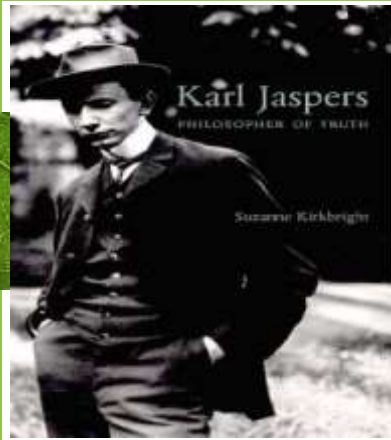


A close-up photograph of several green leaves, likely from a plant like a fern or a similar species, showing detailed vein patterns. The leaves are covered with numerous small, clear water droplets, suggesting a recent rain or dew. The lighting is bright, highlighting the texture and color of the foliage.

Moștenirea psihopatologiei lui Jaspers

Prof.Dr.Mircea LAZARESCU, Jeni BLAJOVAN
Păltiniș, Iulie 2022



În 1913 a apărut cartea Psihopatologia generală a tânărului psihiatru din Heidelberg, Karl Jaspers.

La acea dată psihiatria își câștigase un loc definit între clinicile medicale.

Pe parcursul sec.XIX se dezvoltase semiologia psihiatrică prin descrierea sindroamelor psihopatologice; precum și un Sistem Nosologico Nosografic elaborat de Kraepelin.



După publicarea Psihopatologiei, Jaspers a devenit un cunoscut profesor de filosofie (existențialistă), preocupându-se, între altele, de :

- Metodologia specifică a științelor umane în sensul comprehensibilității (Dilthey);
- Situațiile existențiale limită ale omului. - Rolul marilor personalități în istoria spiritualității (Budha, Confucius, Iisus, Socrate) ;
- Blocarea creativității prin boala psihică (studii patografice privitoare la van Gogh, Holderlin, Swedenborg).



Când s-au împlinit 100 de ani de la apariția **Psihopatologiei Generale**, (2013) evenimentul a fost comentat în țară și în plan internațional....



Destinat unei cărți celebre
Psihopatologia generală a lui K. Jaspers, 100 ani de la apariție

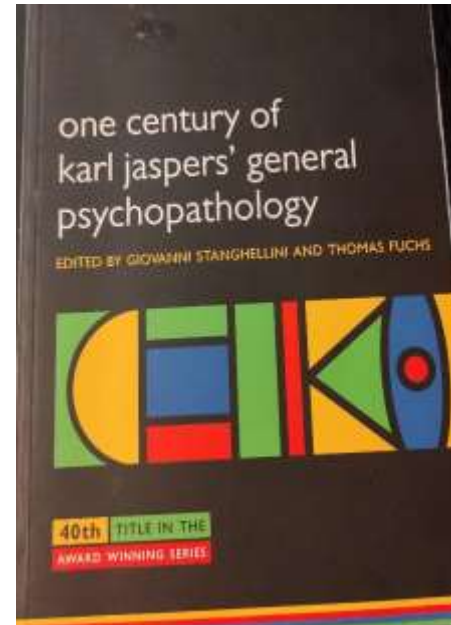
Prof. Dr. Marco Lăzărescu
Clinica de Psihiatrie Timișoara

Rezumat: Articolul prezintă ocazia istorică a apariției lui Jaspers Psihopatologia generală, apărută la numai cu 100 de ani. Sunt prezentate principiile sale ale unei genuri prin referința pe care ne exercită o nouă psihopatologie clasică a secolului XIX. E interesant și important să discutăm tranziția de secole dintr-o psihologie pură DSM-III și săverile pentru care la prezent există o revizuire a interesului pentru opera psihopatologiei a lui Jaspers.

Titlul lui Jaspers Psihopatologia generală (1,2) a fost de la început o carte celebră, de referință.

Care a apărut într-un moment istoric decisiv. Evidențiat de o personalitate de excepție și a scris astfel până în zilele noastre. Ea reprezintă o sinteză a psihopatologiei descriptive ce se construiește în anul XIX (1). În-o perioadă de timp puțină vreme și aologie psihicului prin Kasperian (2), un punct de vedere radical al și de dezvoltarea propriei metodologiei prin Heidegger (3). Filosoful de care Jaspers a fost cel mai apropiat elev: Pe de altă parte, Jaspers a fost un intelectual cu o largă viziune antropologică care, plecat de la medicina și studiul prin psihic, a abordat diferite studii psihologice: omnia sunt et perspectivă culturală, spirituală, științifică și în care sunt mai puțin a virgi ca în raportul științific contemporan. Altfel spus în filosofia a fost-o parte a unei psihologie la „Conceptele despre lume” (Weltanschauung) lui în lucrările sale ca filosof și analiza ce profundează relația dintre „diferențe” personale și socializării omului personalitate care este în mod decisiv determinată de omul. În lucrările sale de psihologie (și în particular în Vom Geist sau Sincronizării) a reușit să stabilească o nouă metodă de studiu psihicului omului în un rol antropologic opera. Într-un fel în lumea Jaspers și ce în particular ce o înțelegem înțelegem că, este prin studiul său de la de secole cât și în studiul psihicului din care înțelegem. Astăzi psihopatologia generală este și prin această, răpi sale. Jaspers a început psihologia cu un rol în un aspect, dintr-o parte de psihologie, în cultura occidentală.

Psihopatologia generală este în fond un o carte mare, un text publicându-se o serie de articole care o structură în jurul la care este, o carte de o înțelegere înseamnă „prezentarea” de către ce conține psihopatologia descriptivă și analiza metodologică a dezvoltării și antropologiei actuale, este în perspectiva psihologiei psihologice cât și în cea a antropologiei. Înaintea psihicului, ca sinteză și o analiză conceptuală. În concluzie, o psihopatologie este înțelegere și prin de psihic și de referință pentru conștientizarea psihicului omului ca un text. Care se dezvoltă în această direcție și perspectiva metodologică și dezvoltarea într-o etapă contemporană și cele cauzate.





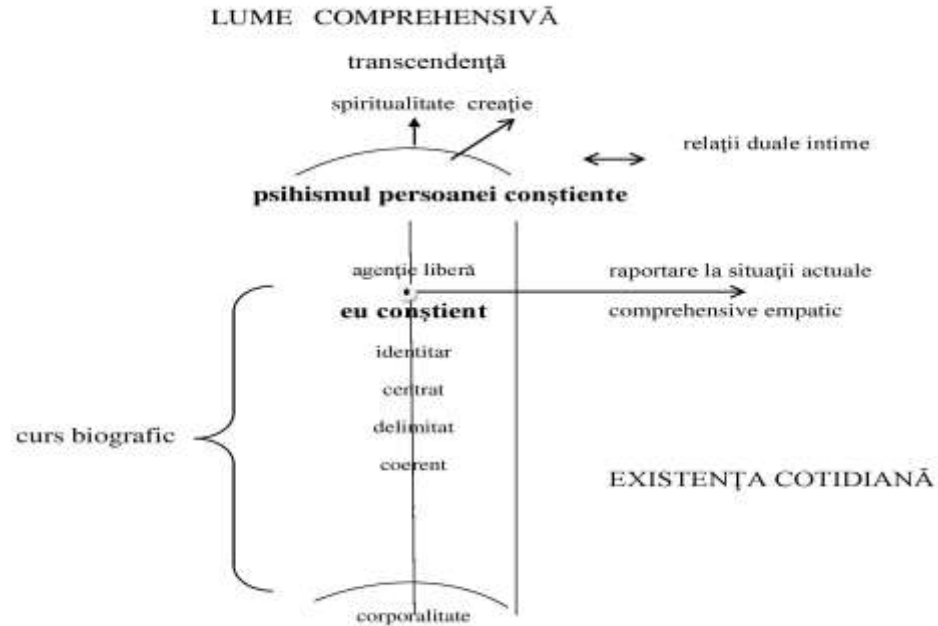
...remarcându-se că nu se poate vorbi de o tradiție doctrinară – de "Jaspers-ist" similar cu "Freudis-mul"

...ci de o provocare, pentru a înțelege psihopatologia dincolo de o simplă semiologie psihiatrică, ...ca un stimul pentru descifrarea specificului psihismului uman.....

...al cărei deficit l-ar exprima.. ca și consecință a unui *experiment natural*.



În acest sens s-ar putea degaja un profil al psihismului uman sugerat de psihopatologia lui Jaspers.





Jaspers a deschis interesul pentru plasarea psihopatologiei pe fundalul existenței cotidiene a persoanei spirituale.....scoțând-o din limitarea la bolnavul diagnosticat în claustrarea sa azilară.

Vom urmări moștenirea lui Jaspers înțeleasă ca o recomandare pentru psihopatolog nu doar de a avea o reprezentare a psihismului persoanei normale conștiente dar și o înțelegere pentru

- A.- Constructul sistemului Nosologico Nosografic al Psihiatriei**
- B.- Conturul formal specific, al principalelor sindroame psihopatologice**
- C.- Raportarea relațiilor anormale la fundalul biografico-caracterial al persoanei**



A. Sistemul Nosologico Nosografic (S.N.N.) ca și construct teoretic

Jaspers considera că psihopatologul nu trebuie să ignore sistemul de diagnostice al psihiatriei, care circumscrie într-un anumit limbaj anormalitățile psihice oficial recunoscute.

Analizând constituirea SNN de către Kraepelin, Jaspers subliniază că deși bolile comentate trimit spre realități fenomenale obiective, mare parte din ele au fost circumscrise și denumite doar în sec.XIX; fiind interpretate prin doctrina specifică epocii, cea a "bolii ca expresie a leziunii unui organ (creierul)".



Kraepelin folosea drept criteriu pentru individualizarea, diagnosticul și sistematizarea bolilor : complexul sindromatic clinic + etiologia + modelul evoluțiv al bolii. Sistemul său N.N. cuprinde :

1. *Tb. psihice corelate suferințelor creierului (infecțioase – PGP, toxice, traumatice, degenerative – demențele)*
2. *Psihozele endogene :- Boala maniaco-depresivă ;- Demența precoce – schizofrenia (ce include sd.hebefreno-cataton-paranoid) ; - Epilepsia*
3. *Tb. de personalitate și nevroze (histeria, obsesionalitatea, tb.impulsive, neurastenia etc.).*

Deși boala psihică e privită acum în dinamica ei, e.g. periodicitatea bipolară față de evoluția deteriorativă din schizofrenie, ea nu e plasată pe fundalul existenței diacrone a persoanei, a ciclurilor vieții, a proiectelor și preocupărilor acesteia.



Jaspers păstrează în mare sistematizarea lui Kraepelin, acordând principala importanță reacțiilor și personalităților anormale și psihozelor endogene.

Primele două din acestea au replici evidente în dinamismul normal al psihismului.

Cât privește psihozele endogene - care se instalează printr-o “procesualitate destructurantă” ce conduce la manifestări incompreensibile - acestea ar putea fi comentate ca un esec al procesului endokinetic al crizelor de maturare, al procesului creativ și a celui de metanoia, ca variante deficitare opuse ale acestora.



Pe parcursul sec.XX nu s-au mai descris entități nosologice noi.

Dar,

- s-au redus treptat tulburările psihice cauzate de condiții organice, infecțioase (PGP), toxice etc.
- s-au rafinat descrierile și interpretările psihopatologice; proces în care au intervenit orientări doctrinare precum psihanaliza, fenomenologia, cognitivismul,
- s-au diferențiat și intervențiile psiho-sociale și a apărut medicația psihoactivă.
- în sfârșit, s-a ajuns la eforturile de desinstituționalizare, la dezvoltarea psihiatriei comunitare și la globalizare.



Cele menționate au apropiat condiția psihopatologică de parametrii vieții cotidiene, în spiritul viziunii lui Jaspers.

Dar, au tins în același timp și spre scăderea rigorii unor diagnostice reproductibile. Rigoare necesară, atât pentru o prescripție terapeutică corectă cât și pentru expertiză și cercetare.

A apărut astfel o preocupare crescută față de un diagnostic psihopatologic *riguros și reproductibil*, introducându-se: - definiții operaționale; – un sistem standardizat de obținere a informațiilor ; – criterii de cuantificare a intensității simptomatologiei.



În acest context a apărut manualul de diagnostic DSM III-5 a cărui principii sunt:

- Se acceptă un număr finit de entități nosologice sindromatice distincte, grupate în câteva clase.
- Fiecare din aceste entități e clar definită prin formulări univoce a unor criterii de includere și excludere. Pentru un diagnostic pozitiv de caz trebuie să se identifice un număr minim dintr-o listă definită de simptome, unele fiind obligatorii.
- Simptomele (itemii) trebuie să: difere de modul obișnuit de manifestare,.. să aibă o anumită durată în timp și o intensitate care creează suferință și/sau deficiențe în randament (exercitarea rolurilor sociale); iar uneori, modifică „testarea realității.



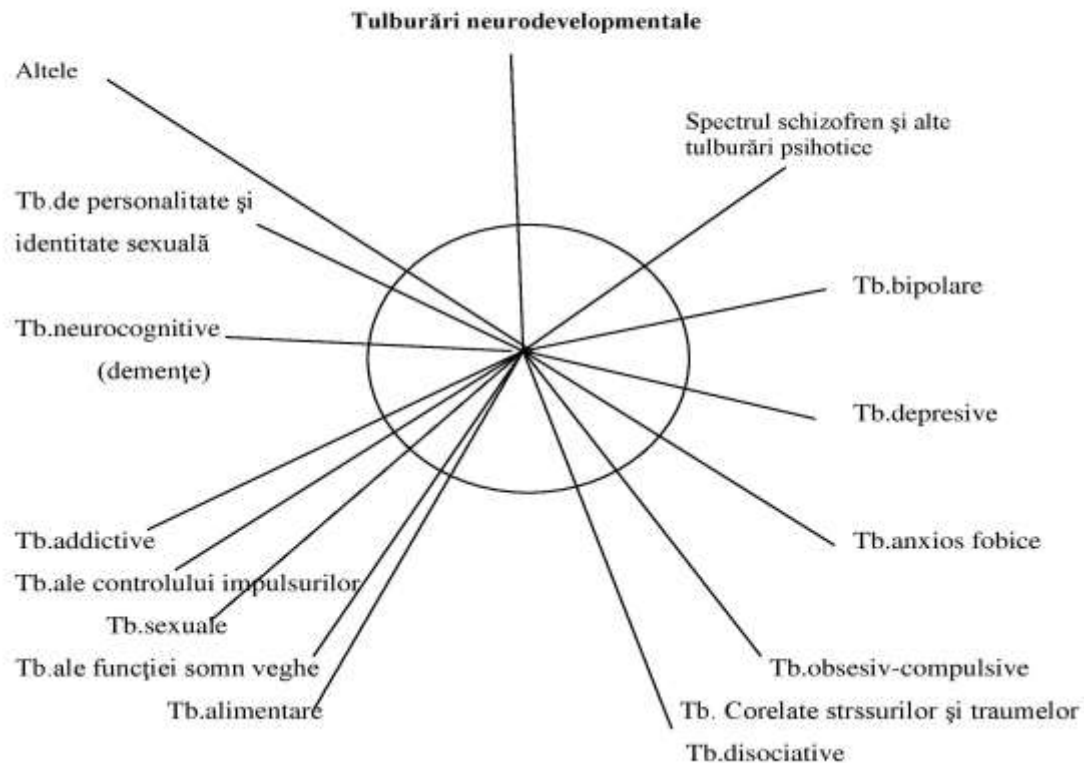
Entitățile nosologice incluse în manual pot fi comorbide; iar diagnosticul comportă și evaluarea terenului, a stării de fond a psihismului, a sănătății somatice și a funcționării sociale.

DSM-III se declara ateoretic în perspectivă etiopatogenică;

Principul de bază este (DSM-IV): Subiectul X are tulburarea Y; și nu X este Y.

Starea de tulburare psihică nu e deci corelată, prin diagnostic, cu biografia și contextul psiho-socio-cultural în care subiectul există; aspect care i-a atras remarcă de „neo-kraepelinian”.

Principalele entități nosologice cuprinse în DSM-5 sunt:





Dacă ne menținem în tradiția viziunii lui Jaspers, nu vom ignora deci sistematica și diagnosticele din DSM-5; menținându-le însă, mai ales, ca un referențial clinic.

Și le vom proiecta pe fundalul existenței desfășurate a persoanelor conștiente, centrate identitar de propriul model intențional și reflexiv, ce se raportează constant la lume, alții și sine prin intermediul situațiilor problematice.



B. Circumscrierea formală a sindroamelor psihopatologice

Sindroamele psihopatologice au fost descrise și conturate în sec.XIX ca “unități semiologice” ce stau la baza bolilor psihice. Ele erau caracterizate prin ansambluri de simptome întâlnite împreună, descrierea invocând funcțiile celor trei facultăți psihice recunoscute pe atunci: cognitivă, volitivă și afectivă.

Deși se accepta că o parte din aceste sindroame seamănă cu manifestări normale, contextul psihic deficitar lăsa în umbră semnificația existențială din care ele ar fi putut deriva.

În consecință, tradițional s-a considerat că profilul simptomatic specific al unui sindrom se bazează, în esența sa, pe *concomitența statistic crescută* a manifestării împreună a simptomelor colectate de către observatori. Fapt ce nu contura niciun profil formal.



Astfel, pentru diagnosticarea *sindromului depresiv*, tristețea subiectivă se corelează statistic semnificativ cu retragerea socială, inhibiția psiho-motorie și instinctivă și cu ideea negativă, inclusiv suicidară; deci, acestea vor intra în lista itemilor de diagnostic.

Odată cu psihopatologia riguros cantitativă de la sfârșitul sec.XX, s-au elaborat check-liste de grupaje simptomatice specifice fiecărui sindrom; și s-au introdus scale pentru evaluarea cantitativă a intensității lor. Așa e de ex. pt depresie scala lui Hamilton – cu 17 sau 24 itemi (unii din aceștia fiind simptome ce ar putea coexista comorbid).



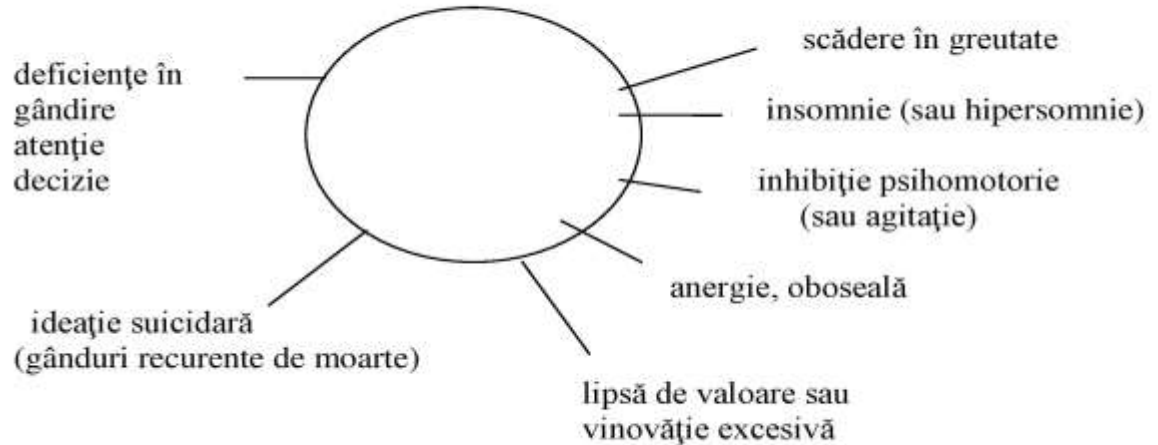
Scale pentru depresie care cuprind un număr variat de itemi	
Scala Hamilton	Scala Beck
1. Dispoziție tristă	1. Tristețe subiectivă
2. Ideea de vinovăție	2. Pesimism
3. (Idei de suicid)	3. Sentimentul eșecului (bilanț)
4. Insomnie vesperală	4. Incapacitate de a se bucura (anhedonie)
5. Insomnie la mijlocul nopții	5. Vinovăție
6. Insomnie matinală	6. Sentimentul necesității de a fi pedepsit
7. Dificultăți în muncă (activitate)	7. Auto depreciere (insatisfacție față de sine)
8. Inhibiție în gândire și vorbire	8. Autoacuzare
9. Agitație	9. Autoagresiune (tendințe suicidare)
10. Anxietate la nivel psihic	10. Plâns
11. Anxietate somatică	11. Retragere (izolare socială)
12. Simptome somatice gastro-intestinale	12. Nehotărâre
13. Simptome somatice generale	13. Păreră favorabilă față de sine (fizică)
14. Simptome genitale	14. Dificultăți în muncă
15. Hipocondria	15. Tulburări de somn
16. Pierderea în greutate	16. Fatigabilitate
17. Autocritică	17. Inapetență
18. Variații diurne ale simptomatologiei	18. Pierdere în greutate
19. Depersonalizare - derealizare	19. Preocupări (îngrijorare) față de starea fizică
20. Simptome paranoide	20. Absența libidoului
21. Simptome obsesiv-compulsive	
22. Neajutorare	
23. Lipsa de speranță	
24. Devalorizare (pierderea stimei de sine, auto depreciere)	



În acest spirit, în DSM-5 **Depresia Majoră** e circumscrisă printr-o listă de 9 simptome care se manifestă continuu peste 14 zile, primele două fiind obligatorii, iar altele 3 facultative

1. Dispoziție depresivă persistentă

2. Scăderea interesului pentru orice





Jaspers a subliniat însă că, profilul unui sindrom pretinde pe lângă frecvență crescută de co-manifestarea unui grupaj simptomatic, și o *formă specifică*, ce derivă din coerența trăirii normale din care acestea derivă; trăire ce are un sens existențial dar care e deformată acum patologic.

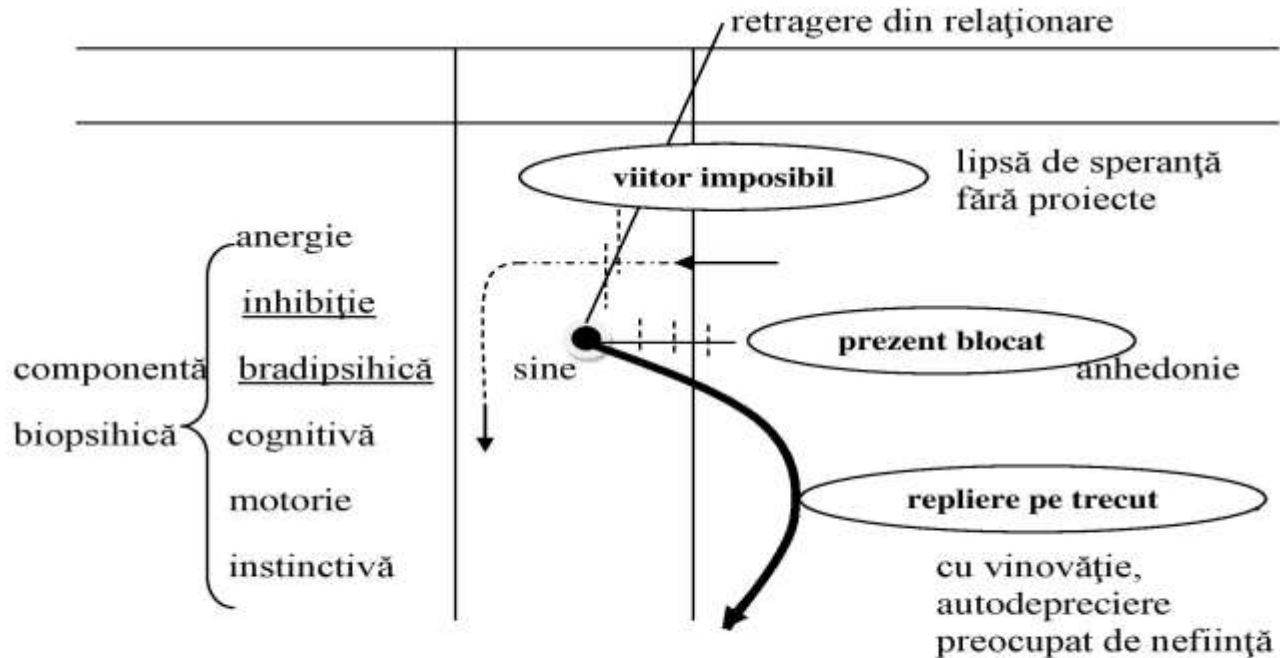
Iar pentru marile sindroame această formă definitorie ar putea fi comentată și din perspectiva unui caz ideal, care să lumineze cazuistica specifică.

Pentru depresie aceasta ar putea fi *forma inhibată*.



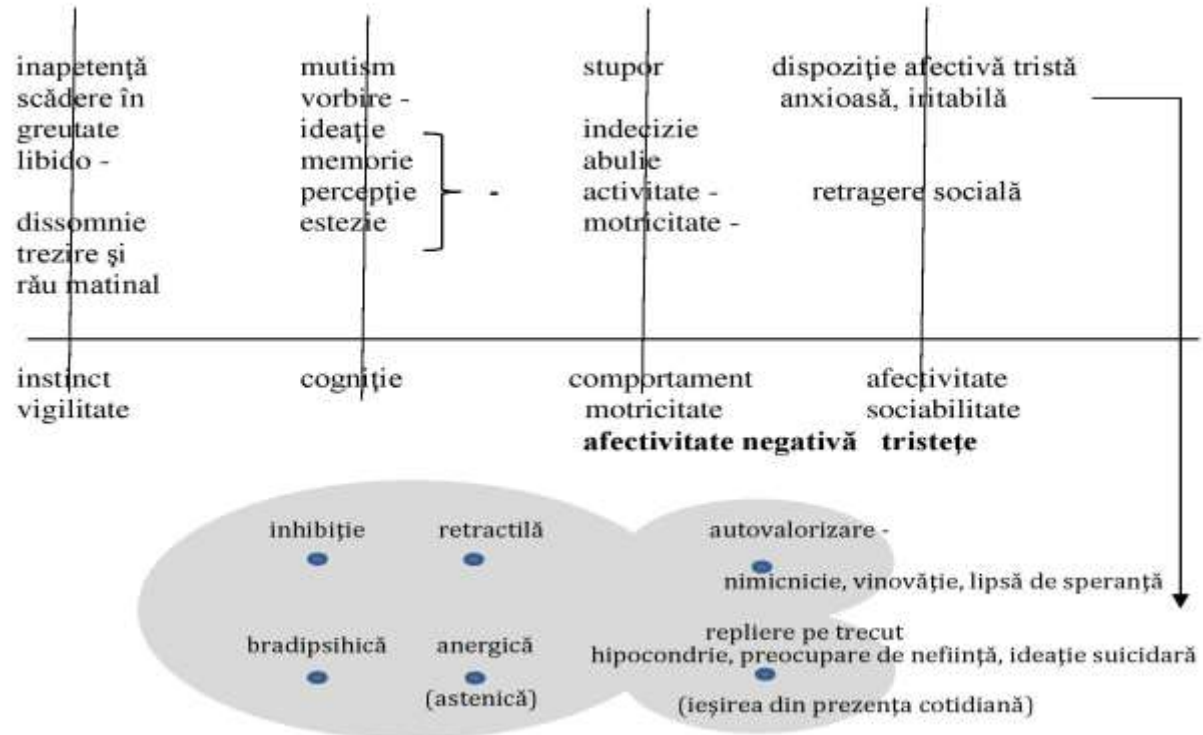
Sindromul depresiei inhibitate înțeles ca deficit disfuncțional al dispoziției depresive normale

TRISTEȚE



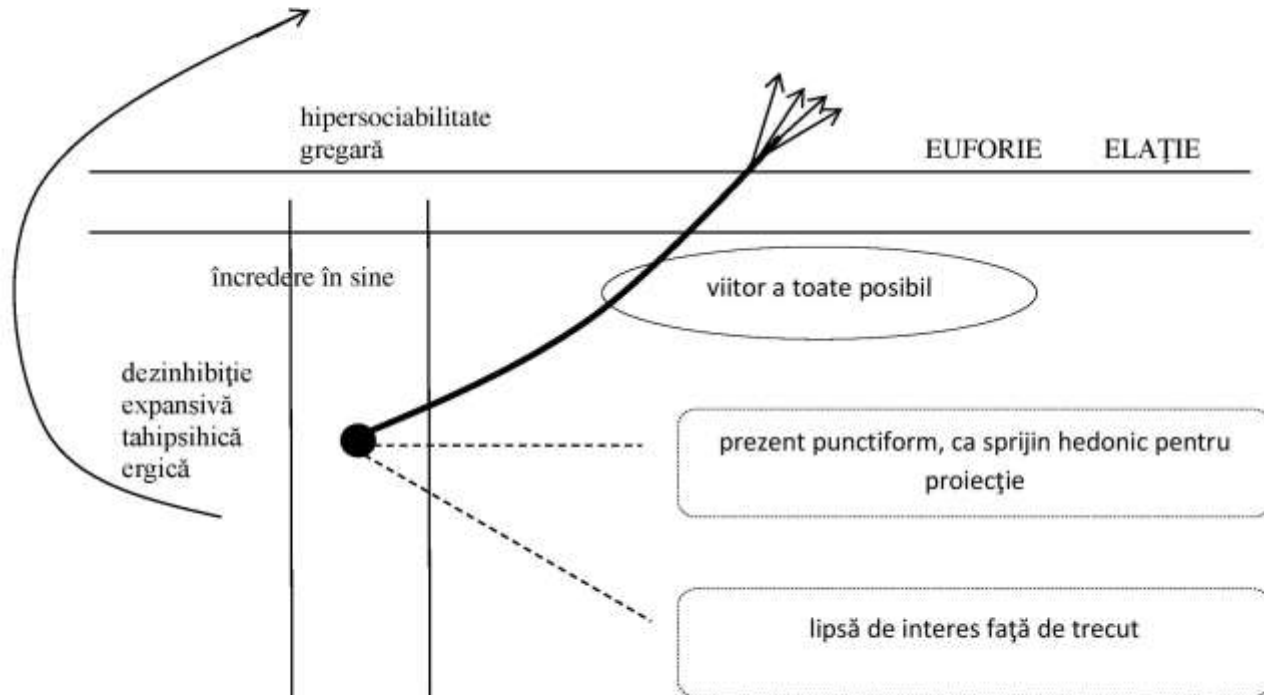


TRISTETE (afectivitate negativă)





**Sindromul maniacal înțeles ca deficit disfuncțional al dispoziției de elajie euforică din normalitate;
aspecte formale**





Simptomatologia sindromului maniacoal privită ca derivând dintr-o tulburare formală bazală

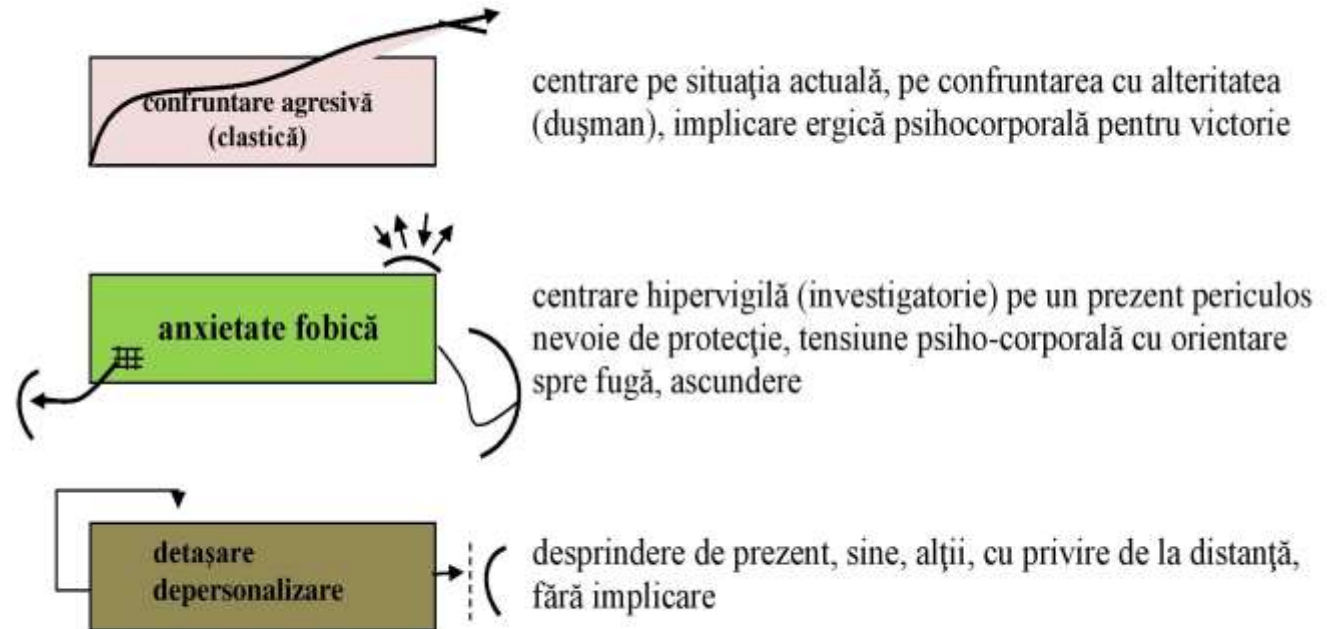
dezinhibiție erotică	presiunea vorbirii (logoree)	agitație	elație, (optimism), euforie (veselie), disforie (iritabilitate) dispoziție afectivă +
insomnie ergică	fugă de idei atenție distributivă memorie } + percepție } + esteze }	acte riscante activitate } + motricitate }	hipersociabilitate (superficială)
instinct vigilitate	cogniție	comportament motricitate	afectivitate sociabilitate





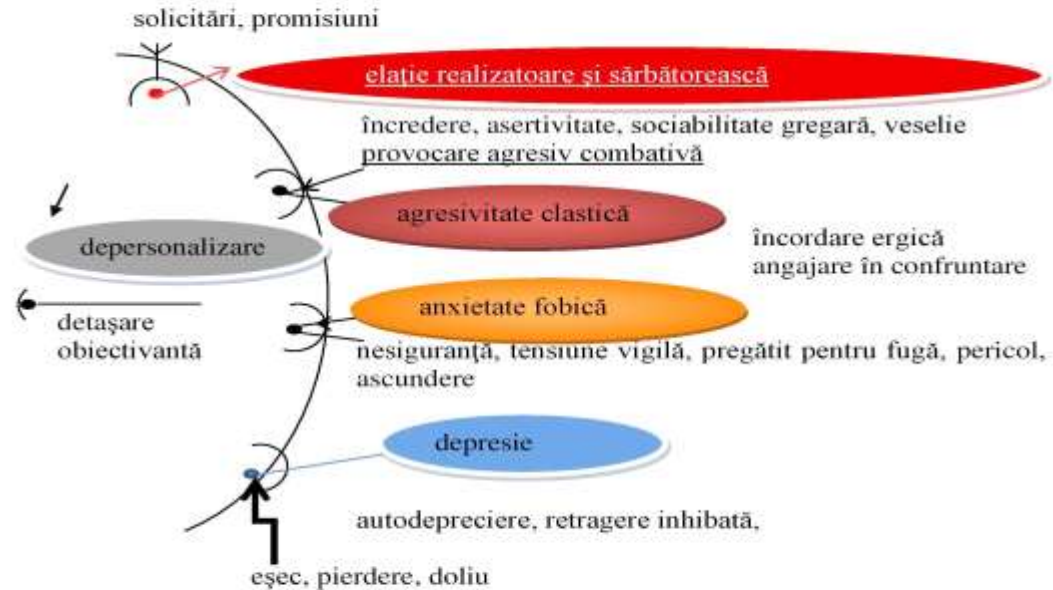
Principalele dispoziții afective (normale și patologice) configurează contururi (forme) specifice psihismului







Un profil formal similar cu cel al depresiei s-ar putea configura pentru toate cele cinci dispoziții afective bazale



Dispozițiile afectiv comportamentale se conjugă cu cele interpersonale (dominație/sumisiune; agreabilitate/opozitivitate) și realizatorii



Revenind la depresie și la conturul formal al sd. depresiv, inhibiția acesteia e centrată în primul rând pe nivelul biopsihic. Ea a fost comentată la începutul sec.XX de către K.Schneider ca "depresie vitală", considerată ca specifică "endogeniei". Acest aspect al componentei biologice a sd. depresiv e reactualizat în prezent de psihopatologia evoluționistă.

Această doctrină atrage atenția asupra valențelor adaptative ale inhibiției bradipsihice în biologie, nu doar în perioadele de hibernare a unor specii ci și prin conduitele de blocare psihomotorie - "moarte aparentă" (Totstelreflex) ce se instalează în fața unor amenințări. Condiție care în psihopatologia umană se exprimă prin conduitele de: leșin, stupor, catatonie.

Se poate oare aplica, într-un fel, ideea evoluționistă și psihismului uman?

Dacă pe vremea lui Jaspers cineva ar fi întrebat:

De ce e omul trist când pierde ceva sau pe cineva apropiat?

Răspunsul ar fi fost foarte probabil:

Deoarece așa e natura umană.

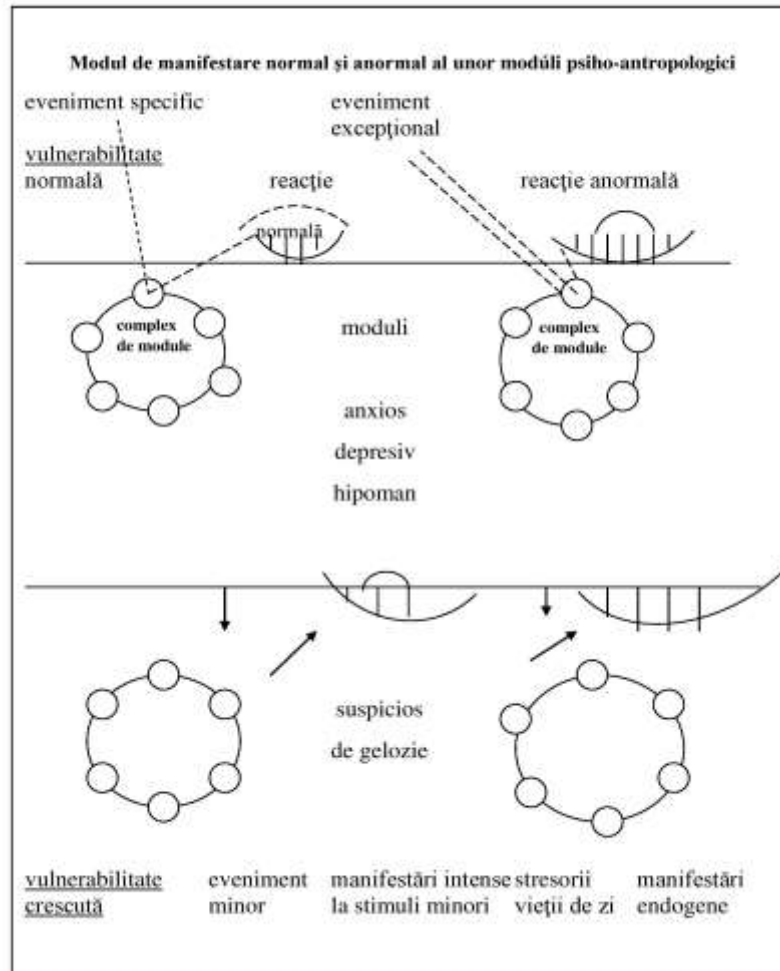


În universul lumii umane, stările depresive ce urmează pierderilor, doliului, eșecului, infrangerii, sunt urmate, în mod firesc și adaptativ de de o *retragere inhibată și cu repliere pe sine*; necesare analizei și bilanțului situational, refacerii ergice și motivaționale, pregătirii pentru disponibilitatea de a se angaja în noi proiecte și relații.

Depresia, tristetea și retragerea inhibată din depresia normală, este și ea adaptativă.

De aceea s-ar putea formula schematic că:

Omul este dotat cu "capacitatea de a fi depresiv", posedând în structura psihismului său "un modul psihopatologic al depresiei ", care, la fel ca în anxietate, furie, gelozie etc., se actualizează în situații semnificative adecvate permițând subiectului să gestioneze corespunzător situația și să se refacă, pentru a reintra în circuitul vieții cotidiene.



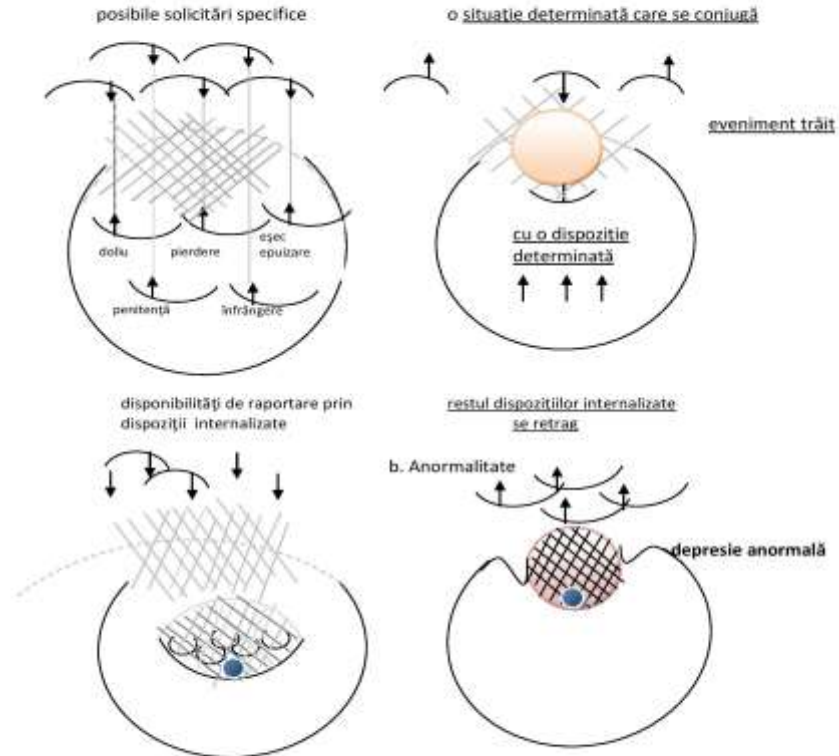


Depresia anormală ar putea fi înțeleasă ca manifestarea excesivă și aberantă a unui astfel de modul al inhibiției depresive (de fapt a manifestărilor “internalizate” găsite în jurul acesteia) care se impune la stimuli minori sau spontan,.. și prin funcționarea psihismului, blocând alte manifestări și decontextualizând persoana.

Desigur, abordând problematica psihopatologiei umane, se impune a se ține seama de coordonatele specifice psihismului persoanei. De aceea, circumscrierea formală ce s-a configurat pentru depresie sugerează – în spiritul sugestiilor lui Minkowski – distorsiunea temporo spațialității specific umane, a raportării la sine și la ceilalți cu devalorizarea sensului existenței.



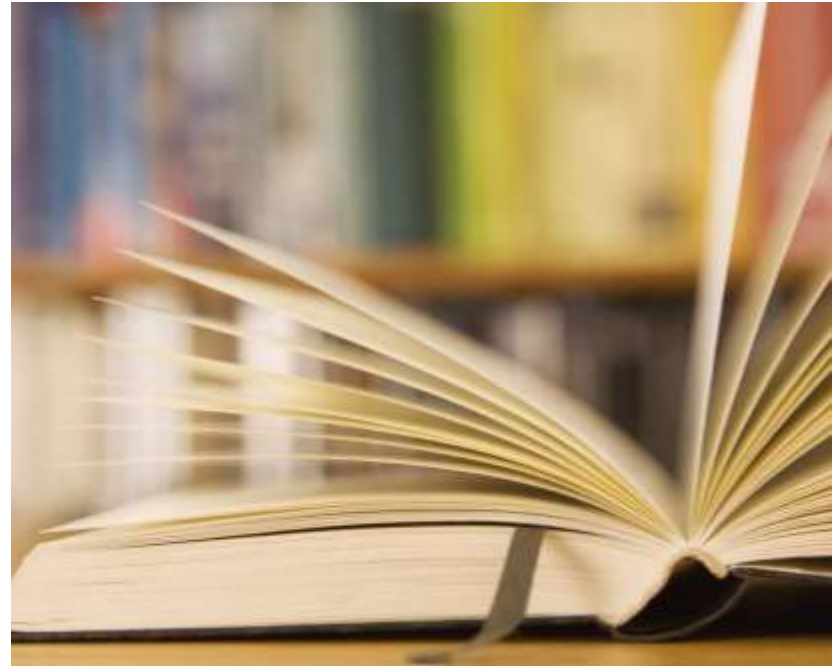
De fapt, probabil se petrec procese neuropsihice care de-diferențiază matricea manifestării nuanțate a acestui modul în raport cu variate situații concrete.



Iar o schemă formală rigidă a modului depresiv se impune la stimuli minori, preluând funcționarea psihică și decontextualizarea subiectului.

**C. REACȚIILE ANORMALE ȘI
FUNDALUL BIOGRAFICO-
CARACTERIAL**

**Prof.Dr.Mircea LAZARESCU, Jeni BLAJOVAN
Păltiniș, Iulie 2022**



REACTIILE LA SITUATII AU PARTIAL O STRUCTURA SUPRAPERSONALA

Jaspers e cunoscut de psihiatrii clinicieni mai ales prin trimiterea la "reacția comprehensivă anormală » .

E vorba de o reacție firească la semnificația unui eveniment perceput și înțeles, dar excesivă ca intensitate și durată; și care se remite la încetarea cauzei. Noi înțelegem empatic o astfel de reacție, pentru că toți am fi reacționat la fel. De ex. : - starea anxioasă după o spaimă puternică, cu reamintirea involuntară a evenimentului și evitarea a tot ce-l evocă ; sau – o depresie de doliu cu inhibiție profundă și prelungită.

Referința la reacții anormale presupune, ca punct de plecare, modul nostru de manifestare în situațiile firești ale vieții de zi cu zi....pe care de obicei nu le comentăm...dar care acum se cer analizate fenomenologic.

Reacțiile oamenilor la evenimentele situaționale se derulează în mare măsură după o schemă formală; caci semnificațiile actuale care declanșează reacții sunt, tipologic, limitate:

-la pierdere (doliu, eșec, înfrângere)...se reacționează cu retragere și repliere inhibată, depresivă

-la pericol (amenințare)... se reacționează cu tensiune anxioasă, evitare, asigurarea protecției

-la frustrare, provocare.... cu montare agresiv combativă

-la apel și promisiune..... cu elan realizator, urmat de euforia sărbătorii colective

Aceasta limitare rezulta si din faptul ca, modelul general de reacție la evenimente semnificative omul îl moștenește, în coordonatele sale de baza, din biologie.....

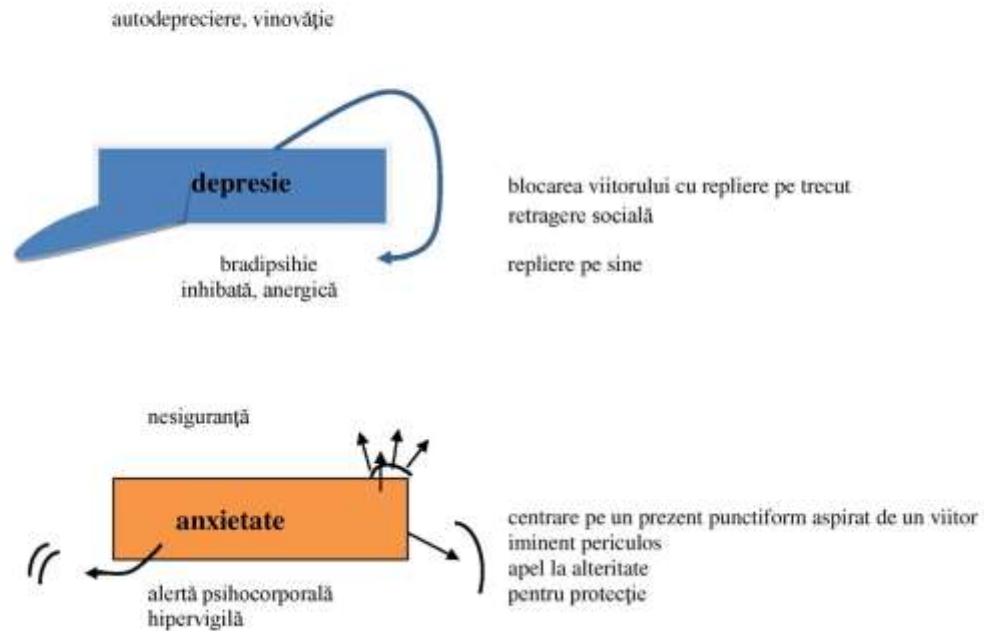
Comportamentul reactiv instinctiv la semnificația unor situații pe care îl moștenim din biologie, are la baza sa un sens adaptativ:

- anxietatea fobică ferește animalul de agresiuni și evenimente fatale ; – agresivitatea combativa îi e utilă în confruntări;- sumisiunea inhibată ("reflexul de moarte") poate fi salvatoare în situații extreme ; - expansivitatea susține explorarea și rutul....

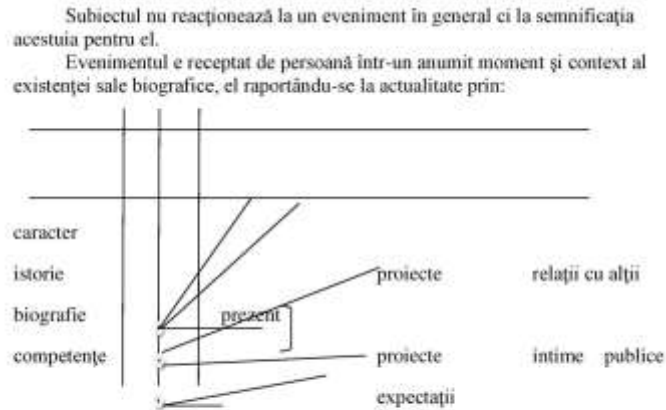
Psihismul persoanelor e desigur mult mai complex decât cel al animalelor...iar semnificațiile la care el reacționează sunt reformulate prin parametrii specifici "lumii umane" (e.g amenințarea poate veni din partea legilor sau a lui Dumnezeu...pierderea se poate referi la avere, onoare sau sensul existențial)...Dar raportarea la lume se face și la om tot prin intermediul unor situații problematice, cu semnificații specifice.

Reacția anormală va tensiona acum coordonatele de raportare situațională specifice ale psihismului persoanei, afectând dimensiunile spațio-temporalității care sunt proprii acesteia, raportarea la sine și la alții. Fapt ce poate fi constatat la toate modurile principale de reactive comprehensiva intensa.

Reacția anormală tensionează specific raportarea situațională a psihismului persoanei, în perspectiva spațio-temporalității trăite, raportării la sine și la alții:



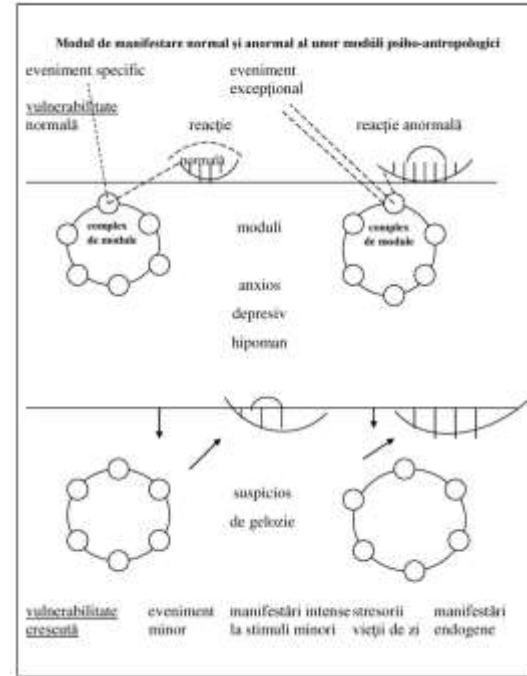
Dincolo de aceasta schema formală, un eveniment trăit actual, cu întreaga sa semnificație, e intens personalizat. Căci el se corelează cu preocupări, proiecte și expectații de durată, înscrise în cursul biografic al subiectului, ca părți ale acestuia. Fapt ce poate marca sensibilitatea la unele semnificații informative actuale, ce
 xpectații din viitor



Evenimentele trăite sunt depuse în memoria biografică în cadrul narativității lingvistice; și a unor scenarii în care subiectul e cuprins ca personaj.

Formele schematice de reacție moștenite biologic se conjuga deci cu experiențele trăite, făcând ca orice om să aibă în structura sa biografică caracterială –deci "la dispoziția sa" – un set de moduli dispoziționali (anxioși, agresivi, de suspiciune etc.) pe care îi poate actualiza situațional, astfel încât să aibă un cadru adecvat de reacție la evenimente.

Cu cât aceste "instrumente" dispoziționale sunt mai puternic reprezentate într-un sector – anxios, depresiv, de suspiciune etc. -, cu atât subiectul poate reacționa mai intens într-o anumită direcție. Astfel încât, la același eveniment stresant, participanții să se manifeste diferit.



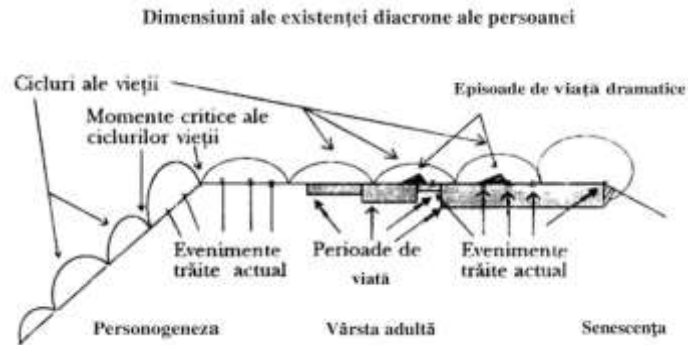
REACTIILE ANORMALE SE INSCRIU INTR-O PSIROPATOLOGIE DINAMICA

Jaspers a comentat reacțiile comprehensive anormale în cadrul unei complexe "psihopatologii dinamice", ce invocă :

Reacția, dezvoltarea și persoana anormală,.... criza și bufeul, episodul (faze ale unei evoluții, perioade, uneori ciclice), procesul psihopatologic (desorganizant delirant), procesul organic și defectul.

Primele trei aspecte implică dimensiunea comprehensivă a psihopatologiei, reacția interferând în diverse moduri cu structura persoanei, cu proiectele și preocupările ce stau la baza dezvoltărilor psihice. Următoarele trei sunt corelate de Jaspers cu o cauzalitate endogenă (genetică).

Jaspers proiecta dinamismul psihopatologic pe fundalul metamorfozelor bio-psihoice ale persoanei normale dintre nașterea și moartea acesteia, din care endokinezia nu poate fi exclusă.



Jaspers semnaleză două împrejurări de interferență între aria comprensivă și cea endogenă a psihopatologiei.

- Situația când în urma unui eveniment trăit starea psihopatologică ce se instalează nu e comprensivă : e.g. după o spaimă – se instalează o stare dezinhibat euforică (maniacală)...sau... după un deces – apare o convingere de urmărire paranoidă. In aceste cazuri reacția poate fi considerată doar ca declanșatorul unui episod endogen, ce s-a pregătit subteran; și doar s-a actualizat cu aceasta ocazie.

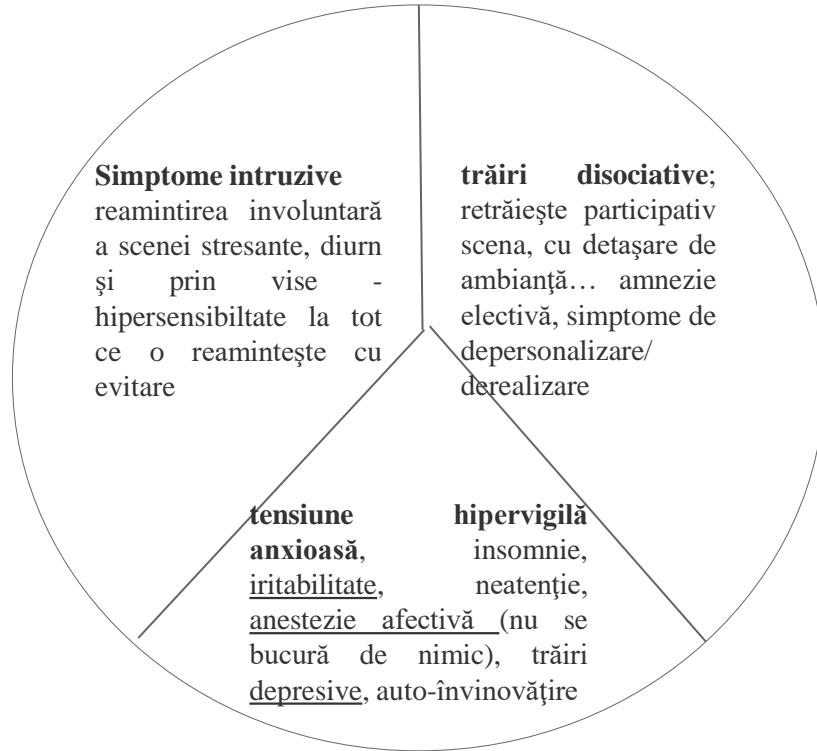
- Situația în care o preocupare aparent reactiv prevalentă – e.g. de sănătate, dismorfă, de gelozie – ajunge să se exprime bizar și excesiv, dincolo de comprensibilitate. Caz in care vulnerabilitatea pentru psihoza endogena este mare, iar dezvoltarea reactiva destramă limita subțire care desparte trăirile normale de manifestările orbitei psihotiforme, aplatizând prezentul trăit.

REACTIA ACUTA DE STRES SI FUNDALUL PE CARE ACEASTA APARE

Revenind la problematica propriuzisă a reacțiilor comprehensive, în DSM-5 întâlnim, ca un fel de prototip al acestora, **Reacția acută de stres**.

Aceasta se instalează în primele zile după: amenințare cu moartea, lezare gravă, viol, sechestrare, tortura... trăite direct sau intens participativ. Tabloul simptomatic durează până la o lună și constă din :

- simptome intruzive : reamintirea involuntară a scenei stresante, diurn și prin vise - hipersensibilitate la tot ce o reamintește, cu evitare
- trăiri disociative ; re trăiește participativ scena, cu detașare de ambianță... amnezie selectivă, simptome de depersoalizare/ derealizare
- tensiune hipervigilă anxioasă, insomnie, iritabilitate, neatenție, anestezie afectivă (nu se bucură de nimic), trăiri depressive, auto-învinovățire



- Reacția acută la stress se poate însă prelungi (în peste 50% din cazuri) până la 6 luni și după, cu manifestări clinice pronunțate, eventualitate în care e etichetată ca :

- Reacție de stress postraumatic. Aceasta poate apare și după câteva luni de la eveniment, are o simptomatologie mai intensă și poate dura ani de zile. Factori favorizanți pot fi: - o sensibilitate constituțional genetică crescută la reacții anxioase...cumulul biografic de psihotraume stresante anxiogene...o perioada de epuizare, cumul de patologii diverse etc.

-Dar, există și indivizi care, deși sunt expuși la aceleași condiții psihotraumatice, nu manifestă simptomatologie reactivă majoră.

Una din explicații poate fi : o redusă reactivitatea emotivă constituțională, genetică, prin deficiența structurilor neuro-vegetative care să declanșeze reacția anxioasă.

O astfel de areactivitate înăscută (temperamentală) poate favoriza performanțe în expediții periculoase și acte temerare; dar, se întâlnește și la psihopații amoralii, lipsiți de milă și rușine (condiție etichetată ca "Callous Unafectivity").

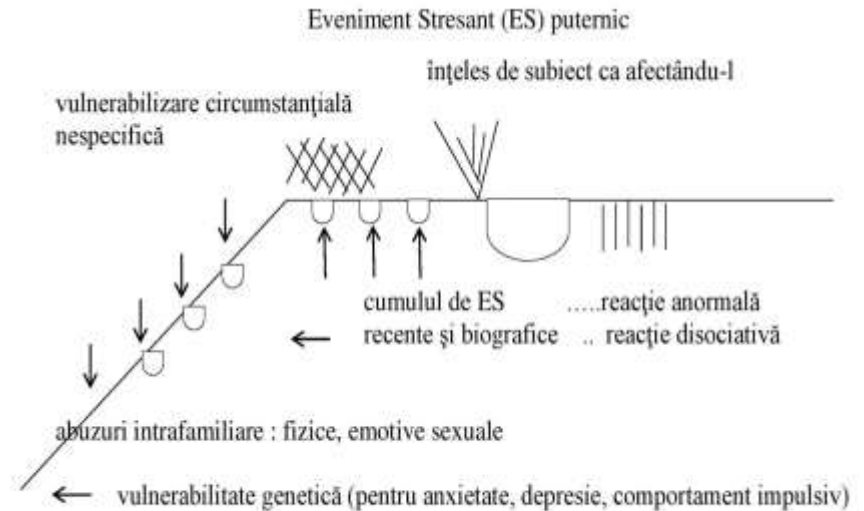
O PERSOANA POATE FI MARCATA, DE ANTERIOARE EVENIMENTE

Privitor la reacțiile de după stres, DSM-5 precizează ca factori predispozanți preexistența Tb. Anxioase (de panică, evitante, TP din clusterul C).

Deci : Nu contează doar expunerea la evenimentul stresant, ci și :

Cine este. ?...Cum e structurată psihic persoana care e expusă la o situație stresantă ? !

- Problema a fost comentată în acest sens încă de pe vremea lui Jaspers, prin trimitere la valențele vulnerabilizatoare a cumulului unor evenimente stresante, recente sau biografice... din aceeași clasă (amenințătoare).



O perspectivă interpretativă suplimentară și complementară o ridică simptomele disociative ce se manifestă în reacțiile la stres.

Ele indică un mecanism psihologic prin care unele amintiri impresionante (impregnate de scenarii relaționale) se depun în memorie (inconștient) insuficient metabolizate, persistând apoi "ca un corp străin intrapsihic"; și - reactivându-se la stimuli mai mult sau mai puțin stresanți.

Mecanismul a fost descris de Janet ca stând la baza unor stări de psihoză "disociativ-hyterică". Problemă ce a fost reluată de neopsihanaliza mai recentă și de adepții "psihozelor disociative".



Se cere reamintit că psihanaliza clasică a acceptat un conflict intrapsihic instaurat din prima copilărie, prin sedimentarea în inconștient a unor scenarii interpersonale "complexuale", ce implică simbolic imagourile părinților....

....Scenarii anxiogene, încărcate de simbolism sexual și punitiv, care pot dirija "din umbră" preferințele, opțiunile, comportamentele și chiar reacțiile adultului.

Existența unui "eu secund", complexual, a fost postulată și de psihanaliza dimensionată cultural a lui Jung, cu referință la căutările și opțiunile spirituale de "individuație" ale subiectului..ce pot prefața procesul de metanoia.

Mai recent s-a discutat despre o eventuală conjuncție între complexe inconștiente ale psihanalizei și psihotraumele nemetabolizate de la diverse vârste biografice.

ROLUL PROBLEMELOR TENSIONANTE PRELUNGITE

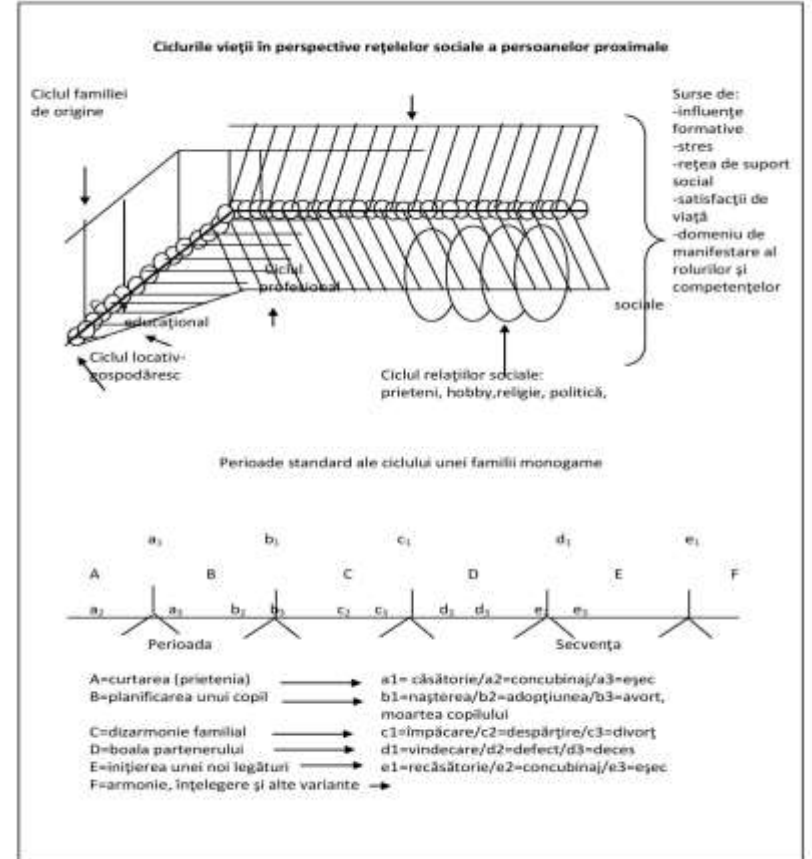
Psihopatologia dezvoltată a atras atenția și asupra influenței vulnerabilizatoare a abuzurilor intrafamilare din prima copilărie : fizice, afective și sexuale; sau a neglijării. Aspecte ce pot lăsa consecințe de durată, inclusiv modificând schemele cognitive de gândire autoevaluativă (e.g. în direcția depresiei).

De altfel, în ultimul timp se acordă importanță problemelor tensionate prelungite ce pot avea loc, la diverse vârste, în anumite medii ale ciclurilor vieții în care se derulează existența cotidiană : familie, educație, profesie, habitat etc.

Sunt arii în care se realizează: - pe deoparte: învățări, câștigarea de competențe, satisfacții, relaționările suportului social,..iar - pe de alta parte: tensiuni conflictuale, frustrări, învățări negative.

E vorba de o zona în care se desfășoară și scenariile proiectelor și preocupărilor, aspirațiile, succesele, împlinirile..dar și eșecurile, deziluziile.

Inventariile recente adaugă la toate acestea, eventualele probleme sociale, precum aculturația, persecuția, excluderea, izolarea.



FACTORI CONSTITUTIONALI, TEMPERAMENTALI CARACTERIALI

O reactivitate particulară – de ex. pentru anxietate - poate fi înnăscută, temperamentală. Faptul a fost sesizat din antichitate; - flegmaticul reacționa puțin la evenimente; - colericul se dezlănțuia furios; - melancolicul dezvoltă mereu stări depresive.

Tipologia caracterială normală și patologică a sec. XX a comentat deasemenea această variantă temperamental-caracterială privitoare la reactivitate. În raport cu amenințările și pericolele, vor exista: - persoane extrem de sensibile, chiar la indici minori (paranoiicii, evitanții); - persoane cu o reactivitate obișnuită; și - persoane slab reactive sau imune (schizoidul, psihopatul antisocial).

Psihologia caracteriologică a persoanei din sec. XX a fost însă tot mai sensibilă la particularitățile caracteriale de relaționare interpersonală și sociabilitate. Astfel de ex., unele persoane resimt intens nevoia de sprijin interpersonal pentru a face față stresorilor (dependentul, evitantul), alții sunt detașați (e.g. introvertiți asociabili, preocupați de abstracții; iar alții se manifesta constant dominator sau conflictual.

În ultimele decenii psihopatologia s-a concentrat (în marginea studierii Tb. Bipolare) asupra temperamentelor afective, tipul hipertim fiind caracterizat astfel :

"Persoane cu nivel crescut de energie și nevoie redusă de somn, asertivi, predispuși spre contestare, ce prezintă constant cel puțin câteva din următoarele: o dispoziție veselă, optimism sau e exuberant/iritabil; încrezător și cu o bună părere despre sine, uneori grandiozitate; plin de planuri, uneori nechibzuit sau impulsiv; vorbește mult; sociabil, exuberant, hiperimplicat; neinhibat, caută stimularea, uneori promiscuu".

O astfel de persoană pare puțin expusă la stimulii anxiogeni; dar poate intra ușor în conflicte cu alții.

În cazul Tulburarilor de Personalitate este evident că unele tipuri induc și întrețin constant evenimente în ambianța psihosocială, precum cele din clusterul B DSM-5 (histrionicul - situații publice spectaculare,... marginalul – evenimente tensionate în relația cu partenerul,.. antisocialul – acte agresive și infracționale). Iar dispoziția afectivă dezinhibat-expansivă – "endonul hipoman" - potențează astfel de comportamente.

Merită amintit și comentariul clasic a lui Tellenbach privitor la Tipus Melancholicus, caracterizat prin: - tendința excesivă la ordine, control, perfecționism și valorizare prin performanță. Persoanele sunt sensibile la cursul programelor și la ritmurile derulării existenței, decompensându-se depresiv anxios în cazul schimbărilor neprevăzute, a dezordinii, epuizării, eșecului.

În acest caz e de presupus o crescută disponibilitate depresiv anxioasă - temperamentală caracterială, endogenă - ținută sub control prin performanță și ordine; care se validează spontan când controlul scade prin situații neprevăzute, prin manifestarea „endoneului depresiv”.

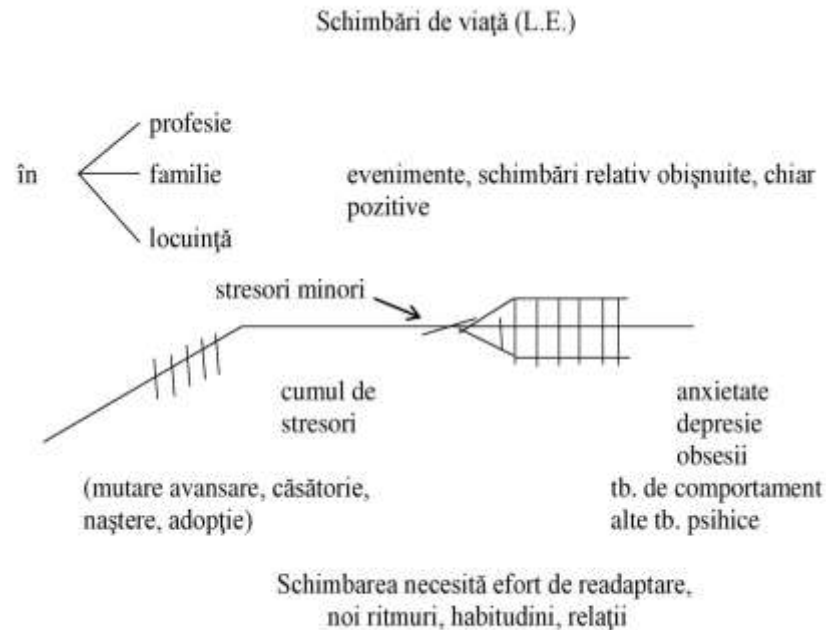
PSIHIATRIA COMUNITARA SI DECOMPENSARILE PSIHICE LA

SCHIBARILE DE VIATA

Către sfârșitul sec. XX, când s-a dezvoltat psihiatria comunitară, cercetătorii anglo-saxoni au atras atenția asupra faptului că, unele evenimente și schimbări de viață pot fi reactogene psihic – inducând stări depresiv anxioase, iritabil disforice etc. - și fără să fie comprehensiv psihotraumatizante; iar uneori, chiar dacă sunt pozitive (e.g. promovarea, o reușită profesională sau familială).

Explicația ar consta în faptul că, schimbarea de viață determină solicitări de readaptare la noi ritmuri de viață, obiceiuri, roluri, responsabilități, competențe, ...refacerea rețelei sociale etc.. Astfel ele solicită și epuizează subiectul, uneori derutându-l; și permițând astfel vulnerabilităților sale de fond, dispoziționale, să se manifeste.

Iar dispozițiile afective depresive, anxioase, iritabil disforice etc. - care zac și mocnesc în el - se exteriorizează....aparent fără motiv.



Rolul protectiv al rețelei de suport social

În aceeași perioadă s-a evidențiat și importanța ”rețelei de suport social” – r.s.s. - în apariția unor episoade psihopatologice și în evoluția acestora. O astfel de r.s.s. se referă la numărul restrâns de persoane – din familie, serviciu, vecinătate, prieteni, religie -, despre care el crede că îl vor ajuta, material și moral, în cazul unor situații dificile, în viața zilnică sau în perioade de criză.

O rețea redusă, face ca : stresori puțin intenși să inducă o reacție pronunțată (e.g. o depresie serioasă în cazul unei pierderi minore, anxietate majoră la mici indici de boală). Iar o rețea bogată, îl protejează, chiar în fața unor stresori majori.

Rețeaua de suport social joacă un rol important și în tempo-ul de revenire dintr-o decompensare psihică sau boală somatică; precum și în prevenirea recăderilor.

Rolul protectiv al coping-ului cu stresul și a satisfacțiilor de viață

O altă observație a fost aceea că, reacțiile psihice anormale apar mai ușor dacă subiectul nu e priceput (abil) în ”a face față (*coping*) stresorilor” ; dacă nu știe să rezolve probleme pragmatice sau de relaționare socială, nu are abilitatea de a solicita sprijin instituțional sau unor persoane ce ar putea fi de sprijin.

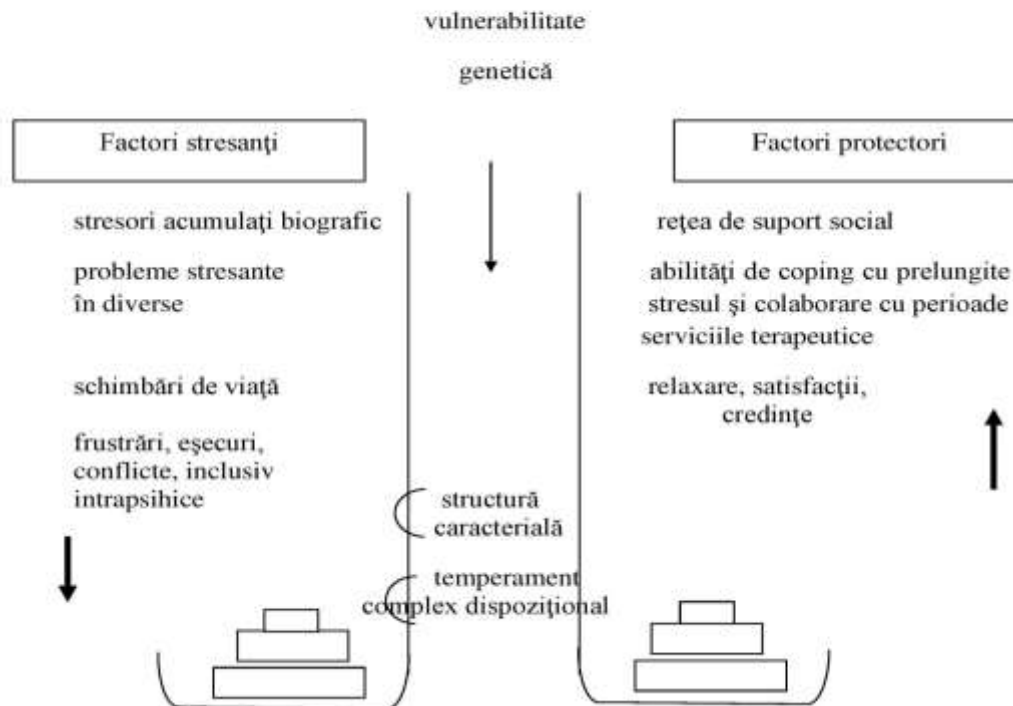
Astfel de observații au condus și la dezvoltarea unor tehnici de ”intervenție în criză” ; fie că e vorba de crizele colective, în catastrofe, atentate etc.; fie că se referă la crizele familiare, de cuplu, dintr-un colectiv de muncă.

Pornind de la această perspectivă, s-au dezvoltat și programele de asistare a rezilienței.

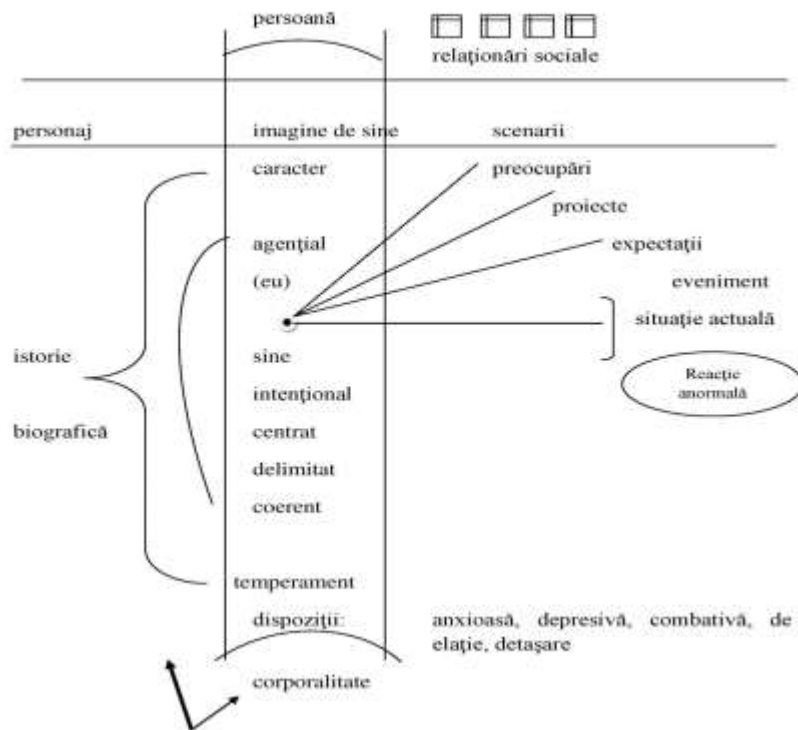
În sfârșit, o observație banală arată că rezistența la stres e mai mare la cei care știu să se relaxeze și au satisfăcții de viață. Iar cei ce nu știu să se bucure de viață – sau sunt lipsiți de satisfacții – se decompensează și la stresori minori.

Ca o concluzie: Vulnerabilitatea psihică ar depinde de echilibrul dintre factorii stresanți și cei protectori

Solicitările stresante pot fi compensate de factori protectori



Reacțiile anormale se cer corelate cu structura identitară a persoanei



Structura de edifică de-a lungul personogenzei

VA MULTUMESC

mlazarescu123@gmail.com