

Anormalitate vs. boala psihică din perspectiva teoriei vulnerabilității

[Nr.2-3/2000](#) | Autor: [Mircea LAZARESCU](#)

ABSTRACT

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

Mircea LĂZĂRESCU*

Clinica Psihiatrie „Eduard Pamfil“ Timișoara

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

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

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

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

După anii '70 și până în prezent s-au cumulat continuu argumente valide pentru a susține faptul că o parte a tulburărilor de tip psihiatric pot fi incluse în modelul medical. Că o consecință, OMS își menține „Divizia de Psihiatrie”. Și la fel, Asociația Mondială de Psihiatrie (WPA) se consideră în esență să aparținând grupului de științe și practici medicale. Iar ultima versiune a clasificării internaționale a bolilor (ICD-10, 1998) are un capitol special (F) dedicat „tulburărilor psihice și comportamentale”. În spiritul acoperirii interfeței dintre tulburarea psihică clinică și normalitatea înțeleasă în sens larg, sistemul ICD-10 introduce codurile suplimentare Z în cadrul cărora pot fi identificate și evidențiate prin codare situații umane precum: Z55 = Probleme legate de educație și învățământ; Z56 = Probleme legate de serviciu și șomaj; Z59 = Probleme legate de circumstanțe domestice și economice; Z60 = Probleme legate de mediul social; Z61 = Probleme legate de evenimente negative de viață, din copilărie; Z62 = Alte probleme legate de educație; Z63 = Alte probleme legate de grupul de suport primar, incluzând circumstanțe familiale; Z72 = Probleme legate de stilul de viață; Z73 = Probleme legate de dificultăți de management al propriei vieți. Deci, psihiatria ca ramură a medicinei nu ezită să țină cont de diverse situații problematice ale existenței umane care nu pot fi

etichetate că boli. În concluzie, nu poate fi ignorat faptul că mișcarea antipsihiatrică a stimulat pe lângă „umanizarea“ spitalelor de psihiatrie și actuala orientare în direcția psihiatriei comunitare; însăși reorientarea nosologiei psihiatrice. S-ar mai putea adăuga faptul că actuala orientare în direcția calității vieții în psihiatrie poate fi corelată cu această mișcare (Lăzărescu, 1999).

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

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

În alți termeni și cu o altă concepție, același scenariu este reafirmat de doctrina cognitivist-comportamentalistă. Precum și de multe altele; care, de altfel se

leagă (inconștient) de observațiile și interpretările de bun simț ale psihopatologiei clasice germane reprezentată de K. Jaspers, E. Kretschmer, K. Schneider, N. Petrilowitsch, E. Binder.

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

În esență modelul vulnerabilitate/stres avansează următoarele ipoteze:

a) Terenul joacă un rol important în apariția stărilor malade; persoanele cu un teren vulnerabil (predispus) pentru diferite suferințe somatice și psihice în general (sau pentru unele anume), ajung că în anumite împrejurări să realizeze mult mai repede și ușor decât altele (în aceleași circumstanțe sau în circumstanțe specifice) o stare de reactivitate malativă și apoi de boală.

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

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

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

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

Doctrina vulnerabilitate/stres s-a dezvoltat în paralel cu concepția americană a diagnosticului pe axe. Starea psihopatologică este codificată pe axa I, iar personalitatea (trăsături constante rigide ale caracterului = „traits“) pe axa ÎI. Multiple studii sistematice au arătat frecvența mare a corelațiilor dintre axa I și ÎI (a se vedea Zuckerman, 1998), astfel încât în multe cazuri se poate considera că tulburarea personalității exprimă fixarea – sau oprirea temporară – la nivelul structurii psihice a procesului de vulnerabilitate.

Pe lângă trăsăturile specifice fiecărui tip de personalitate particular-patologică care o caracterizează prin stilul specific de relaționare interpersonal-socială prin comportament și expresivitate în general, în cele mai multe cazuri se pot identifica și un ansamblu de caracteristici ce indică tocmai vulnerabilitatea subiectului înțeleasă că nede dezvoltare armonioasă (Lăzărescu, 1994). Dintre acestea am putea enumera: 1) Nerealizarea și prezenta unei autonomii psihice suficiente (în sens de independentă, în corelație cu o bună intercomunicare, identificare reciprocă, colaborare interpersonală); 2) o insuficientă și echilibrată identitate cu sine (și de asemenea stimă față de sine în conjuncție cu deschiderea și dialogul față de alții); 3) o toleranță redusă la frustrare atât în perspectiva

trăirii subiective cât și a reactivității; 4) o insuficientă spontaneitate și intenționalitate în raportarea față de ambianța proximală, față de alții și lumea umană, cu dificultăți în relaționarea cu ceilalți; 5) capacitate redusă în rezolvarea problemelor practice și în faptul de a face față coping-ului la situațiile de viață stresante inevitabile; 6) insuficientă capacitate de autocontrol al impulsurilor și proiectelor de acțiune, că perseverență și finalizare; 7) o insuficientă capacitate de relaxare, de obținere a unor satisfacții de viață, a capacității de a se bucura; 8) o conștiință morală neechilibrată în contextul cultural și ideologic dat.

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

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

Același lucru se poate spune și despre afirmarea subiectului prin roluri sociale, aspect care se află în strânsă interrelație cu tocmai – comentata rețea socială. Rolurile sociale, mai ales cele profesionale se află într-un alt plan decât cel al legăturilor interpersonale nemijlocite care stau la baza rețelei de suport social. Totuși ele se articulează cu acestea, oferind în același timp o șansă de afirmare

și satisfacție, de identitate și sens. Sau, prin eșuarea performanței la acest nivel, favorizează trăirea frustrării, neîmplinirii, eșecului, lipsa de sens; deci, un câmp al posibilelor afirmări pozitive sau negative ale persoanei, cu toate consecințele psihopatologice ce ar putea decurge din acestea.

Statutul relativ impersonal al rolurilor sociale creează șansă că subiectul să se atașeze acestora, să se identifice cu ele, cu o funcționalitate socială structurată de normativitatea ce le definește, ascunzând astfel deficiente în dimensionarea propriu-zis personală, prin aspecte că cele enumerate mai sus. Ajungem la ceea ce Kraus (1977) a numit *nomopatie*. Adică la existența individului ce apare că „hipernormală” deoarece el execută cu multă conștiinciozitate (uneori chiar cu perfecțiune) prescripțiile normative ale rolurilor sociale. Dar, lipsindu-i spontaneitatea, inițiativă, imaginarul, îndrăzneala de a rișcă (și faptul de a suporta frustrarea pe care pierderea o implică), incapabil de joc, relaxare și bucurie, fără capacitățile de creație și generozitate autentică.

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

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

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

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

Tot din perspectiva macro-social-culturală, spirituală și istorică, în definirea anormalității și bolii psihice joacă un rol important concepțiile și cunoștințele, mai mult științifice, sau mai mult doctrinare – asupra problemei nebuniei (a psihopatologiei, a bolilor mentale) care sunt funcționale în respectivul organism social. Și de asemenea, instituțiile care în mod oficial sunt destinate să rezolve problemele respective: azile, spitale, cabinete de consultații, spitale de zi, cabinete particulare, servicii de reabilitare etc. Astfel, actuala orientare înspre psihiatria comunitară acordă importantă nu doar cazurilor evidente de patologie psihică ci, așa cum deja s-a menționat și grupelor populaționale cu risc crescut. Precum și situațiilor de „criză psihică“, care pot beneficia de „consiliere“ sau „intervenție în criză“.

Medicina are ca și concept central pe cel de „boală“. Acesta se detașează însă întotdeauna ca o figură pe fondul anormalității, înțelegând că o negare sau o depășire a normalității.

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

Anormalitatea psihică a indivizilor poate fi discutată doar în corelație cu o presupusă „normalitate“. În privința normalității – biologice și psihice, precum

și într-un sens sintetic „bio-psihic“ – au fost avansate câteva formule ce au devenit tradiționale. Se acceptă astfel că normalitatea poate fi înțeleasă că:

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

Perspectiva mediei statistice este în esență ei „dimensională“.

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

În perspectivă ostensivă am putea susține că normalitatea ideală funcționează în permanentă în orice socio-cultură determinată, prin: normativitatea legilor explicite, prin cutume, prin sistemul educațional în funcțiune și mai ales prin eroii ideali vehiculați și susținuți de epopei, legende, povești, romane, istorii, discursuri, filme, produse ale mass-media, toate acestea selecționând un anumit om-tip-ideal în jurul căruia se configurează normalitatea ideală respectivă.

c) În ultimele decenii – s-a mai adus în discuție și așa-zisa „normă responsivă“ (Kolle). Aceasta se referă la măsura în care un subiect concret-real poate face față cu succes pretențiilor pe care i le pretinde un anumit statut și rol social. De fapt, cu aceasta ne aflăm în zona de interferență între psihopatologia clinică și

problematica psihopatologico-socială. Problema nu e deloc neglijabilă, dat fiind faptul că interesul comunității se orientează în ultima vreme tot mai mult spre performanță. Dar, rămâne deschisă problema în ce măsură un om e întru-totul normal în măsura în care execută fără comentarii și inventivitate prescripțiile rolului social pe care-l exercită.

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

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

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

Din cauza afectărilor și dizabilităților, indivizii pot avea dificultăți în (sau pot fi în imposibilitatea) de a exercita diferite roluri sociale: de soț, părinte, șef de gospodărie, exercitarea unor profesii sau a unor roluri socio-politice. Aceste

deficiente au fost numite handicapuri sociale. În prezent OMS preferă formularea: „deficiente de integrare socială“ (C.I.A.D.H. – 2, 1977).

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

Pentru un ultim comentariu revenim la deschiderea pe care a realizat-o doctrina vulnerabilitate/stres în ceea ce privește relația dintre normalitate, anormalitate și boală psihică. În această arie s-a dezvoltat în ultimii ani direcția de cercetări grupată sub denumirea generică de „psihopatologie dezvoltamentală“. După sinteza realizată prin cartea de referință a lui Rutter (1985), au apărut noi bilanțuri ale acestei paradigme de studiu, aflată în plin avânt. Menționăm monografia editată de Cichetti și Cohen (1995). Principalele caracteristici ale orientării acum invocate sunt următoarele: studierea concomitentă și în paralel a variantelor normale, deviate și patologice în perioada dezvoltării ontogenetice și a ciclurilor vieții la vârsta adultă. Studiile sunt realizate într-o manieră pozitivistă și longitudinală, avându-se în vedere cât mai multe perspective teoretice și interrelații între constatările factologice posibile. Acest fapt presupune coordonarea cercetărilor întreprinse de diverși specialiști în genetică, în studierea embriogenezei, a perspectivei neurode dezvoltamentale și a dezvoltării corporale generale a individului uman, specialiști în psihologia genetică (de diverse orientări doctrinare dar bazate cât mai mult pe observația pozitivistă și pe experiment), cei ce se preocupă de aplicarea etologiei la înțelegerea psihologiei umane și de relația mamă-copil în primul an de viață (inclusiv teoria atașamentului), specialiștii ce studiază relațiile intrafamiliale în cursul ontogenezei și ulterior, relațiile copilului cu frații și colegii de generație (prin joc și în cadrul școlii), influențele psihice ce se realizează asupra indivizilor în instituțiile educative, influențele factorilor micro- și macro-sociali, a celor transculturali etc. Sunt studiate amănunțit grupurile populaționale ale copiilor „cu risc crescut“ pentru deviate psihopatologice. Și la fel, depășirea diverselor perioade critice, rezistența sau decompensarea în fața unor factori stresanți ce acționează la diverse vârste. Studii speciale se referă la perspectiva

longitudinală, la evoluția în timp a unor deviate psihopatologice minore, la persistența sau dispariția (compensarea, discontinuitatea) unor episoade de tulburare psihică la vârsta infanto-juvenilă în raport cu psihopatologia vârstei adulte. A fost introdus conceptul de „elasticitate” developmentală („resilience”) și cel de non-vulnerabilitate. Se studiază de asemenea interconexiunea dintre perturbarea diverselor funcții psihice sau legătura dintre o tulburare izolată și evoluția de ansamblu a psihismului (de exemplu dificultatea de atenție în raport cu stabilirea relațiilor sociale, relaționarea socială în raport cu procesul cognitiv etc.). Psihopatologia developmentală arată cum aceleași cauze și influențe negative pot duce în final la diverse perturbări psihice (plurifinalitate). Iar pe de altă parte diverse cauze și situații perturbatoare pot duce la același rezultat (echifinalitate). Se mai are în vedere faptul că, în ontogeneză, progresul psihismului integrează sintetic fazele anterioare în ansamblu; iar dacă acestea erau marcate de anumite funcții deficitare, pot persista vulnerabilități latente. Insuficiența diferențiere sectorială sau globală a psihismului poate fi mult timp nevizibilă, prin compensări exterioare. Cauze stresante sau nefavorabile pot conduce la o maturizare precoce și la avantaje developmentale etc.

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

Bibliografie

1. Alexander F.G., Selesnick S.T. (1972) Histoire de la psychiatrie, Librairie Armand Colin, Paris.
2. Bolton D., Hill J. (1996) Mind, Meaning and Mental Disorder, Oxford University Press.
3. C.I.A.D.H.-2. (1997) Clasificarea Internațională a afectărilor, activităților și participărilor, W.H.O., Geneva, versiunea Beta 1 (versiunea românească, Dr. Radu Vraști, Spitalul de Psihiatrie Jebel – Județul Timiș).
4. Cicchetti D., Cohen D. (1995) Developmental Psychopathology, Ed. John Wiley & Sons Inc., Library of Congress, Washington.
5. I.C.D.-10-C.I.D.-10 (1992-1998) Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament, WHO, Geneva, Ed. All București, 1998.

6. Kraus A. (1997) Sozialverhalten und Psychose Maniaco-Depresivischer, Ed. Enke, Stuttgart.
7. Lăzărescu M. (1991) Social factors în the Etiopathogenesis of Schizophrenia. În: The European Handbook of Psychiatry and Mental Health, Ed. Seva A., Anthropos, Zaragosa, 751-753.
8. Lăzărescu M. (1994) Psihopatologie clinică, Ed. Helicon, Timișoara.
9. Lăzărescu M. (1999) Calitatea vieții în psihiatrie, Ed. Infomedica, București.
10. Levis M., Miller S.M. (1990) Handbook of Developmental Psychopathology, Plenum Press, New York.
11. Rutter M. (1985) Developmental Psychiatry, Ed. Am. Psychiat. Press, Washington.
12. Wittgenstein L. (1968) Philosophische Untersuchungen, Basil Blackwell, Oxford.
13. Zubin J., Spring B. (1997) Vulnerability – a new view of schizophrenia, Journ. Abnorm. Psychol., 88: 10-3-126.
14. Zuckerman M. (1999) Vulnerability to Psychopathology, Library of Congress, Washington.