

Tulburări corelate traumei și stresurilor (și tulburări de personalitate)

Doctrina Vulnerabilitate/Stress

(Cap 7 din Cartea Introducere în psihopatologia antropologică, 2025)

(Au fost deja menționate reacțiile normale adaptative – dar și cele exagerate, psihopatologice – ce pot apare la stresori, conducând la anormale stări depresive, anxioase, agresiv conflictuale; sau, reacții de tip histeric disociativ (leșin, mutism) ori de tip obsesiv (reamintiri intruzive, ruminații).

În ultima ediție DSM-5 (2013) există un capitol intitulat **Tulburări datorate stresului și traumei**, care include tulburări ce se plasează în continuitatea “reacțiilor psihopatologice comprehensive anormale” sugerate de Jaspers. Acestea erau considerate ca instalându-se nemijlocit în urma trăirii „actuale” de către subiect a unui eveniment cu o semnificație deosebită pentru el, foarte impresionantă. Starea reactivă era considerată comprehensibilă ca și conținut, adecvată ca stil și exprimare, dar exagerat de intensă și prelungită. Se aprecia că, dacă cauza sa încetează, reacția se retrage treptat, fiind „metabolizată” de psihismul mnestic-biografic al persoanei identitare. Reacțiile anormale erau plasate la un pol opus față de tulburările de personalitate, considerate ca manifestări caracteriale anormale, persistente de-a-lungul vieții. Totuși, treptat, s-a înțeles faptul că reacțiile la evenimentele situaționale, se corelează de obicei intim cu proiectele și preocupările de durată ale subiectului; iar pe de altă parte, „stările reactive” sunt sensibile la particularitățile caracterial-temperamentale, fiind uneori induse de către însăși comportamentul aparte al persoanei.

Școala psihopatologică germană (Schneider, Müller-Sur, Kretschmer) a dezvoltat tema reacțiilor comprehensive anormale a lui Jaspers – sub conceptul de *Erlebnissreaktion* -, în sensul trăirii aparte de către subiect a semnificației

resimțite a unor situații. Se atrăgea atenția asupra sensibilității constituționale – temperamentale, biografice, caracteriale - diferite a oamenilor la semnificațiile actuale receptate; precum și asupra creșterii circumstanțiale a vulnerabilității subiectului la stresori, prin cumulara în preconștient a unor psihotraume nerezolvate, într-o perioadă determinată de timp. La această sensibilizare s-ar adăuga apoi, marcarea persoanei de-a lungul întregii sale biografii prin anumite evenimente stresante și influențe psihice negative majore. Psihanaliza a adăugat conflictele intrapsihice, derivate – într-un fel - tot din biografie. S-a acceptat apoi și o vulnerabilitate genetică crescută, care poate induce sensibilități tipologice specifice la unele clase de stresori; astfel, unele persoane sunt deosebit de sensibile la factori anxiogeni (de amenințare) sau la critică socială (senzitive), altele manifestă cu ușurință reacții explozive iar altele sunt anemotive, „flegmatice”. Odată cu apariția DSM-III, în paralel cu acest Manual s-a dezvoltat și o **doctrină psihopatologică** centrată pe problematica relației **vulnerabilitate/stress**.

Una din problemele comentării reacțiilor psihopatologice la stresori constă în faptul că, instanțele ce pot interveni nociv, pot fi uneori aceleași cu cele care, în cazul unui mod adecvat de prezență, pot fi însăși factorii formatori și protectivi; aspect evident în cadrul relaționărilor constante și prelungite din familie. Analizele atente au adăugat apoi la factorii reactogeni clasici ce se manifestă în cadrul unor evenimente situaționale episodice - constând din amenințare, agresiune și pierdere, și : - valențele psihotraumatice ale unor situații speciale prelungite: ale frustrării, eșecului, a substimulărilor, abuzurilor și chiar a psihotraumelor minore din ambianța familială și a rețelelor sociale proxime. Un rol deosebit l-a jucat mai ales introducerea conceptului de **schimbare de viață**, în urma constatărilor că, modificarea parametrilor existențiali poate decompensa un subiect relativ vulnerabil, chiar dacă ea este dorită, pretinsă și pozitivă. Faptul s-ar datora efortului pe care-l determină readaptarea la o nouă rețea socială, la un nou ritm și reguli de activitate, la

schimbarea obiceiurilor, la noi responsabilități etc. În sfârșit, factorii stresanți se cereau puși în balanță cu factorii protectivi și compensatori, așa cum ar fi rețeaua de suport social, capacitățile de „coping” cu stresul, abilitatea de a implica pe alții în sprijin, relaxarea și satisfacțiile de viață, ancorarea în idealuri și credințe, sens de viață etc.

Această perspectivă multifacetată de intervenție a stresorilor și a factorilor protectivi, a condus la comentarea mai atentă a “stărilor de dezadaptare”; care sunt diferite de consecințele directe și comprehensive ale unor psihotraume secvențiale dramatice, trăite într-un eveniment actual. Ele se petrec în condiții aparent firești de existență – corelate unor momente evolutive semnificative ale ciclurilor vieții; mai precis...a finalurilor problematice ale unor proiecte,... momentul unor decizii importante, ...schimbări importante în programul existențial, ...apariției unor noi persoane în intimitate etc. La persoane vulnerabile, în astfel de contexte, se pot manifesta simptome anxioase, depresive sau iritabil comportamentale.

A fost studiat de asemenea mai atent și rolul patogenetic al substimulărilor psihosociale la pacienții instituționalizați și în diverse perioade ale ciclurilor vieții. Wing și Brown(1974) au demonstrat că, substimularea accentuează simptomatologia negativă a schizofrenilor cronici internați timp îndelungat; fapt ce a pledat pentru programe de stimulare și ergoterapie; dar mai ales, pentru evitarea instituționalizării prelungite. Extrem de importante s-au dovedit deficiențele în stimularea psihosocială adecvată la vârstele mici, în perioada în care se formează relația de atașament, prin absența mamei sau a substitutului ei (“frustrarea de mamă”). Observațiile au condus la conturarea a două tablouri clinice care rezultă din această condiție; și care sunt introduse în DSM-5. E vorba de:

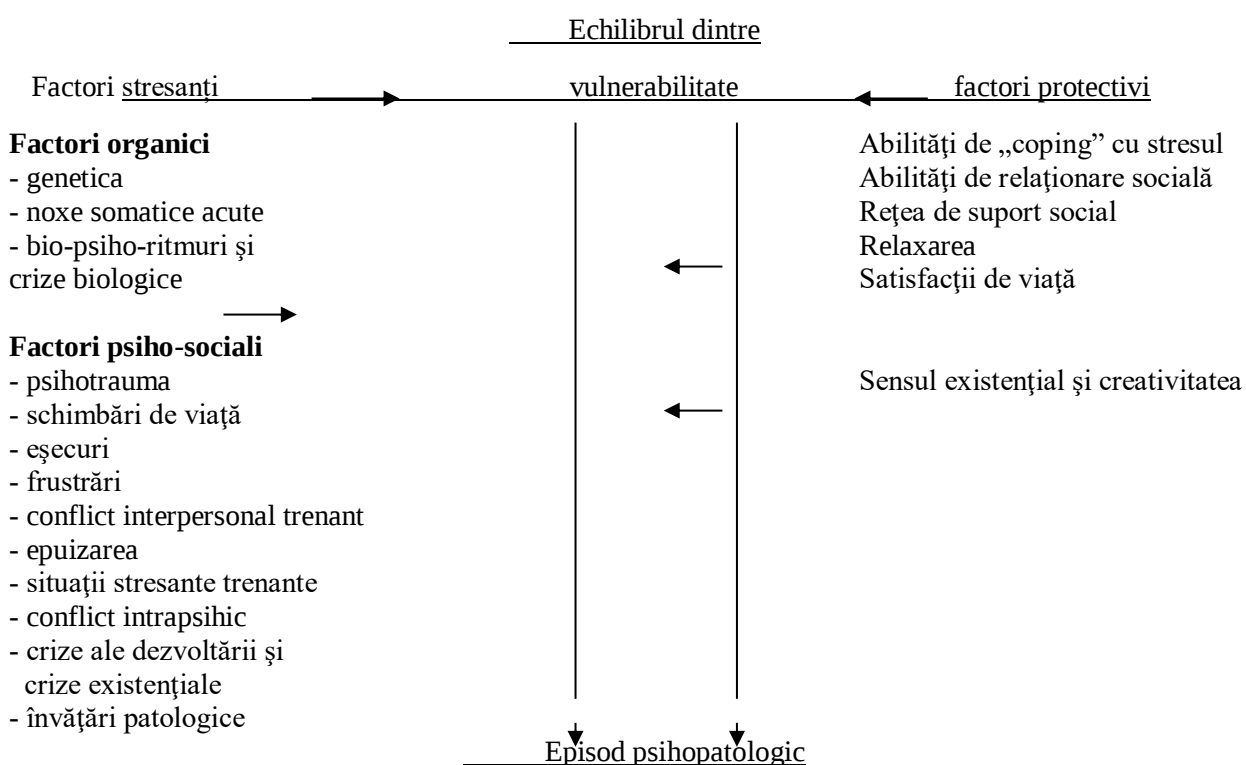
Tb. de atașament reactivă. Aceasta se diagnostichează între 9 luni și 5 ani la copiii care au suferit de neglijare sau deprivare socială prin nesatisfacerea nevoilor emoționale bazale pentru confort, stimulări, afecțiune din partea

îngrijitorilor; situație care a limitat posibilitatea de a se forma un atașament stabil; sau de îngrijirea în locații neadecvate, care au împiedecat atașamentul selectiv (de ex. în instituții supraaglomerate). Se manifestă prin:- Copilul caută foarte rar (sau deloc) confort când e stresat (și separat); - Rareori răspunde la confort, dacă i se oferă, în aceste împrejurări. Prezintă persistente tulburări emoționale și sociale constând din: - răspunde minimal social și emoțional la prezența altora; - are afecte pozitive limitate: - prezintă episoade inexplicabile de instabilitate, supărare, frică la interacțiuni obișnuite cu adulții.

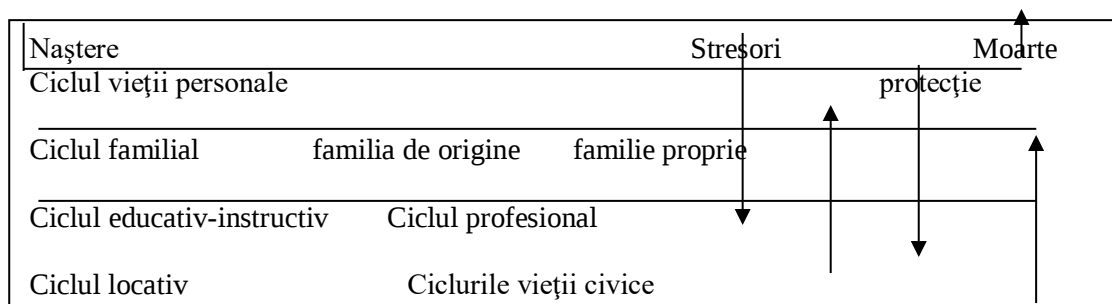
Caseta 44

Modul de acțiune a stresorilor psihosociali

Stresorii psihosociali pot accentua vulnerabilitatea genetică, condiționând sau declanșând tb. psihopatologice; ei pot fi contrabalansați de factori protectivi



Ciclul vieții personale, ce se desfășoară între naștere și moarte și se derulează în mijlocul unor rețele sociale proxime, care sunt și ele dinamice (familia de origine, relații educative sau de la locul de muncă



. Cea de a doua tulburare din aceeași categorie este: **Tulburarea angajării sociale dezinhibate**. Se diagnostichează tot între 9 luni și 5 ani, în condiții similare cu precedentă și constă din: - reducerea sau absența reticenței la contactul și interacțiunea cu adulții nefamiliari; - comportamente hiperfamiliare verbale și fizice cu străinii (neobișnuite în cultura sa); - contact scăzut sau absent cu aparținătorii după plecarea de la domiciliu, chiar și atunci când se află într-un mediu nefamiliar; - lipsa de grijă și ezitare de a pleca împreună cu străinii.

Privitor la stările psihopatologice ce pot apare după expunerea adulților la situații stresante extreme, lumea americană a fost impresionată către sfârșitul sec.XX de reacțiile psihice prelungite pe care le-au avut unii soldați din Vietnam; astfel încât s-a decantat progresiv conceptul de **Tb de stres traumatic și posttraumatic** (care a fost deja comentat în marginea tulburării anxioase). Simptomatologia de tip disociativ se manifestă, deasemenea, deseori cu declanșare reactivă. În marginea acesteia se mai cer menționate două tulburări, pe care tradiția clinică le-a plasat frecvent în corelație cu evenimente stresante intense, de obicei în grupajul tulburărilor disociative. Este vorba de:

- **Stuporul reactiv**, care se instalează după stresori puternici, anxiogeni, de amenințare, trăiți direct (de exemplu condiții speciale de război sau cutremur), în care sunt de obicei afectate grav și multe alte persoane. Subiectul rămâne imobil într-o poziție uneori neobișnuită, hiporeactiv la stimuli, expunându-se astfel la pericole suplimentare. El ajunge să fie mobilizat (uneori cu greu) de către alții; iar starea de vigilitate revine treptat, putând trece prin diverse faze

.- **Deplasările (fugile) cu stare de vigilitate redusă (crepusculară)**. Uneori acestea apar direct după un eveniment neplăcut pentru subiect: deplasarea este în stare semivigilă, fără accidente, cu răspunsuri parțiale la stimuli, prin locuri relativ cunoscute; iar revenirea la vigilitatea completă se instalează după câteva ore sau zile, de obicei cu amnezia episodului.

O tulburare de tip reactiv care a atras de mult timp atenția clinicienilor a fost cea corelată cu doliul prelungit. În spiritul reacțiilor comprehensibile ale lui Jaspers, mult timp s-a insistat asupra duratei prelungite și a anumitor caracteristici speciale ale simptomatologiei depresiei în aceste cazuri. Dar, autorii DSM-5 nu au putut cădea de acord asupra acestor aspecte. În ICD-11 s-a găsit însă o alternativă:

Tb. doliului prelungit (Grief) din ICD-11 se instalează după moartea unei persoane apropiate (partener, părinte, copil sau altcineva apropiat) și e caracterizată, prin: - dorință persistentă și atotcuprinzătoare de a fi din nou în apropierea celui decedat, însoțită de o pronunțată durere emoțională (tristețe, vinovăție, furie, negare, blam, dificultatea de a accepta moartea, sentiment că a pierdut o parte din sine, dificultăți de a se angaja în activități sociale sau de altă natură). Răspunsul prin afectul negativ al supărării e persistent, atipic de lung în timp (peste 6 luni), diferit de ceea ce e de așteptat conform normelor sociale, culturale, religioase ale contextului în care subiectul trăiește. Reacția de doliu prelungit din ICD-11 pune accentul acum nu atât pe dispoziția depresivă și caracteristicile ei intrinseci - pe care orice pierdere o induce; ci pe specificitatea pierderii relaționale a unei persoane anume, pe care subiectul nu poate și nu vrea să o accepte.

Privitor la trăirile aparte în urma unui eveniment de pierdere – și mai ales cel al unei ființe de atașament – se cere reamintit și subliniat modelul general al reacțiilor comprehensive, care implică frecvent un fundalul personalistic specific. În populația generală pot fi identificate persoane cu un potențial dispozițional afectiv redus, hipo sau chiar areactive la semnificații de pericol (anxietate), succes (bucurie), atașament și pierdere interpersonală (depresie) etc. Persoane etichetate în antichitate ca flegmatice. Iar unii psihopați sunt complet lipsiți de reactivitate la stimulii anxiogeni ai pericolului,...dar și la emotivitatea empatică (de milă, de exemplu, de culpă, de rușine); după cum, sunt și persoane

cu potențial crescut de reacție dispozițional afectivă în toate domeniile amintite, inclusiv în ceea ce privește atașamentul interoersonal. Sau, ținut, în direcția anxietății, agresivității, depresiei; ori la evenimente ce atrag atenția altora asupra sa.

Reactivitatea unei persoane în raport cu semnificația diverselor situații existențiale – inclusiv în aria relaționărilor interpersonale -, poate să se manifeste ca un continuu „stil,, temeperamental caracterial. Dar, în multe cazuri această „reactivitate,, mobilizează disponibilități temperamentale, în sensul unor structuri dispoziționale înnăscute de reacție (de tipul alertei anxioase..retragerii depresiv infibate, a mobilizării agresiv combative etc...) – precum și caracteriale (în seneul cumulării specifice a unor experiențe de viață mai ales în direcție relațională). În această perspectivă, în deceniile trecute s-a discutat mult despre **depresii endoreactive**; în sensul că, un eveniment de eșec sau pierdere reală dar puțin importantă, mobilizează o disponibilitate crescută a ”modulului de manifestare depresivă” aflat în fundalul temperamental caracterial (inclusiv „experenșial,,) al persoanei; iar ca o consecință, depresia instalată poate avea o intensitate importantă, deși evenimentul era practic minor.

O abordare a reactivității după modelul vulnerabilitate/stres ca cea menționată mai sus – mai ales dacă e înțeleasă ca manifestându-se în cadrul derulării proiectelor și preocupărilor de durată a cursului existențial proiectiv al persoanei -, sugerează un parțial răspuns și pentru aspecte ale manifestării **determinismului considerat tradițional ca „endogen” (psihotic)** (în direcția maniei, delirului, schizofreniei etc.) în următorul sens.: Vulnerabilitatea pentru un model ne manifestare excesiv (psihopatologic) – de ex. din aria tulburărilor dispoziționale și psihotice - poate crește în anumite perioade ale cursului vieții, nu doar în perspectiva unei mai ușoare declanșări reactive; ci, și prin modificarea organizării formale, intrapsihice, a structuri funcționale dispoziționale ce o susține. Aceasta – de exemplu structura generică a dispozițiilor internalizate sau externalizate sau a raportărilor

interpersonale de suspiciune - devine formal rigidă, de-diferențiată, cu tendințe de manifestare intense și nivelatoare. Iar respectiva structură funcțională - sau modúl – ce s-a modificat formal psihopatologic în arie intrapsihică, ajunge să se manifeste de la un moment dat chiar și la solicitări minore, eventual și la cele firești, ale vieții cotidiene. Elementul stresant e înlocuit acum printr-unul declanșator, devenind astfel nespecific. În împrejurările menționate, el doar favorizează actualizarea unei structuri formale intrapsihice dediferențiate și deformate, ce a ajuns deficitar-disfuncțională, tinzând a se manifesta preeminent. În acest sens s-ar putea interpreta apariția „endogenă” a unor episoade depresive, maniacale sau chiar paranoide; precum și cazurile aparent paradoxale în care, la un eveniment trist – e.g. moartea unei persoane apropiate – se declanșează un episod schizo-maniacal. Oricum, pentru episoadele maniacale acesta ar fi principalul model de instalare a lor.

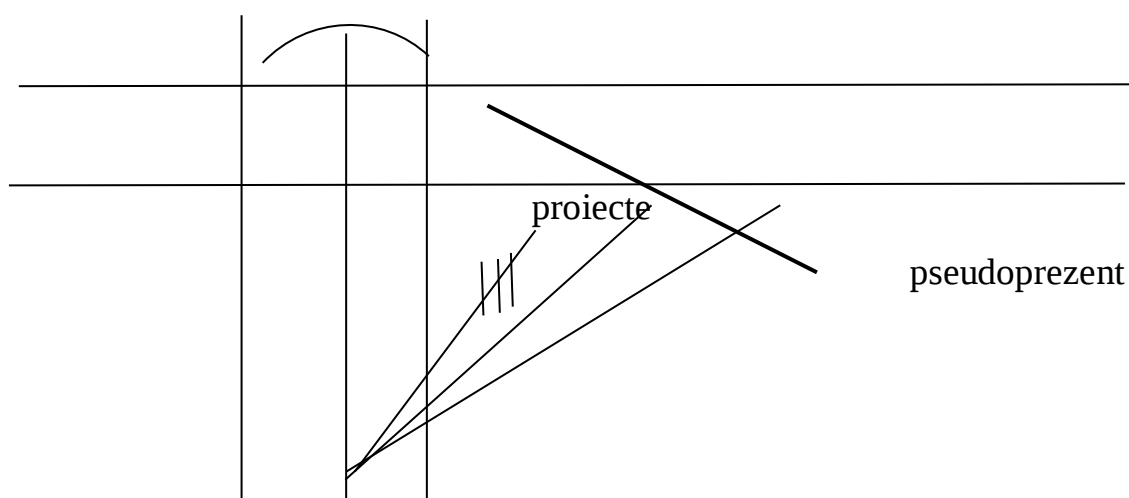
Cât privește **psihozele disociative** din tradiția lui Janet și a modelului autorilor olandezi actuali, acestea ar urma același model; dar, cu referință la particularitățile structural-caracteriale ale unor subiecți ce trăiesc și asimilează aparte unele experiențe biografice, predispuși fiind la o dedublare interioară. Ar fi vorba de persoane care,... implică intens o parte a identității lor în evenimente relaționale tensionate;.. ajungându-se astfel la constituirea intrapsihică a unei dedublări, printr-o „identitate parțială”. Adică un „eu secund” o dimensiune personalistică identitară ce nu se integrează armonic în ansamblul personalității. În anumite împrejurări reactive, aceasta s-ar putea actualiza, „disociindu-se” de coerența ansamblului persoanei, caun „Eu secund,, ce trece acum în prim plan; preluând trăirile actuale, sub cupola unui psihism ce se resimte dedublat, impregnat fiind de imaginar mnezico oneiroid. Trăirile halucinatorii și cele de control din partea „identității secunde intrapsihice” – de modeșel „Tb de prim rang Schneider „... conturează, alături de un comportament aberant, profilul unei psihoze disociative.

Se mai poate menționa încă un model de tranziție între tulburări reactive și cele psihotice din arie delirantă, pe filiera **preocupărilor prevalențiale**. O serie de trăiri firești și adaptative – cum ar fi reacția la indici care sugerează o boală, un dismorfism facial, infidelitatea partenerului sau persecuția din partea altora –, pot fi trăite de către subiect cu intensități crescânde, în manieră anxios fobică, obsesiv compulsivă, perioade prelungite de timp. La unele persoane meticuloase, preocupate de detalii și de o ordine rigidă, realizată din aproape în aproape, astfel de preocupări pot ajunge apoi, prin autopotențare, să fascineze ansamblul psihismului personal, conducând la impunerea majoră a unei ideaii tematice supraevaluate privitoare la propria „stare identitară”

În consecință, pacientul ajunge să adopte prevalențial nediscriminativ o identitate socială de: „om bolnav”...sau de „om diform,...înșelat...persecutat...”etc.; până la un nivel la care întreaga sa existență identitară devine aspirată dominată de o astfel de „temă” identitară. Dispare astfel capacitatea și disponibilitatea sa de a fi interesat și preocupat de alte teme și evenimente, care se afirmă de obicei în planul țesăturii de relații și preocupări ce învăluie și încadrează raportarea situațională actuală a oricărui subiect. Care, acum, se aplatizează, circumscriind un fel de „prezent continuu”. Ne plasăm astfel **aproape de domeniul delirurilor monotematice**. Un astfel de scenariu presupune însă – la fel ca orice tranziție spre psihoză – o afectare de tip depersonalizant/transpersonalizant a structurii identitare a persoanei.

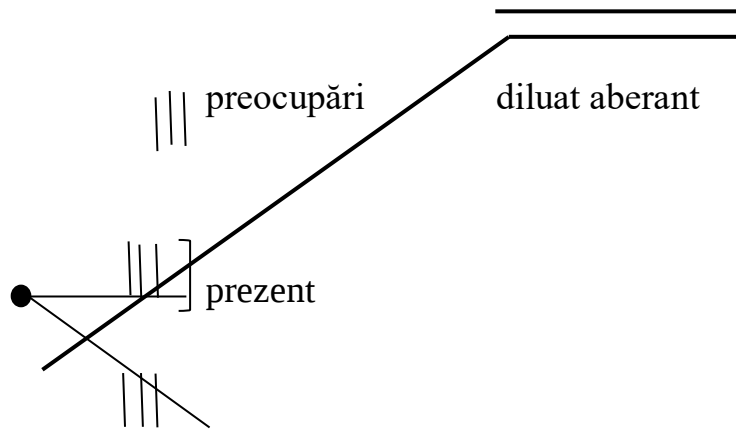
Caseta

Temporalitatea delirului monotematic



viitor

trecut



Delirul monotematic extrage subiectul din sensibilitatea față de problemele situațiilor actuale; el nu se mai preocupă de trecut și nu se mai angajează în noi proiecte de rezolvare, preocupări de clarificat, fiind fascinat de o unică temă, ce-l absoarbe într-un pseudo prezent aberant într-o realitate cvasifictivă.