perioadă imediat anterioară, conferea un anumit număr de puncte. Iar dacă erau prezente mai multe astfel de e.v., evident punctajul creștea, măsurându-se astfel cantitativ încărcătura stresantă pe o anumită perioadă temporală. Pe locul întâi ca importanță, cu cel mai mare punctaj era cotelat evenimentul decesului unuia dintre soți, urmat de divorț, separare maritală și apoi căsătorie. Aspectul deosebit și interesant al acestui demers constă în luarea în calcul a unor evenimente care puteau avea și semnificație pozitivă sau neutră. Așa erau : căsătoria, reconcilierea familială, graviditatea (plasat în ierarhie pe locul 14), adăugarea unui nou membru în

familie, schimbarea locului de muncă, „remarcabile realizări personale” (poziția 27), „revizuirea majoră a obiceiurilor personale”, „schimbarea majoră a activităților de recreere” (poziția 33). Ultima poziție, cu punctajul cel mai mic în această listă, era ocupat de „violarea minoră a legii”. Se constată ușor că e vorba de o cu totul altă concepție decât cea care l-a condus pe Jaspers să comenteze reacțiile psihopatologice în sens de „erlebnisreaktion”, ca fenomen posibil psihopatologic. Noua concepție a „evenimentelor de viață” - e.v. - nu miza atât pe o semnificație nefavorabilă ci pe însăși faptul solicitării. Dar, aceasta este o variabilă care se mișcă de-a lungul multor parametri. Pe lângă aspectul personal, caracterial și biografic pe care-l semnalase și psihopatologia germană, intervine și aspectul cultural. În aceeași perioadă de timp în diverse socio-culturi importanța aceluiași eveniment de viață este cotat, la o evaluare statistică, în mod diferit. Un studiu scandinav din 1971 semnală diferențe importante la toți itemii scalei lui Holmes și Rahe între valorile americane și cele suedeze, în unele cazuri acestea fiind de 10 puncte dintr-un total maxim de 40. (Rahe, 1971).

O altă cercetare de pionierat a fost cea publicată de Wing și Brown în 1970 privitoare la schizofrenie și instituționalism. (Wing, 1970). Tradiția psihiatrică atribuia schizofreniei o evoluție cronic deteriorativă. Această concepție, statuată de sinteza lui Kraepelin privitoare la „demența precocă” s-a perpetuat apoi peste jumătate de secol, pe baza cazuisticii observate în spitalele de psihiatrie. Deși marile studii catamnestice efectuate în jurul anilor 70 nu au susținut ideea pesimistă a lui Kraepelin pledând pentru viziunea mai diferențiată a lui Bleuler, lipsea o argumentare de psihopatologie clinică convingătoare. Cercetarea meticuloasă a lui Wing și Brown efectuată în 3 mari spitale din Marea Britanie a demonstrat că, simptomatologia „negativă” a schizofreniei e în mare măsură cultivată de

„substimularea psihosocială” din mediul azilar. Dar, pe de altă parte, o solicitare psihosocială excesivă a schizofrenilor cronicizați, de exemplu prin „ergoterapie intensivă”, poate reactiva „simptomatologia pozitivă”. Acest studiu ce a devenit clasic, pe lângă faptul că a lansat diferențierea dintre simptomatologia negativă și pozitivă a schizofreniei - care urma să fie validat clinic după 1980 - a introdus conceptual de „sub și suprastimulare psihosocială”. Și în concluzie, nevoia de a găsi un nivel de stimulare psihosocială optimă pentru cei ce au trecut prin episoade de schizofrenie.

În cazuistica studiată de Wing și Brown, sub și suprastimularea se referea la o cazuistică specială, cea a schizofrenilor internați pe termen lung. Apărea în mod firesc întrebarea dacă această subpopulație nu are cumva o sensibilitate crescută față de însăși faptul stimulării psihosociale. Deci, eventual, o „vulnerabilitate” crescută.

O a treia lucrare este a lui Brown și Harris (1978) privitoare la originea socială a depresiei. Autorii studiază cazuri de depresie la o populație precizată socio-demografic, femei din clasa muncitoare mijlocie. Depresia apare ca fiind corelată cu evenimente de viață, mai ales cu schimbări de viață, dar influențată evident de prezența sau absența unor elemente de suport social. Femeile lipsite de suport sunt mai expuse la psihopatologie. Ceea ce înseamnă ca pe lângă o eventuală vulnerabilitate de fond și prezența unor stresori psihosociali, un rol îl pot juca și factorii protectivi. Și în primul rând rețeaua de suport social.

Altă direcție de cercetare a fost reprezentată de studiile lui Vaugh și Leff (1973) privitoare la rolul „expresiei emoționale” (E.E.) crescute în recăderea schizofrenilor. S-a constatat că după un episod de schizofrenie apare deseori în familie, cel puțin la un membru, o atitudine specială față de fostul bolnav : de hipercontrol, critică și ostilitate. Cu cât pacientul petrece

în familie mai mult timp împreună cu persoana cu EE crescut, cu atâta el recade mai repede. Dar, poate fi parțial protejat de medicația neuroleptică. Studiile din această clasă au atras atenția asupra necesității intervenției familiale, a psihopedagogiei și a tratamentului de întreținere. Atât fostul pacient cât și familia trebuie să cunoască cât mai bine boala, simptomele ei, să își controleze conștient comportamentul relațional, să accepte intervenția familială, să devină co-terapeuți.

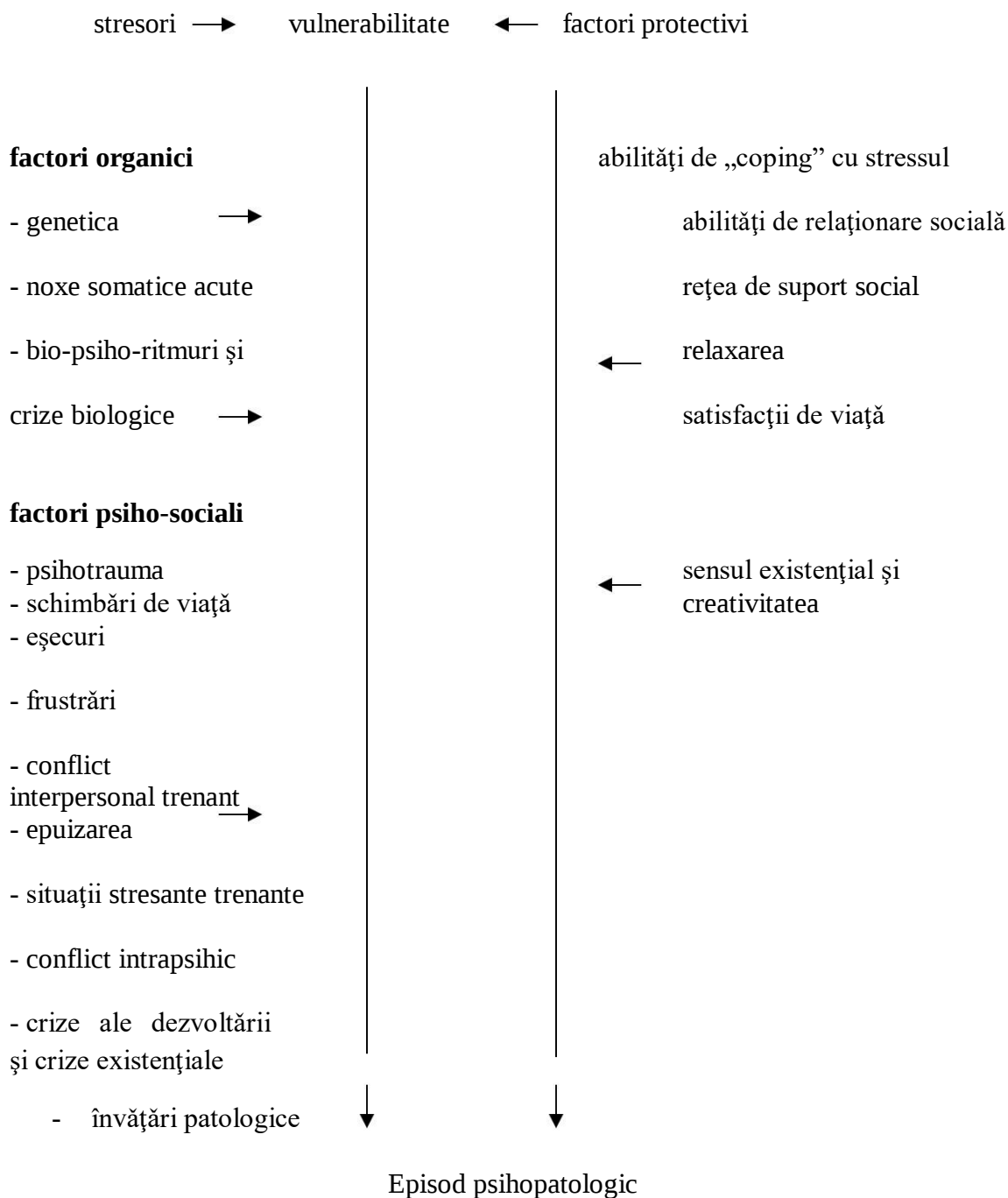
Liniile directoare ale noii abordări a rolului influențelor psihosociale în psihopatologie erau în mare trasate. Se preconiza studierea empirică a prezenței, pe o durată determinată de timp, a unor evenimente de viață, interesul principal centrându-se pe schimbările de viață - care până în anii 70 fuseseră ignorate - și pe nivelul stimulării psihosociale. Apoi, în analiză urma să intervină vulnerabilitatea de fond și cea modificată circumstanțial; precum și factorii proetctori. Clasica problemă a psihotraumei nu a fost ignorată. Dar, în spiritul pragmatismului, s-a propus o intervenție activă în perioadele de „criză psihologică”. Cu această ocazie a început studierea capacităților și abilităților subiectului de a face față situațiilor stresante („coping” cu stresul), capacități ce pot fi susținute și dezvoltate. Analiza biografică nu a fost nici ea uitată, dar mai ales în perspectiva învățărilor patologice din copilărie, direcție dezvoltată de cognitivism. Astfel, psihopatologia clinică beneficiază în prezent de un diapazon larg de moduri de abordare și înțelegere a influențelor psihosociale a căror rol este dovedit prin studii empirice. Toți acești factori se conjugă, desigur, cu cei genetici și organici.

Se poate imagina o schemă orientativă a factorilor etiopatogenici în psihopatologia clinică.

Figura XXVIII

Influențe psihosociale în psihopatologia clinică

echilibrul dintre



7.4. Tipologia evenimentelor de viață stresante. Un comentariu în această direcție este util chiar în perspectiva psihopatologiei anglo-saxone care pretinde un inventar cât mai complet al evenimentelor de viață dintr-o perioadă determinată. E dificil să se contureze definiții operaționale pentru fiecare tip dar un comentariu de caracterizare e posibil. Evenimentele de viață posibil stresante pot fi împărțite în secvențiale și trenante. (Lăzărescu, 1994).

Psihotrauma. Este vorba, în sensul pe care-l comenta deja Jaspers, de un eveniment de viață secvențial, de obicei neprevăzut, care impresionează puternic subiectul. Se diferențiază între evenimentele cu semnificație de amenințare și de pierdere. Amenințarea se poate referi la propria viață, integritate corporală, sănătate, suferințe cauzate celor apropiați, atentat la demnitate, pudoare, la pierderea bunurilor etc. Amenințarea poate fi trăită ca un eveniment direct sau ca unul anunțat, eventual mediat prin formula șantajului. Se au în vedere situațiile în care persoanele sunt supuse terorii, luarea de ostatici, situațiile speciale de război. În ultimul timp s-a acordat atenție situațiilor de amenințare colectivă ce au loc în cadrul catastrofelor naturale (incendiu, cutremur, naufragiu, surpări de teren și îngropare) când se produce și o contagiune afectivă negativă. Pierderile acute se pot referi la persoane dragi, la bunuri, sănătate. Dar nu se ignoră perspectiva psihologică: demnitatea, poziția socială, idealurile. Uneori evenimentele de pierdere sunt precedate de o situație stresantă prelungită.

Criza și intervenția în criză. Psihotrauma este un eveniment trăit ce are consecințe psihopatologice. Ea este identificată retrospectiv. Spiritul pragmatic al psihopatologiei anglo-saxone a încercat să mute cât mai mult centrul de greutate al intervenției psihopatologului pe actualitatea trăirilor nefavorabile, pentru a preveni consecințele. Astfel a apărut ideea intervenției

în criză. Criza este considerată o situație excepțională, cu mare impact asupra persoanei, mai precis a persoanelor implicate. Deși la extreme se poate vorbi de o criză personală sau de una a societății, aspectul central este acela în care sunt implicate două sau mai multe persoane, un grup de oameni aflați într-o situație ieșită din comun, care depășește resursele lor adaptative.

Conceptul de criză în psihopatologie își are originea în lucrările elaborate de Lindeman (1944) și Caplan (1962). Acestea subliniau corelația cu un eveniment acut, tulburare emoțională ce se instituie, punerea în joc a unor mecanisme de depășire a situației critice. Evenimentele avute în vedere includ pe cele deja comentate ca psihotraume; dar se iau în considerare și altele precum : criza maritală, criza în familie legată de problemele unui copil sau de un conflict intrafamiliar, o situație critică într-o școală sau o întreprindere, un moment critic într-un penitenciar, o criză publică apărută prin luarea de ostatici, printr-un accident major, printr-un act de terorism. Crizele trăite la nivel personal sunt legate de schimbările de viață, de bilanțurile negative, de eșecuri, de apariția unei idei suicidare.

În raport cu o situație de criză se ridică o serie de probleme : - identificarea ei și a persoanelor implicate; - identificarea persoanelor mai vulnerabile față de situații de criză și care au mai reduse capacități de coping (de a face față situației critice); - sprijinirea celor aflați în criză; - dezvoltarea capacităților de coping; - rezolvarea crizei; - prevenirea unor consecințe psihopatologice.

Conceptul de criză și de intervenție în criză exprimă orientarea comunitară și intervenționistă în psihopatologia clinică actuală.

Schimbările de viață. Evenimentele care constau în schimbări existențiale semnificative nu au fost luate în considerare de psihopatologia clasică germană. Ele se pot produce în mod firesc, incluse fiind în ciclurile

vieții, privite din perspectivă profesională, familială, maritală, locativă, civică. Desigur, fiecare om poate interveni în mare măsură asupra ritmului, momentului, modului, stilului în care se pretrec schimbările din viața sa (ca exemple s-ar putea lua căsătoria, faptul de a avea copii, divorțul, angajarea într-un serviciu, părăsirea lui). Deși aceste schimbări sunt naturale și firești în cadrul ciclurilor vieții, ele au consecințe importante pentru existența personală, nu doar prin semnificația lor deoarece necesită un efort de readaptare la un nou regim și ritm de viață, la noi responsabilități, la constituirea unei noi rețele sociale și de suport social. Cu ocazia unei importante schimbări de viață se reactivează trăiri conștiente sau inconștiente din trecut, amintiri, „complexe psihice”, disponibilități latente, blocaje psihice specifice etc. Astfel încât situația schimbării poate reprezenta o solicitare psihică complexă. Acest efort de readaptare poate fi dificil de parcurs de unele persoane vulnerabile, care, mult timp, s-au manifestat ca normale în parametrii standardizați a unei vieți sociale date.

Dacă unele schimbări de viață solicitante și deci indirect stresante pot apărea ca firești, de așteptat și dorit în cadrul ciclurilor vieții, altele nu au aceste caracteristici. Există e.v. care, chiar dacă se petrec de obicei în cadrul ciclurilor firești ale vieții, pot apărea în mod neașteptat, luând persoana prin surprindere. De exemplu, moartea prin accident a unei persoane apropiate sufletește, o avansare în profesie, un câștig bănesc la care nu te așteptai. În general, schimbările sau e.v. ce apar în cadrul ciclurilor vieții pot avea următoarele caracteristici :

- pot fi induse de subiect, dorite și acceptate de el, fiind un rezultat al propriilor inițiative și eforturi;
- pot fi induse de alții, dar cunoscute de subiect ca derulându-se, eveniment la care se poate opune cu sau fără rezultate;

- poate apare cu totul neașteptat pentru subiect, situație care-l surprinde, la care se opune și împotriva căreia luptă, pentru a-i minimaliza consecințele negative; sau pe care o acceptă ca atare.

Desigur, există și variante intermediare. Oricum, subiectul, prin personalitatea sa – care include structura caracterială, abilitățile, proiectele, structura sa morală. – poate interveni în aceste situații. În unele cazuri, el poate fi, într-un fel, co-autor la cele ce se întâmplă. Victimologia studiază cum în situații medico-legale de multe ori victima este cea care provoacă insistent pe viitorul agresor până când acesta ajunge la disperare și acționează. De aceea, în perspectiva cantitativă, în funcție de tipul de personalitate întâlnim oameni cu multe schimbări de viață și multe evenimente – cum ar fi persoanele histrionice și borderline, și persoane cu puține evenimente și schimbări de viață, așa cum sunt schizoidul sau evitantul.

Eșecul. Este vorba, în acest caz, de neîmplinirea unui proiect în care subiectul a fost angajat. Spre deosebire de precedentele situații, caracteristic este faptul că „nu se întâmplă nimic” din punct de vedere exterior. Adică, nici un eveniment sesizabil de alții, nici o modificare exterioară în statutul și rolul său social. Ceea ce se petrece este trăit în plan interior, în sensul că, dorința și speranța care au animat un proiect de acțiune se văd anulate prin nereușita din final. Exterior, persoana rămâne în aceeași stare în care a fost înainte, fără „nici o schimbare de viață”. Dar tocmai această stagnare crează o nemulțumire interioară, o situație de stres subiectiv, care poate crește vulnerabilitatea prin scăderea stimei de sine, prin continua frământare interioară. Eșecul poate fi resimțit și dacă schimbarea de viață proiectată sau acceptată s-a produs, dar rezultatele ei nu corespund așteptărilor. De exemplu, o căsătorie nereușită, intrarea într-o profesie ce se dovedește ca

neconformă cu ceea ce subiectul se aștepta, mutarea într-un loc de muncă nou ce se dovedește neprielnic, plecarea într-o altă țară ce nu aduce nimic bun subiectului și celor apropiați. Eșecul este similar unei pierderi dar într-un sens special : pierderea a ceea ce ai sperat, ai fi dorit să obții.

Schimbarea de viață și eșecul intră într-un alt registru temporal decât psihotrauma circumstanțială, fiind vorba de „perioade de viață” în care subiectul se angajează și pe care încearcă să le parcurgă în conformitate cu un anumit scop și sens. Psihotrauma și schimbarea de viață se pot combina, în sensul de a se petrece concomitent. De exemplu pierderea bruscă și neprevăzută a unei persoane iubite, situație care, după primul moment psihotraumatizant, condiționează o schimbare de viață semnificativă.

Eșecul poate avea și un sens mai general atunci când subiectul face bilanțul unui lung drum de viață sau a întregii vieți. În acest caz se poate corela cu pierderea sensului existențial.

Frustrarea se referă la nesatisfacerea unei dorințe, pulsioni, nevoi sau pretenții legitime. „Legitimitatea” își are, pe de o parte, sursa în biologie. Dar, pe de altă parte, în psihologia dezvoltamentală, în psiho-sociologie, socio-cultură, și, în cele din urmă în structura motivațională proprie persoanei. Frustrarea poate fi circumstanțială, prelungită sau cronică. Aria situațiilor umane în care persoana se poate simți frustrată, pe diverse termene și cu diverse semnificații, este extrem de vastă. Din perspectivă dezvoltamentală se poate înregistra ceea ce s-a numit generic „frustrarea de mamă” a sugarului în cazul în care el nu beneficiază de ofertele etologice esențiale ale maternajului. Apoi, de sărăcia stimulilor care să permită o normală dezvoltare în primii ani de viață. Frustrarea de afecțiune sufletească, de încredere și respect din partea altora e valabilă pe parcursul întregii vieți, a adolescenței, a vârstei adulte și înaintate. Se mai pot menționa : frustrarea

de raporturi sexuale satisfăcătoare între parteneri maritali; frustrarea de drepturi civile, cea de recunoaștere publică a calităților unei persoane printr-o „conspirație a tăcerii” ș.a.m.d. Problema frustrării e strâns corelată cu o serie de caracteristici individuale, ca dorințele, nevoile și pretențiile, considerate legitime de către subiect, acestea diferind mult de la o persoană la alta.

Atât eșecul cât și frustrarea sunt corelate cu evaluări; evaluarea propriilor capacități, a situației, a legitimității pretențiilor. Uneori anormalitatea se plasează chiar la nivelul mecanismului de evaluare, fapt ce poate conduce la repetate eșecuri și frustrări.

Conflictul interpersonal trenant. Acesta se referă la starea de tensiune și conflict constant ce e prezentă între persoane care sunt angrenate în structuri sociale definite, care presupun conviețuirea, așa cum ar fi familia, locul de muncă, de habitat. În principiu obligația de conviețuire ar putea fi oricând abolită dar în fapt acest lucru e dificil, sau practic imposibil. În chiar cadrul menționat individul are, bineînțeles, o anumită „libertate de mișcare”. În perspectivă psihopatologică e de evaluat cât de intense și prelungite sunt stresurile conflictuale ce rezultă din astfel de relație, dacă ele se desfășoară în mai multe arii - familie, locuință și vecinătate, muncă - și astfel se cumulează, ce strategii de „coping” a dezvoltat persoana în raport cu aceste influențe negative, cum se corelează ele cu ceilalți stresori, cu tipul de personalitate și cu contrabalansarea pe care o pot asigura satisfacțiile și rețeaua socială. Uneori, stresul poate fi cantonat la relația cu o unică persoană, având un anumit dinamism, perioade de creștere și descreștere, fapt ce ține de domeniul psihopatologiei relaționale. Alteori aceeași persoană poate fi sursă de stres dar și de satisfacții sau de protecție.

Conflictul intrapsihic. Acesta a fost invocat clasic de psihanaliză ca un conflict structural și inconștient care face ca omul să nu se simtă solidar cu sine, sub semnul unei culpabilități generice. El poate fi trăit și preconștient sau conștient prin raportarea la evenimente biografice pe care subiectul nu le integrează convenabil în structura sa sau cu care nu este de acord. Mai ales culpabilitatea și evenimentele care subminează stima de sine pot juca un astfel de rol. Dar și compromisurile făcute în viață, cu sentimentul că unele ar fi fost evitabile. Situația compromisului poate fi trenantă, subiectul trăind într-o ambianță socială în care resimte constant și o stare de eșec și un conflict intrapsihic și o nemulțumire de sine.

Epuizarea prin suprasolicitare psihică și fizică. Aceasta poate rezulta din nopți nedormite, dintr-un program de activitate exagerat, mai ales dacă nu e propriu asumat și nu e urmat de satisfacții; fapt ce se apropie de regimul psihologic al frustrării. Epuizarea se poate cumula de-a lungul anilor printr-un stil particular de viață, marcat de sentimentul datoriei de împlinit și lipsit de relaxare, de odihnă, de concedii, cu supralicitarea efortului pentru o performanță mereu maximă. Sau poate rezulta din autosuprasolicitarea unei persoane ce dorește să obțină performanțe ce depășesc capacitățile sale.

Se poate menționa existența unor stresori ce acționează prelungit, care pot fac parte parțial din categoriile deja menționate, dar pot avea și alte caracteristici. Astfel este o copilărie sau o căsătorie nefericită, o profesie în contradicție cu aptitudinile și dorințele subiectului, lipsa de resurse materiale, prezența într-o familie a unui copil cu handicap sau a unei persoane ce necesită îngrijiri și supraveghere permanente, o boală alergică prelungită, frustrări socio-politice constante. În general, e vorba de perioade de viață lipsite de satisfacții și împliniri, marcate în mod continuu de neajunsuri, efort și de suferință.

Învățărilor patologice. În cursul ontogenezei subiectul achiziționează o suită de abilități și competențe care îl definesc ca persoană umană în general dar și ca individ determinat, cu particularități specifice. Această achiziție se face prin diverse modalități de învățare în raport cu disponibilitățile specifice pe care le validează maturarea encefalului și cu ambianța umană proximă. Învățărilor naturale din cursul ontogenezei pot fi distorsionate de factorii ambientali ce acționează în diverse perioade de viață. Faptul se referă la modelele comportamentale dar și la cele de atitudine, relaționare, evaluare de sine și asertare, evaluarea altora și a semnificației diverselor situații. Mediul poate selecționa și fixa anumite aspecte psihologice, prin stimulare, premiere, rejectare, ignorare. Dar și prin identificarea copilului cu părinții, prin imitare, obișnuință, habituale. Toate modalitățile de influențe psihosociale negative pot să influențeze prin învățare și fixare, reactivitate și în cele din urmă vulnerabilitatea subiectului. Doctrinile psihopatologice au avut în vedere în mod constant acest aspect, fapt subliniat mai ales de comportamentalism și cognitivism.

Influențele psihosociale, ce au fost menționate se cer evaluate în perspectiva diacronă a biografiei, a cumulării în timp a celor trăite și învățate; precum și a eventualei lor agregări circumstanțiale. Putem imagina și constata situații în care, într-o perioadă delimitată de timp, să spunem 6 luni, se cumulează eșecuri, schimbări de viață semnificative, psihotraume, epuizări. Precum și situații în care, de-a lungul biografiei, se cumulează intermitent și se articulează subteran multiple psihotraume cu aceeași semnificație, schimbări și situații de viață particulare, eșecuri, frustrări, conflicte constatate în ambianța existențială și conflicte intrapsihice. Pentru fiecare caz e semnificativ să se înregistreze ceea ce s-a petrecut în trecutul imediat și ceea ce grevează biografia. Elementele faprice se cer, desigur,

supuse interpretării. Ceea ce dorim să subliniem, la acest nivel, este faptul că evenimentele de viață stresante au mai multe paliere de analiză, polii extremi fiind biografia și ceea ce s-a petrecut recent.

7.5. Conceptul de vulnerabilitate în psihopatologia clinică

Ideea vulnerabilității s-a dezvoltat în psihopatologie în paralel cu recâștigarea importanței “terenului” în medicină și psihiatrie. Vechea medicină hipocratico-galenică se baza pe o concepție holistă și umoralistă care acorda preeminența terenului. Medicina științifică ce s-a impus în a doua jumătate a sec.XIX odată cu școala lui Virchow a pus accentul pe leziunea organului. Totuși ideea integralist holistă a persistat în psihopatologie și în perioada de cumpănă dintre sec.XIX și XX prin doctrina degenerescentei, a stigmatelor și a “constituțiilor morbide”. În sec.XX medicina a recâștigat progresiv accesul la o concepție integralist holistă a importanței terenului, prin descoperirea factorilor imunitari, prin endocrinologie și nevrism. Iar apoi, prin progresele geneticii. Concepția vulnerabilitate/stress în psihopatologie se înscrie în această paradigmă științifică. În plus, psihopatologia avea în față dificila problemă a “determinismului endogen”, mai ales în domeniul psihozelor. Nucleul nosologic al psihopatologiei format din tradiționalele psihoze și nevroze, nu este explicabil etiopatogenic decât în marginile sale prin factori psiho-sociali sau organici, care intervin direct. Se cere acceptat un plurideterminism etiopatogenic, ce se cumulează în timp, idee netezită de implicarea personalității atât ca structură cât mai ales ca ontogeneză biografică. Ontogeneză ce cuprinde și istoria biologică, de la concepție până la prezentul avut în vedere. În prezent această perspectivă e studiată de p.pt.d.

Vulnerabilitatea este un concept euristic, care nici în prezent nu e clar definit operațional, dar susține programe de cercetare și reprezintă un centru de acumulare a unor date ce rezultă din cercetări empirice și teoretice. De asemenea reprezintă un reper de comprehensabilitate pentru constructul teoretic al etiopatogeniei psihopatologice.

Rolul factorilor genetici în apariția stărilor psihopatologice este ferm stabilit în prezent, pentru unele cazuri cunoștințele fiind destul de avansate. Legătura endofenotipiei se cere însă cât mai mult nuanțată. O observație empirică bine stabilită și tot mai nuanțată este faptul că multe persoane sunt predispuse pentru o anumită zonă de patologie, fără a prezenta o tulburare mentală clinică în cursul vieții. Faptul este în prezent ca și demonstrat pentru anxietate, depresie, bipolaritate, impulsivitate, adicție. Aceste persoane pot face parte dintre rudele celor bolnavi efectiv. Ele pot prezenta doar particularități temperamentale sau episoade subclinice. Despre toate aceste persoane se poate spune că sunt mai vulnerabile pentru respectivele tulburări, că prezintă o “diateză” anxioasă, depresivă, bipolară, addictivă, că fac parte dintr-un “spectru” malativ etc. Legătura între vulnerabilitatea de fond și un episod psihopatologic sau o tulburare psihică, o fac de obicei stresorii actuali, între care un rol important îl joacă influențele psihosociale. Deși, o serie de tulburări psihice apar în condițiile unei solicitări stresante minime sau neevidente, ca o “ruptură”, ca o “catastrofă” cu actualizează brusc influențe ce s-au cumulat progresiv. Conceptul de vulnerabilitate ridică însă multiple probleme.

Tema vulnerabilității a fost introdusă în comentariul psihopatologic de către Zubin și Spring, (1977) cu referință la schizofrenie. Intervenția factorilor genetici este în această tulburare dovedită, dar ea nu este singura ce condiționează vulnerabilitatea. Se au în prezent în vedere noxele fizico-

biologice din perioada intrauterină, perinatală și postnatală, care pot influența migrația neuronală și formarea conexiunilor interneuronale. Pe această cale și prin alte influențe neurodevelopmentale, de maternaj și comunicare intrafamilială, se poate ajunge la dezvoltarea fragilă a unor structuri funcționale bazale, ca cel al coerenței centrale și al mentalizării (ToM). Dacă un copil marcat genetic și neurodevelopmental crește Dezvoltarea într-o familie în care există confuzii de roluri și o comunicare ambiguă, faptul amprentează moduri de raționament și comunicare particulare. Un temperament inițial pasiv poate conduce la hiperprotecție maternală, fapt ce inhibă și mai mult dezvoltarea autonom asertivă a sinelui tânărului.

Vulnerabilitatea devine tot mai mare dacă individul nu își însușește în cursul ontogenezei abilitățile și competențele normale. De exemplu dacă el nu ajunge să aibă suficiente abilități de gestionare și rezolvare (de “coping” cu) a situațiilor problematice și stresante, dacă nu dezvoltă suficiente abilități de relaționare socială și în consecință ajunge să aibă o rețea de suport social redusă. Învățărilor patologice care se fixează, pot și ele crește vulnerabilitatea de fond. Și la fel, repetarea unor experiențe psihotraumatizante.

Achizițiile în asertarea interpersonal socială pot să fie dificile în perioada crizelor de dezvoltare. În aceste perioade creierul trece prin importante transformări Pubertatea dar mai ales adolescența deschide psihismul individual spre opțiuni vaste, solicitându-i o manifestare coerentă de delimitare, de asertare determinată, de “individuație”. Cel care s-a format ca o persoană vulnerabilă poate claca cu ocazia crizei adolescente nedepășind-o sintetic și ajungând să manifeste simptome din serie psihopatologică.

Ultimele decenii au adus progrese importante în cunoașterea disfuncționalității neurotransmisiei cerebrale în diverse tulburări psihopatologice. Astfel, în prezent să știe că în faza acută a schizofreniei e prezentă o hipersensibilitate dopaminergică în zona limbică; precum și anumite perturbări în neurotransmisia serotoninergică și glutamatergică. Dar aceste tulburări din episodul acut au în spate vulnerabilitatea persoanei și a creierului, care se constituie ca atare printr-un proces cumulativ și “nonlinear” de-a lungul întregii biografii, pornind de la influențele genetice și perturbările neurodevelopmentale, până la “ruptura” de tip “catastrofă” din momentul apariției psihozei. Ideea vulnerabilității pe care a lansat-o Zubin a devenit o mare provocare pentru etiopatogenia psihopatologiei clinice.

Începutul este la nivel genetic iar actuala psihopatologie evoluționistă urmărește lunga istorie transgenerațională a selecției diverselor configurații de neurotransmițători în cursul evoluției, modificările ce se pot produce prin cumulare genetică, prin mutații, tulburări de copiere sau by-produse. Dar, psihopatologia evoluționistă mai atrage atenția asupra faptului că unele mecanisme psihologice care au fost la un moment dat în cursul evoluției omului selecționate pentru că erau adaptative, pot să nu mai fie adaptative în noi condiții de mediu, de ambianță. În acest sens se vorbește despre un nivel “ultim” al cauzalității (“ultimate level”) diferit de cel ce intervine pe parcursul ontogenezei.

Ideea vulnerabilității a reactivat teme mai vechi ale psihopatologiei clinice, cum ar fi cea a “stigmatelor”, ce a fost cultivată la începutul secolului XX, alături de doctrina “constituțiilor morbide”. Stigmatetele erau atunci căutate în virtutea concepției “degenerescentei” pe care a susținut-o în sec.XIX Morel și Magnan. În prezent se vorbește de “markeri” de

vulnerabilitate. De exemplu pentru vulnerabilitatea schizofrenă s-au invocat, succesiv, ca markeri : - diminuarea abilității de urmărire vizuală a mișcărilor continue (Smooth Pursuit Eye Movements); - modificări în potențialul de evocare cortical la prezentarea repetată a unor stimuli; - tulburări de integrare interemisferică; - modificarea în morfologia creierului cu lărgirea ventricolilor laterali; - deficit de filtru atențional și de procesare a informațiilor în sensul ierarhizării lor. Astfel de markeri ar preceda primul episod și ar persista interepisodic. Una din problemele ce se ridică este cât de specifici sunt acești markeri. De exemplu deficitul de filtru atențional, care se găsește în tot spectrul schizofren se întâlnește și la cei cu tulburare obsesiv-compulsivă. Astfel încât s-ar putea să fie expresia perturbării unui modul psihocerebral mai general.

Problema specificității vulnerabilității nu este tranșată. Până la un punct se poate vorbi de o vulnerabilitate generică pentru tulburări psihice, diferită de vulnerabilitatea pentru cancer, hipertensiune arterială sau boli metabolice. Pe de altă parte se vorbește și de o vulnerabilitate specifică pentru clase mari de patologie : schizofrenă, anxioasă, depresivă, bipolară, obsesiv-compulsivă. Această vulnerabilitate relativ specifică e comentată nu atât în perspectiva unor tulburări limitate ci în cea a marilor clase de patologie ce acoperă de obicei un spectru psihopatologic. Ideea spectrului nu clarifică însă de la început relația dintre vulnerabilitatea specifică, temperament, tulburare de personalitate și episodul psihopatologic sau o tulburare psihică determinată. De exemplu o vulnerabilitate sau “diateză” anxios fobică poate fi prezentă într-o anumită populație, mai accentuată la unele persoane care au un stil comportamental particular în sensul precauției și evitării situațiilor anxioase și reacții hipermetrice la stresori anxiogeni. Dar, cazul persoanelor respective poate să nu fie încadrabil în realitatea și

etichetarea unei tulburări mintale precizabile nosologic, ca de exemplu cea de personalitate evitantă, anxietate socială, agorafobie, atacuri de panică, anxietate generalizată. Măsura în care vulnerabilitatea pentru anumite episoade psihopatologice presupune în fundal doar o vulnerabilitate identificabilă prin metode speciale, o personalitate particulară cu un temperament și cu un mod de comportament aparte sau o tulburare de personalitate de un anumit tip categorical, rămâne deschisă. Problema este mult comentată în ultimul timp în legătură cu tulburarea bipolară, pentru care temperamental hipertim pare a fi un marker important.

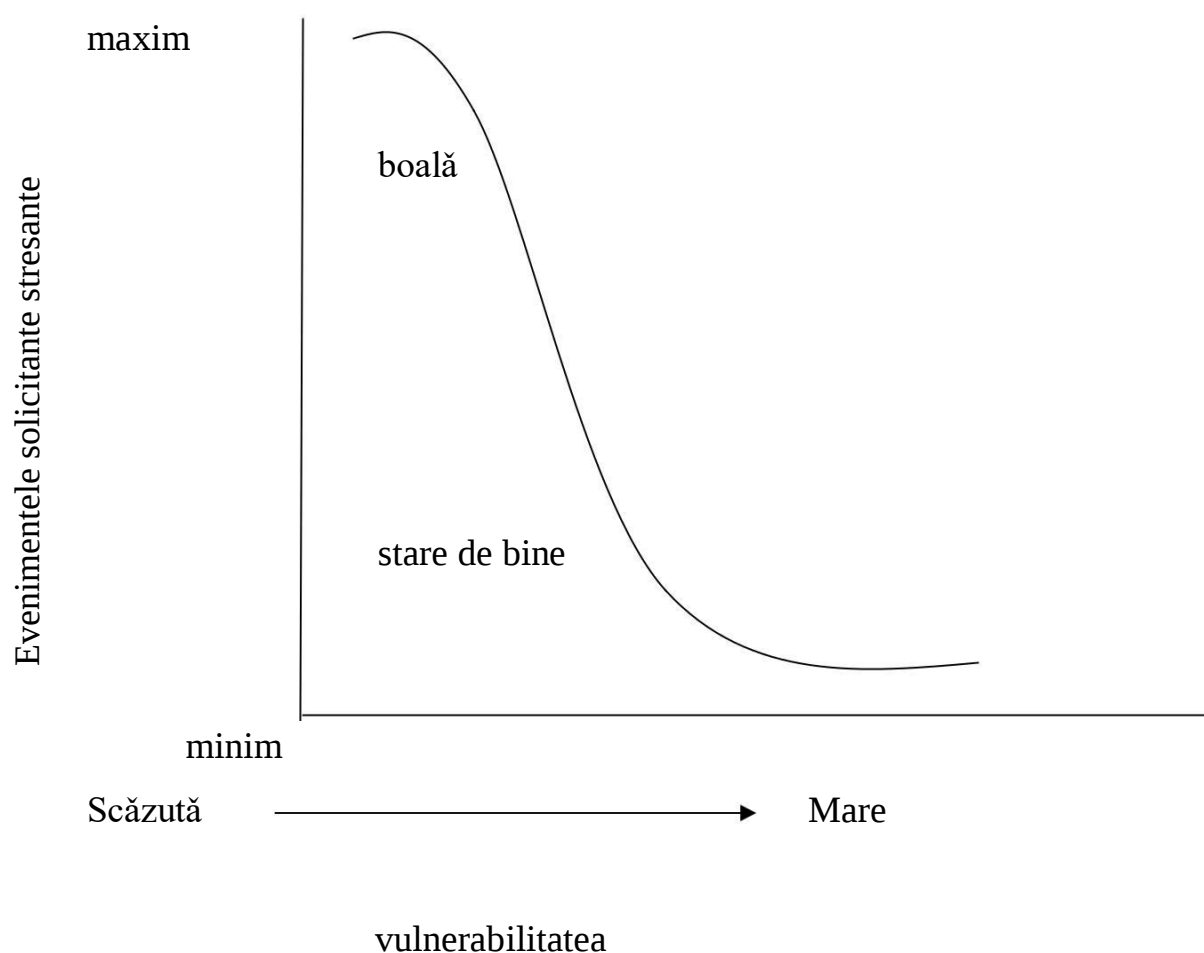
Pe lângă vulnerabilitatea de fond intră în discuție și oscilațiile în timp ale vulnerabilității. Adică perioada în care ea este crescută și perioade de relativă nonvulnerabilitate. Acestea pot depinde de factori intrinseci sau extrinseci. Ultimii se pot referi la cumulara e.v. stresante și oscilațiile rețelei de suport social. Între factorii intrinseci pot fi menționați : - Perioadele critice ale ontogenezei și ale ciclurilor vieții când se presupune că subiectul e mai sensibil, cel puțin la anumiți stimuli sau stresori, decât în perioadele stabile; - Oscilațiile endotime ale bio-psiho-ritmurilor antropocosmice, fapt intuit deja de Schneider și Tellembach. De asemenea, desfășurarea proiectelor de viață, schimbările de viață, perioadele de împlinire, frustrare sau eșec, pot influența vulnerabilitatea psihică circumstanțială. Toate aceste considerații au nevoie, desigur de o argumentare faptică.

S-a constatat că vulnerabilitatea crește prin repetarea ep.pt. În cazul depresiei monopolare de exemplu, primul episod se poate produce reactiv cu ocazia unei pierderi importante, al doilea în condițiile unor schimbări de viață sau de dezadaptare, al treilea la o simplă oboseală iar următoarele, aparent fără nici o cauză decelabilă. Creșterea vulnerabilității după ep.pt. se

poate exprima într-o crescută sensibilitate la stresori, în reducerea abilităților de relaționare socială și drept consecință scăderea rețelei de suport social, în deficiențe de autocontrol și autoîngrijire. În schizofrenie s-a comentat accentuarea după episoade a capacității de filtrare și ierarhizare a informațiilor, care inițial poate fi un marker. Dar dacă acesta se accentuează mult, atunci evenimentele obișnuite, problemele curente ale vieții de zi cu zi, pot deveni stresori supraliminari pentru subiect condiționând o nouă recădere. Relația inversă între vulnerabilitate și stres e prezentată în figura XXXI (după Zuckerman, 1999).

Figura XXIX

Relația între evenimentele de viață stresante, vulnerabilitate
și tulburare (după Zuckerman, 1999)



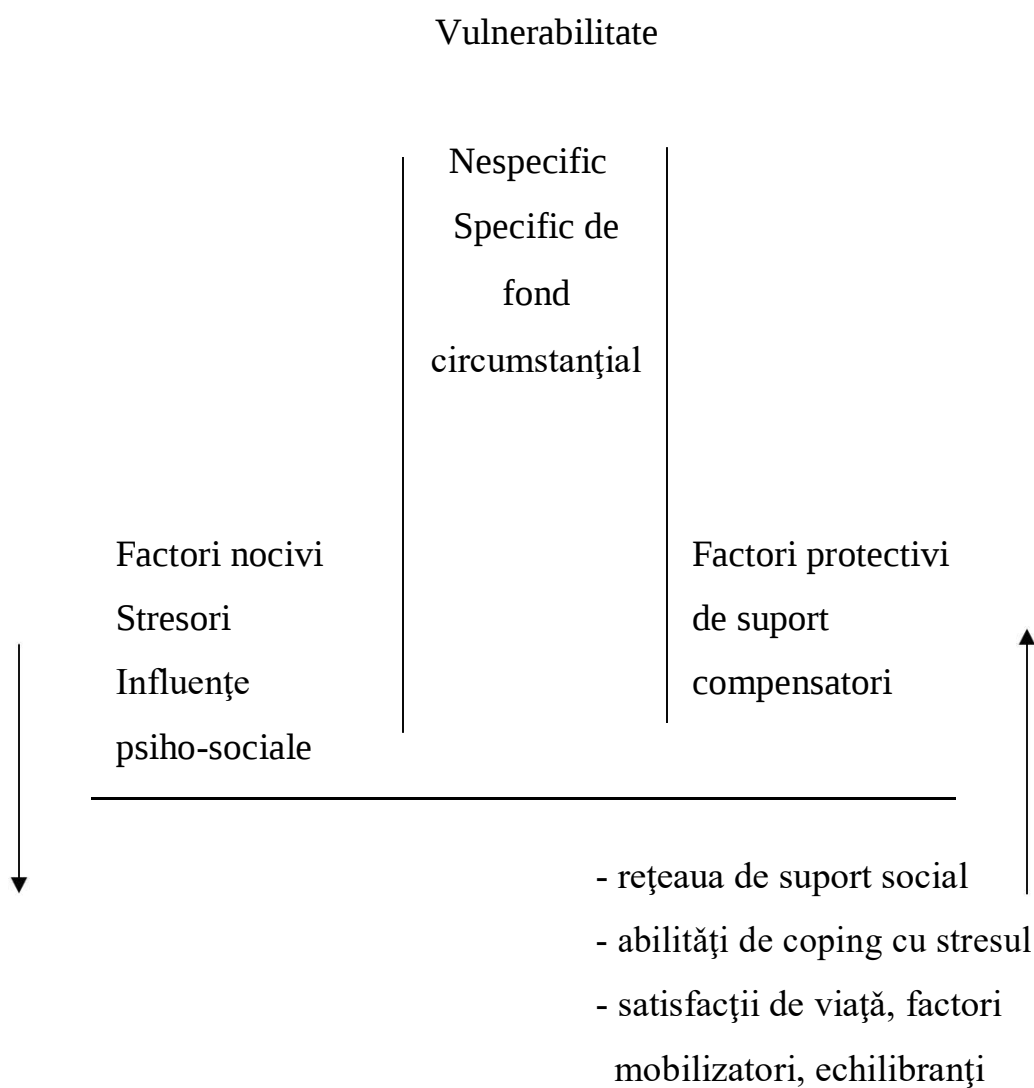
*
* *

În comentarea vulnerabilității un aspect special îl joacă factorii protectivi. Aceștia au fost împărțiți în resurse personale și sociale. La acestea s-ar adăuga satisfacțiile de viață și șansele. (Perris, 1987).

Ideea de bază actuală în interpretarea influențelor psihosociale în psihopatologie este cea a echilibrului între factorii nocivi stresanți și cei protectori, la mijloc fiind vulnerabilitatea de fond și situațională. Totul ar putea fi figurat prin simbolul unei balanțe. Talerele acesteia pot înclina într-o direcție sau alta.

Figura XXX

Relația între vulnerabilitate, stresori și factorii protectivi



7.6. Factori compensatori și protectori

Aceștia variază foarte mult în raport cu vârsta, identitatea socială și personală, caracteristicile socio-culturale etc. Este deosebit de important ca ei să fie evidențiați și evaluați în fiecare caz dat, deoarece doar raportul dintre suma stresorilor și cea a factorilor protective anti-stresanți ne poate clarifica, cât de cât comprehensibil, o situație psihopatologică dată.

1. Relaxarea. Aceasta poate fi realizată psiho-corporal prin diverse tehnici (Jacobson, Schultz). Nu trebuie ignorată nici relaxarea normală pe care o realizează omul prin programele de odihnă, somn, relații sexuale, alimentare, excursii, plimbări, sport, participări la spectacole și sărbători, contemplări, receptarea muzicii, distracții sau tot ceea ce intră la capitolul “loisire”. Se cere realizată o evidență a raportului dintre angajarea tensionat responsabilă a individului în activități care de altfel pot fi tonice și stimulative și perioadele de dezangajare din acestea, compensate prin relaxare care crează stări de satisfacție pentru subiect. Pentru diverse persoane modul de relaxare și situațiile care induc satisfacție regeneratoare sunt diferite. Unele persoane devin vulnerabile prin faptul că nu știu să se relaxeze.

2. Satisfacțiile de viață. Acestea pot compensa, în mare măsură, stresorii negative. Satisfacțiile pot fi biologice, psihologice intime și psihosociale, existențiale. Ele pot fi circumstanțiale, ca rezultând din buna împlinire a unor proiecte și acțiuni, ca opusul eșecului și frustrării. Dar și constante, cum ar fi mulțumițiile resimțite zilnic în familie sau la locul de muncă. E de acceptat și un aspect structural, unele persoane fiind incapabile de satisfacții și bucurii; pe când altele potențează constant aspectul hedonic al existenței.

3. Sensul existențial. Se poate considera că există, pentru fiecare om, un sens de viață firesc ce nu necesită analize sau comentarii. Totuși, evenimentele și situațiile de viață pot conduce la împrejurări în care sensul existenței să-și piardă din consistență, să fie problematizat sau să dispară. Acest fapt se petrece de obicei după pierderi și eșecuri semnificative sau cumulate când lipsesc solicitările și aprecierile firești celor care contează pentru subiect, fapt ce conduce la scăderea stimei de sine, a apariției sentimentului lipsei de rost. Considerată în sens global și absolut, problema sensului existențial este insolubilă. Ea poate prinde cheag doar în relație cu probleme, situații, acțiuni și interacțiuni umane concrete. Esențială e angajarea subiectului în proiecte cu sens, realizabile și care decurg pozitiv. E firesc ca, creativitatea, prin sentimentul de împlinire de sine pe care îl realizează, să fie și ea un factor de nonvulnerabilitate.

4. Abilitățile social-pragmatice. Existența oricărei persoane se derulează, dintr-un anumit punct de vedere, prin rezolvarea unui ansamblu de situații problematice, care se pot intersecta și suprapune, din punct de vedere al amplitudinii desfășurării. Pentru a rezolva probleme efective, practice, subiectul trebuie să poată realiza o evaluare corectă a situației, să-și formuleze obiective posibil de atins, în raport cu resursele de care dispune și la care poate apela. Toate acestea presupun capacitatea de a realiza o strategie de acțiune și de a o transpune în practică. Un aspect important este cel al capacității de relaționare socială în vederea realizării de parteneri și susținători ai proiectului avut în vedere. Cu cât relaționarea socială în această direcție este mai performantă, cu atât rezultatul poate fi mai bun.

Abilitățile social pragmatice, capacitatea de a rezolva probleme implicând mai mult sau mai puțin pe alții – de la probleme tehnice la probleme sociale – este atât un aspect al vieții de zi cu zi cât și unul al

“situațiilor de criză”. Ambele interesează în cel mai înalt grad psihopatologia clinică.

5. Rețeaua de suport social. Orice persoană, la diverse vârste ale existenței sale, se află în relații relativ stabile cu alții. Pentru adult, considerat ca un cadru de referință, se poate face distincția între : - contactul interpersonal; - relația interpersonală; - legătura interpersonală. Ultima e mai stabilă, mai „adâncă” sufletește și presupune afectivitate. Adică faptul că celuilalt îi pasă de subiect, „rezonază” împreună cu el la evenimente pozitive și negative. Un subiect poate fi în relații și legături interpersonale mai mult sau mai puțin constante (stabile, intime) cu alții, care fac parte din diverse arii existențiale; - familia de origine și familia proprie; - colectivul în care individul își desfășoară educația, studiile, munca: - relațiile cu vecinii; - relațiile sociale în sens mai larg, ținând de prietenie, activități politice, religioase, de hobby. Se consideră că un subiect are un număr limitat de persoane cu care se află în relație (legătură) directă = rețeaua socială de gr.I, făcând parte din ariile menționate și ridicându-se, în medie, la 10-20 persoane. Cu acestea se întâlnește frecvent, față în față, desfășurând toate caracteristicile unei legături sufletești notabile. În afara acestora, fiecare persoană mai are și relații mai puțin directe (de gr.II), care constau din cunoștințele (și persoanele apropiate) ale celor cu care se află el însuși în raportare directă. Relațiile sociale de gr.III ar fi cele ale unor persoane pe care subiectul nu le cunoaște direct, dar la care are un acces ușurat prin rețeaua sa socială, de rangul I și II. Ideea rețelelor sociale concentrice care gravitează în jurul unei persoane sugerează metafora „câmpului”, prin comparație cu câmpul gravitațional. Rețeaua de gr.I, cea a legăturilor directe, trainice și pe care te poți sprijini, ar fi cea mai aproape de nucleul acestui câmp. Metafora trebuie să țină seama de dubla perspectivă, obiectivă

și subiectivă ce intră în joc. În perspectiva subiectivă persoana se poate simți legată de unele persoane care-l ignoră sau de ființe imaginare.

Pentru psihopatologie are importanță rețeaua de suport social (r.s.s.). Aceasta e constituită de obicei din persoane din rețeaua primară (rangul I) care se preocupă de/ și acordă un sprijin real persoanei aflate în dificultate. Sau cel puțin subiectul e convins că acestea procedează sau vor proceda astfel. Asepectul subiectiv e important, încrederea subiectului în faptul ca alții l-ar putea sprijini constituie ea însăși un suport psihologic. Între situațiile dificile care pot constitui motive de ajutor se înscriu: o pierdere importantă de bunuri sau bani, un conflict major, concedierea, un accident, criza familială, descoperirea unei infidelități, apariția unei boli grave în familie, neplăcerile unei rude apropiate, propria îmbolnăvire etc. Suportul social, (Gottlieb, 1982) pe care-l pot acorda alții, poate fi (după conceptualizarea lui Veil, 1985) instrumental și afectiv. Suportul instrumental se referă la sprijinirea în rezolvarea problemelor practice ale vieții curente. Cel afectiv se referă la faptul de a se plasa în situația de apropiere, comprehensiune, dialog și susținere morală, de încurajare, a celui aflat în dificultate. Un aspect special al acestui suport afectiv îl constituie „intimanța”, realizarea unei situații psihologice în care subiectul suferind simte că are în apropierea sa o persoană de încredere și fidelă. (Sarasson, 1983). Aceste relații pot crește nonvulnerabilitatea subiectului, îl pot face să reziste mai mult la variații stresori. Pe de altă parte, s-a demonstrat că r.s.s. joacă, pentru individ, un rol de filtru al stresorilor, atât în perioada infanto-juvenilă, cât și la adult sau la vârsta a treia. R.s.s. are un important rol în prognosticul tulburărilor psihice. Ea depinde, parțial, de caracteristicile persoanei premorbide. Dar, pe de altă parte, poate fi influențată de episoadele psihopatologice prin reducerea progresivă a capacității de relaționare, cât și prin stigmatizarea ce

rezultă din situația de bolnav psihic. Ep.pt. reduce r.s.s., iar acest fapt vulnerabilizează persoana pentru un nou ep.pt. Faptul s-ar adăuga altor factori prin care ep.pt. crește vulnerabilitatea, cum ar fi fragilizarea sistemelor de neurotransmisie. Vulnerabilitatea de fond poate fi compensată sau mascată prin factori psihosociali. Așa ar fi de exemplu factorii familiali și/sau sociali din nișa ecologică proprie. Și la fel, un statut social – de exemplu- profesional – care să convină particularităților caracteriale ale persoanei, subiectul identificându-se cu rolul său, fapt ce-i aduce satisfacții, stima de sine, relații și rețea socială crescută. O astfel de mascare a vulnerabilității, prin identificare cu rolurile sociale, a fost exemplar analizată de Tellembach și de Kraus, în legătură cu „tipus melancolicus”, persoană atașată excesiv de ordine, datorie și muncă. Identificarea persoanei cu rolul social poate conduce la bune performanțe sociale. Respectarea de către el a tuturor normativelor sociale îl poate pune în situația de a fi considerat, dinspre exterioritatea societății, ca „hipernormal”. De fapt, o astfel de persoană e, de obicei, deficitară psihic, fiind lipsită de spontaneitate, de imaginar, neputând suporta și depăși sintetic, creator situațiile ambigue, nereușind relații interumane intime, lipsindu-i capacitatea de a aprecia sărbătorile, jocul și, în general, capacitatea de a se bucura. Kraus (1987) a introdus conceptul de „nomopatie”, în sensul că, omul aparent hipernormal (supus excesiv normelor sociale) este un om, în fond, slab, vulnerabil. Schimbările, uneori inevitabile, ce se petrec în cursul vieții, pot face să cadă masca acestui suport pe care pe care-l constituie rolul social și de care subiectul vulnerabil s-a atașat, în spatele cărora „s-a ascuns” și să apară un episod depresiv sau anxios. O situație, până la un punct, apropiată de precedenta este cea a copiilor ce se doresc mereu premianți, mereu doar de nota 10, situație în care sunt valorizați, vulnerabilitatea fiind mascată tot de

performanță. Vulnerabilitatea este ușor de descifrat dat fiind faptul că note ceva mai mici sunt resimțite ca o frustrare, ca un atentat la stima de sine. O altă situație de mascare prin compensare o întâlnim în cazul unei persoane nesigure de sine, predispusă la anxietate și fobie socială, care trăiește lângă un partener puternic ce rezolvă toate problemele curente ale vieții și induce partenerului sentimentul protecției și siguranței; dispariția acestei persoane protectoare aduce la iveală vulnerabilitatea anxioasă ce era până atunci mascată.

Tema existenței unor factori compensatori ai vulnerabilității se înscrie într-o idee mai largă a înțelegerii de către OMS a disabilității, sănătății și funcționării. În manualul CIF publicat în 2001 se au în vedere ca factori ce pot influența disabilitățile – inclusiv în bine, compensator – factorii de mediu și cei personali. Între factorii de mediu sunt menționați : - produse și tehnologii (de uz personal, de comunicare, pentru educare, cultură etc.); - Mediul natural; - Sprijin și relații (familie, prieteni, cunoștințe, persoane necunoscute, profesioniști în domeniul sănătății etc.); - Servicii, sistem, politică. CIF se referă însă la persoane care au deja disabilități diagnosticabile, ca și consecință a unor boli care au dus la afecțiuni psihocorporale, la limitarea unor acțiuni și activități specific umane; și în final la deficite de integrare și participare la viață socială. Vulnerabilitatea este însă, în principiu, o stare de dinainte de boală, de tulburare și de apariția unui handicap definit. Totuși, ideea unor factori protectivi și compensatori funcționează și la acest nivel, în sensul contrabalansării acțiunii stresorilor și menținerii unui echilibru psihic.

7. 7. Perspectiva biografică a influențelor psiho-sociale

Psihopatologia a înțeles, de la începutul dezvoltării sale că istoria biografică este o cheie a înțelegerii persoanei, în perspectiva sa normală și

anormală. Tema înțelegerii biografice este însă extraordinar de complexă. Psihanaliza a avut în vedere relațiile nou-născutului și copilului mic cu părinții în primii ani de viață ca posibili factori de vulnerabilizare, cu rol important în etiopatogenie. Actualul cognitivism pune și el accentul pe învățările distorsionate din prima copilărie. Diverse analize psihopatologice au căutat bazele etiopatogenetice ale tulburărilor mintale în influențele relaționale, educative, formative ale copilului, mai ales din primii ani de viață. Ulterior, atenția s-a concentrat asupra unor perioade mai îndelungate ale biografiei, incluzând principalele evenimente ale acesteia, atât cele care țin de ciclurile normale de viață cât și de evenimente deosebite. Abordarea familială sistemică a psihopatologiei, mai ales în intențiile sale psihoterapeutice, a analizat perioadele formative ale copilului în contextul complexelor interrelații familiale. Sistemul de foaie de observație standardizată AMDP încearcă să cuprindă într-o matrice principalele evenimente semnificative din istoria unui pacient. Un inventar biografic detaliat este însă extrem de dificil.

Sistemul de diagnostic ICD-10, capitolul F pe axe propune și el o variantă, indicând ca pe axa III să fie trecute probleme ale existenței indicate prin codurile Z. Dintre acestea sunt selecționate următoarele:

- Probleme corelate evenimentelor negative în copilărie Z 61-61
- Probleme corelate învățământului și educației Z 59
- Probleme corelate grupului de suport primar
incluzând circumstanțele familiale Z 63
- Probleme corelate ambianței sociale Z 60
- Probleme corelate locuirii și circumstanțelor economice Z 54
- Probleme corelate muncii angajate și șomajului Z 56

- Probleme corelate ambianței fizice Z 57 - 58
- Probleme corelate unor circumstanțe psihosociale Z 64
- Probleme corelate circumstanțelor legale Z 65
- Probleme corelate istoriei familiale de boli sau
disabilități Z 81 - 82
- Probleme corelate stilului de viață și dificultăților
de management ale vieții Z 72 – 73

Sugestiile sistemului de diagnostic pe axe a ICD-10 acoperă aspecte importante ale biografiei persoanei. Dar, așa cum e inevitabil într-un sistem standardizat, nu asigură o procedură care să specifice momentul sau perioada de viață la care respectiva problemă se referă. Oricum, accentul este pus pe influențele de durată din familie, pe cele educative, școlare, de la locul de muncă, din ambianța socială proximă. Evenimentele secvențiale sunt avute în vedere mai ales în perspectiva schimbărilor de viață și readaptării la noi condiții. Astfel, ceea ce era conceput ca “psihotraumă” sau eveniment de viață înalt semnificativ în psihopatologia clasică germană, se estompează pe fundalul ambianței care influențează cursul vieții, așa cum sugera deja Petrilowitsch. Evenimente deosebite cum ar fi de exemplu moartea unei persoane apropiate, a unui membru al familiei sau un eșec școlar, o disponibilizare la serviciu etc., sunt și ele încadrabile în liniile de desfășurare a unor cicluri de viață. Evenimentele realmente neprevăzute și stresante sunt abordate ca o excepție

Comentariul din sistemul de diagnostic pe axe ICD-10 și a sistemului IGDA a lui Mezzich (2003) care-l dezvoltă, este interesant deoarece sugerează o concentrare a ariilor problematice în care se desfășoară

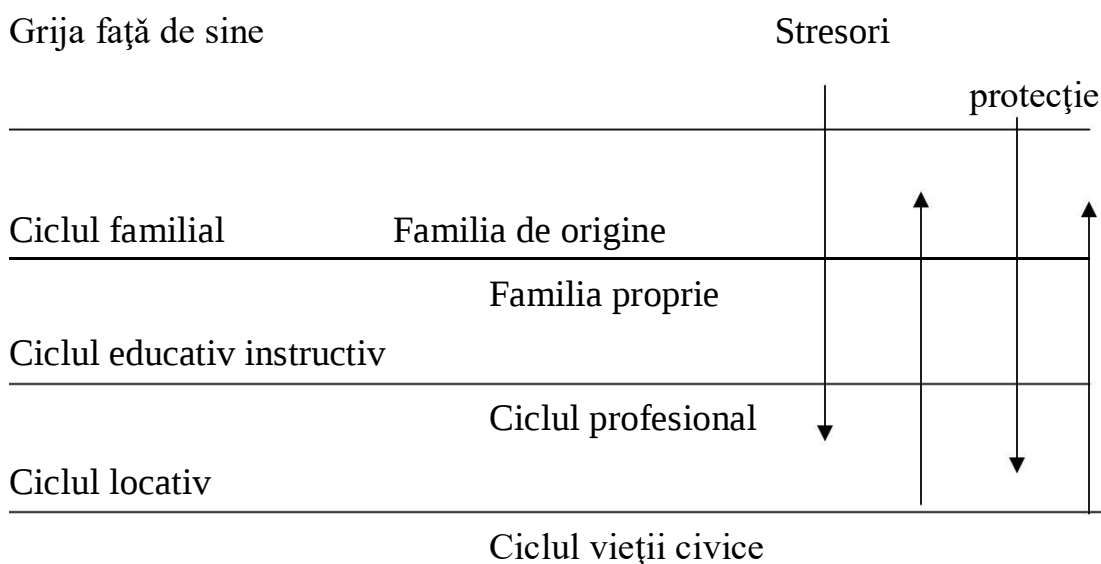
evenimentele de viață realmente importante în biografia unui om. Pe axa II a sistemului de diagnostic respectiv sunt avute în vedere pentru o evaluare actuală a disabilităților, principalele arii de funcționare psihosocială ale persoanei care se reduc la 4 domenii: - îngrijiri personale; - ocupația, incluzând activitățile de studiu, de activitate în gospodărie sau muncă remunerată; - familia și funcționarea în context familial, parental, rude etc.; - funcționarea în context social apropiat. Dacă se compară ariile de evaluare a funcționării performante cu cele din care se consideră că pot apare principalele influențe psihosociale negative, se constată că sunt în principiu aceleași. De fapt și diagnosticul pe axe DSM-IV identifică aceleași zone ale posibیلilor stresori psihosociali, diagnosticabili pe axa IV; și care sunt : - probleme cu grupul de suport primar; - probleme corelate ambianței sociale; - probleme educaționale; - probleme ocupaționale; - probleme locative; - probleme cu serviciile de sănătate; - probleme de interacțiune cu sistemul legal.

Faptul că aceleași mari domenii ale vieții – ale ciclurilor vieții – sunt cele în care se manifestă competențele și cele din care derivă cele mai frecvente evenimente de viață stresante, este completat de faptul că tot acestea sunt ariile din care provine rețeaua de suport social și în care se realizează principalele satisfacții, se desfășoară parametrii calității vieții sau se exprimă nevoile pacientului. Privind astfel lucrurile, biografia poate fi analizată prin desfășurarea în paralel a câtorva cicluri ale vieții pe care cursul existenței personale – așa cum îl concepea Erikson și Levinson – le centrează. Această centrare poate fi comparată cu centrul unui câmp gravitațional. E vorba de ciclul familial – al familiei de origine și a celei propriu constituite – de ciclul educativ instructiv și cel al manifestării în profesie, de ciclul locativ, al locuirii în intimitate care se polarizează cu

existența civică, publică. În toate aceste zone există relaționări sociale importante pentru subiect. O boală somatică sau psihică le implică pe toate, are răsunet în toate aceste linii paralele ale ciclurilor vieții.

Figura XXXI

Interferențe între ciclurile vieții în biografie și tulburarea mentală



Stresori circumstanțiali - tulburarea mentală - Funcționare

Satisfacții

Toate aceste cicluri paralele ale vieții pot fi deci surse pentru :

- Formare, dezvoltare, împlinire, satisfacții, sens existențial, calitate a vieții, fericire;
- Protecție, legături semnificative, grijă, suport, susținere;
- Zone de manifestare a abilităților, competențelor, talentelor, creativității;
- Surse de frustrare, eșecuri, pierderi, schimbări de viață cu semnificație pozitivă sau negativă, surse de solicitări excesive, de psihotraume;

Diversele influențe psihosociale sau manifestări de viață relaționale se pot potența în bine sau rău, se pot compensa. Multe influențe pot fi prin ele însăși minore, dar cumulate în timp și potențate de influențe ce vin din zona

altor cicluri, pot duce la cumulări progresive în cadrul “câmpului existențial” centrat de subiect. Astfel încât la un moment dat un eveniment aparent minor să producă o fisură sau o ruptură. Ideea ar putea fi urmărită până la un punct în conformitate cu modele matematice care au fost utilizate cu succes în fizică, biologie sau sociologie, așa acum ar fi “determinismul nonlinear” și “teoria catastrofelor”. Problema necesită atenție deoarece, de când s-a renunțat la conceptual vag de determinism “endogen” psihopatologia caută modele pentru determinismul unor tulburări care aparent se instalează fără o cauză actuală “evidentă”. Doctrina vulnerabilitate/stres poate fi o sugestie în acest sens, mai ales dacă se are în vedere și “determinismul nonlinear” ce se manifestă în “câmpul” pe care-l formează în jurul persoanei liniile paralele ale principalelor sale cicluri de viață.

Doctrina vulnerabilitate/stress este îndreptată în direcția etiopatogeniei. Ea urmărește condițiile care favorizează apariția unui stress psihopatologic. Dar, această perspectivă, chiar atunci când identifică factorii determinanți, nu poate da socoteală de însăși ansamblul manifestării patologice, a structurii și conținutul acestei manifestări. Aceasta derivă din interioritatea structurii funcționale a psihismului, ca o actualizare distorsionată a unor aspecte ale acestei structuri. În această direcție contribuția importantă a adus orientările evoluționiste, cognitiviste și fenomenologic a psihologiei.

7.8. Reziliența

„Reziliența” a fost definită ca un fenomen sau proces care reflectă o adaptare pozitivă a copilului în ciuda experimentării unor semnificative adversități sau traume. (Spencer, 2000) Conceptul e supraordonat, presupunându-l pe cel de adversitate și pe cel de adaptare. Oricum, el se referă la raportarea individului față de influențele psihosociale negative intense și persistente. Alte probleme conceptuale conexe se referă la : -

adaptarea de moment și cea tardivă, ce rezultă din dezvoltarea ontogenetică, - înțelegerea factorilor de risc, cei ce conduc la vulnerabilizare și a factorilor protectori, intrinseci și extrinseci, pe termen scurt și pe termen îndelungat, - relațiile dintre vulnerabilitate, competențe și psihopatologie, - evaluarea dezvoltării persoanei prin măsurarea unor parametrii în diverse circumstanțe și momente.

Conceptul de reziliență s-a dezvoltat după anii 70 ai secolului XX, în aceeași perioadă în care s-a conturat și cel de vulnerabilitate. Studiind copii schizofrenilor Garmezy (1974) a întâlnit printre aceștia unii care aveau, în mod surprinzător, un nivel înalt de adaptabilitate. Antony (1974) a descris un grup de copii „invulnerabili” care rezistă la manifestările psihopatologice ale părinților, față de care au chiar compasiune. La fel Rutter (1979; 1985) a descris un grup de copii „rezistenți”, ce trăiesc cu părinți bolnavi psihici sau cu comportament neadecvat și care se caracterizau printr-o înaltă creativitate, eficacitate și competență. Murphy și Moriasty (1976) studiind copiii expuși la repetate injurii intrafamiliale, la moartea părinților etc, au constatat la unii o bună adaptare și bune competențe; aceștia erau caracterizați prin faptul că relaționau ușor cu alții, aveau capacitatea să experimenteze dar și să-și contureze emoțiile și expresia lor. Toate aceste studii inițiale se refereau la copii din familii cu boli psihice și probleme majore, fapt ce implica un factor sau o presupusă vulnerabilitate genetică. Și de asemenea, ele au evidențiat prezența unor competențe speciale la copii rezilienți, competențe care exprimă adaptabilitatea, dar o și mediază. De aceea în anii 80 s-au lansat proiecte de studiere și promovare a dezvoltării competențelor în perioada developmentală în ideea că dacă există o vulnerabilitate și factori de risc ambientali, dezvoltarea competențelor poate fi un factor protector.

Psihiatria și psihopatologia developmentală ce a început să se dezvolte în aceeași perioadă, a luat în considerare situația de expunere a copilului la riscuri ambientale, la situații stresante. S-a stabilit pe deasupra că unele situații obiective se pot constitui în factori protectori care funcționează în cadrul unui proces. Rutter (1987) a arătat că băieții reacționează mai intens la discordia familială; deci a fi fată este un factor protector. Dar pe de altă parte confruntarea cu situațiile stresante, adverse și de risc exterior, pot fi asistate, pentru ca riscul să se reducă. Copilul poate fi pregătit în fața întâlnirii cu o situație stresantă (de ex. spitalizarea), poate fi susținut în această perioadă (prin prezența unei persoane de încredere), pot fi îndepărtate lanțuri cauzale care să perpetueze factorii de risc, poate fi susținută și crescută stima de sine a copilului, pentru ca acesta să fie mai rezistent, etc. Se naștea astfel ideea intervenției active pentru a susține reziliența, prin creșterea competențelor și asistarea celor expuși.

În urma studiilor efectuate, la sfârșitul sec.XX se conturaseră câteva constatări : - „Locusul” rezilienței este atât în individ cât și în ambianța proprie (ca factori suportivi), reziliența fiind în esență un proces interactiv. – Reziliența e un proces fluctuant, ea nu se instituie odată pentru totdeauna și pentru orice eventualitate. – Reziliența nu trebuie evaluată doar după comportament, după performanțele exterioare; se cere ținut cont și de trăirile interioare ale subiectului. – Reziliența se cere evaluată diferențiat, în funcție de mai multe domenii, școlar, emotiv, general social, etc.

*

* *

Factorii adversivi pe care i-a luat și îi ia în considerare reziliența – influențele psihosociale negative, în înțeles de stresori prelungiți, de factori de risc – s-au referit de la început și tot timpul la ambianța umană proximală, la familie în primul rând. Exemplele tipice au fost: - o familie în care unul din membrii, din părinți, mama în primul rând, suferă de o boală psihică cronică; - familie cu un membru suferind de o boală predominant somatică prelungită, care necesită îngrijire permanentă și induce o atmosferă psihologică aparte; - abuzul persistent în familie, fizic, psihologic, sexual; - familia dezorganizată cu comportamente aberante, anomice; - familia incompletă sau cu funcții incomplete, frustrantă, cu dolii repetate; - neglijarea educativă intrafamilială și din mediu proximal, în ambianțe anomice. Toate aceste influențe adverse se exercită o perioadă îndelungată și au o semnificație negativă deosebită pentru psihismul copilului. Desigur, există specificitate în ceea ce privește vârsta la care situațiile adverse acționează asupra copilului.

Caracteristic pentru programele de studiere a rezilienței este faptul de a nu considera aceste aspecte doar în sens global, ci diferențiat. Adică, într-un sistem familial sau de ecologie umană cu probleme, sunt de luat în considerare factori adversivi, factori stimulativi, protectivi sau care permit alianțe ce favorizează dezvoltarea. Abordarea multinivelică a contextului psihosocial, specifică psihologiei developmentale, este una din cheile de înțelegere a fenomenului. Într-un sens similar, abordarea în perspectivă nu doar sistemică ci longitudinală, poate clarifica existența unor factori compensatori, protectivi. Acest mod de abordare susține opinia actuală, că reziliența este un proces fluctuant, care se joacă în permanență prin influențe reciproce cu ambianța, prin alianțe cu aspectele pozitive ale acesteia. Cazurile cele mai reușite de reziliență sunt acelea în care dispozițiile și

particularitățile pozitive ale individului găsesc un parteneriat pozitiv în câteva „locusuri” cheie ale mediului developmental.

*

* *

Încă din perioada lansării conceptului de reziliență, în anii 70, 80, s-a atras atenția asupra unor factori intrinseci ce favorizează reziliența. E vorba de copii ce au anumite particularități de la început ca : inițiativă, eficacitate, un „locus de control interior” asupra acțiunii, creativitate, bună capacitate de relaționare socială. Acești copii au o serie de competențe de asertivitate, au capacitatea de a deține competențele firești ale vârstei, pot ajunge la o identitate și stimă de sine, pozitivă.

Copilul rezilient este activ, spontan, cu inițiativă și tendințe prosociale, cu o bună capacitate de intuire, de imaginare creativă și de eficacitate executivă în acțiunile și reacțiile la care participă. Este vorba de copii care dezvoltă un „locus interior de control” asupra acțiunii. Dar care au și o spontaneitate interioară în ceea ce privește motivația și inițierea acțiunii, nu doar controlul desfășurării acesteia. Toate studiile empirice asupra rezilienței au relevat capacitatea de „eficacitate”, de a rezolva pozitiv situațiile, proiectele, lucrurile. Eficiența și eficacitatea la rândul lor susțin stima de sine, identitatea și coerența sinelui, asimilarea și afirmarea competențelor specifice perioadei developmentale, sentimentul identității cu sine și al autonomiei, în contextul deschiderii spre comunicare și relaționare interpersonală.

Copii rezilienți dovedesc o bună capacitate de autocontrol a emoțiilor și pulsionilor, a emoțiilor sociale în primul rând. Ei trăiesc efectiv emoțiile și relaționarea socială dar nu sunt dominați de nivelul emotiv și își pot controla expresia emoțiilor. Deci, nu e vorba de copii anafectivi sau fără emoții. O

direcție specială de studiere a copiilor rezilienți arată că aceștia au capacitatea de a simți și resimți în profunzime relațiile și raportările interpersonale; ce nu sunt superficiale și „nu joacă teatru” mimând relațiile sociale, ci sunt „autentici” în trăire. Autentici afectiv, cu umor și controlați.

La celălalt pol, extrinsec, s-a constatat că reziliența e favorizată de o relație bună, sigură de atașament. Aceasta nu trebuie să fie neapărat cu mama, ci cu o „figură de atașament”, cu un îngrijitor („caregiver”) semnificativ din cadrul familiei sau un frate sau o soră mai mare care acceptă o poziție psihologică ce are o astfel de semnificație de proximitate psihologică, ce oferă siguranță și poate fi punct de plecare pentru asimilări reprezentative protectoare. În plus, astfel de persoane de atașament pot juca un rol important nu doar în perioada dintre 1-3 ani când această relație se constituie, ci și ulterior. Copiii rezilienți prezintă deci o relație strânsă, stabilă, cu o persoană reprezentativă, securizantă, de încredere, ce asigură un bun parteneriat protectiv.

Pe lângă rolul unei persoane stabile cu valențe de atașament și suport – dar și de confirmare, sprijin, dezvoltare, dialog, alți factori pe care studierea cazuisticii i-au relevat sunt: - Rolul posibil pozitiv al ambianței și persoanelor din mediul școlar educativ; Rolul colegilor și prietenilor („peer”), deci a relațiilor cu persoane apropiate de aceeași vârstă; Rolul ambianței socio-culturale, cu valențele ei stimulative dar și posibil rejectante, frustrante, stigmatizante.

Toți acești factori au fost abordați și într-o perspectivă sistemică, a „câmpului ecologic” cultural, după un model derivat din cel al „câmpului psihologic” teoretizat de Lewin. Abordare care, a permis și permite și o abordare concomitentă din perspectivă fenomenologică, în sensul felului în

care subiectul resimte și înțelege lumea umană în care se dezvoltă. Lume ce poate fi în ansamblu și în detaliu frustrantă, ostilă, provocatoare, stimulantă.

Într-o perspectivă sintetică reziliența developmentală poate fi caracterizată prin: Un „locus” intern al motivației și controlului acțiunii, cu spontaneitate, interes, curiozitate, explorare, inițiativă, toate integrate armonic și bine ținute sub control. Capacitatea de a iniția acțiuni dar și de a le duce până la capăt cu eficiență și naturalețe: - Faptul de a se adapta deschis împrejurărilor, situațiilor noi, de a fi maleabil în raport cu circumstanțele; dar în același timp perseverent și consecvent cu sine; - O bună imaginație protectivă; - O bună inteligență emotiv practică, în sensul de a rezolva eficient, cu aparență ușurință și lipsă de strădanie, problemele curente ale vieții de zi cu zi. În această direcție e favorabilă o suficientă creativitate; - O bună capacitate de autoreglare a emoțiilor sociale. Bună disponibilitate pentru relaționarea socială, spre contact și comunicare, spre căldură afectivă; - Atașament sigur cu o persoană ce reprezintă o figură de atașament semnificativă. Acest atașament e important să funcționeze ca o relație constantă de-a lungul copilăriei cu o persoană aflată undeva în cercul de cunoștințe accesibile; deci, nu e nevoie să fie o persoană neapărat din familie, dar să fie totuși reprezentativă pentru imagoul unuia din părinți, a unui frate mai mare sau a unei poziții asemănătoare. O stimă de sine pozitivă, constant autoîntreținută. Autonomie crescută. Un nivel crescut de competență mai ales în direcția afirmării, asertării în plan social. O bună empatie, capacitate de relaționare socială, altruism, generozitate. Autenticitate; să răspundă la întrebări dificile cu răspunsuri corecte. Umor, chiar și în situații dificile. Moralitate crescută (Walsh).

Se cere evidențiat că însăși conceperea rezilienței derivă din înțelesul pe care lumea recentă și actuală îl conferea omului normal-ideal. Acest ideal de

normalitate, înaintea oricărei idei de copil rezilient, susține că omul, pentru a fi sănătos și bine sufletește, trebuie să fie: - activ, sociabil, performant, eficient, autocontrolat, încrezător în sine, adaptat unor împrejurări variabile, cu inițiativă și asertiv, etc. Acest ideal de om sănătos și normal pe care copilul rezilient al zilelor noastre îl urmărește și-l realizează, e diferit de idealul de om sănătos psihic și normal din culturile de acum un secol, fie ele islamice, budiste sau creștine; Și e diferit chiar de idealul omului normal de la începutul secolului XX, când a început să se constituie psihanaliza lui Freud. Performanța socială și succesul ca și criteriu al normalității reziliente este, în plus, distinctă de creativitatea valoric culturală propriu-zisă.

În prezent sensul rezilienței s-a lărgit, cuprinzând nu doar perioada developmentală ci întreg parcursul desfășurării existenței persoanei de-a lungul ciclurilor vieții. Au fost astfel reconsiderate și integrate în perspectiva unei psihopatologii developmentale înțeleasă în sensul larg și adversitățile psihosociale intense și prelungite de la vârsta adultă. Studiarea acestor aspecte e în curs de desfășurare. O atenție deosebită se acordă în prezent procesului de reziliență la vârsta a treia în perspectiva gestionării resurselor pentru o îmbătrânire echilibrată, realizată „cu succes” (Greve, 2006).

În perspectiva longitudinală a întregii vieți sunt expectate multiple evenimente și perioade stresante, pierderi și schimbări (Standing). Se are în vedere însă și marea plasticitate a psihismului uman, resursele și rezervele de care el în permanență poate dispune; precum și factorii contextuali care nu sunt doar stresanți ci și stimulativi și suportivi. În ultimele decenii mai ales, metamorfozele frecvente și rapide ale contextului uman, al ambianței în care persoanele își desfășoară viața, au devenit un fapt comun, cu care oamenii au ajuns să se obișnuiască. Astfel încât vârsta adultă târzie și procesul de îmbătrânire este înțeles și se desfășoară în zilele noastre altfel

decât în urmă cu 50, 100 ani. La aceasta contribuie și nivelul de civilizație, cunoștințele medicale și măsurile de igienă, alimentația și informația. Mai joacă un rol concepția generală actuală despre viață și lume, abordarea cognitivă rațională actuală a psihismului uman, care invită fiecare persoană să învețe să se cunoască și să-și gestioneze viața, să se implice în existență cu responsabilitate pentru sine și pentru alții, cu grija pentru demnitatea vieții altora și pentru propria demnitate.

Se pune astfel accent deosebit pe plasticitatea psihică a omului, pe aspectul tranzacțional al existenței sale, pe dialectica între continuitate și discontinuitate. Desfășurarea vieții e considerată ca fiind multidimensională și multifacetată, marcată de intra și intervariabilitate. Oamenii sunt stimulați să fie activi și să-și autoregleze comportamentul. Existența personală se desfășoară având la bază o serie de „proiecte personale”. Această idee care a fost intuită de filosofia existențialistă este urmărită în prezent în mod empiric. Proiectele de viață au în vedere diverse durate temporale și presupun o negociere constantă între individ și factorii ambianței umane. În această perspectivă, reziliența se realizează și la vârsta adultă, ca un produs al interacțiunii între persoană și context, ca rezultat al unui proces de continui negocieri și interacțiuni. Dezvoltarea reușită a persoanei la vârsta adultă și la bătrânețe presupune, la fel ca reziliența din perioada copilăriei, o serie de factori intrinseci și extrinseci. Unul din factorii importanți e considerat a fi autonomia de care reușește să dea dovadă adultul. Alt factor îl constituie capacitățile sale de „coping” și de gestionare a resurselor pe care le are la dispoziție. În orice caz, la aceste vârste se pune un accent mai mare pe implicarea persoanei, pe autodeterminarea ei. Îmbătrânirea cu succes, cu o viață frumoasă la vârsta a treia, e considerată nu doar posibilă ci ea se realizează efectiv în practică, fapt constatabil și în prezent studiat de

psihologi. La fel ca pentru copii, e utilă însă și la această vârstă intervenția activă, „asistarea” procesului de reziliență, direcție în care se desfășoară multiple programe.