

IV. TRĂSĂTURI DE PERSONALITATE ÎN DETERMINAREA BOLILOR

IV.1. CONCEPTUL DE PERSONALITATE

Teorii neobehavioriste

Teorii psihodinamice

Teorii sociale

IV.2. PERSONALITATEA ȘI CICLURILE VIEȚII

ETAPELE CICLULUI VIEȚII

Perioada copilăriei

Etapa I: Încredere bazală/Neîncredere bazală (de la naștere la un an)

Etapa a II-a: Autonomie/ Rușine și îndoială (1 – 3 ani)

Etapa a III-a: Inițiativă/Vinovăție (3 la 5 ani)

ETAPA a-IV-a: Hărnicie, perseverență/Inferioritate (6 la 11 ani)

ETAPA a-V-a: Identitate/ Confuzie de rol (de la 11 la 20 de ani)

Perioada adultă

ETAPA a-VI-a: Intimitate/ Izolare (20 – 40 de ani)

ETAPA a-VII-a: (Pro) Creație/Stagnare (40 – 65 de ani)

Perioada bătrâneții

ETAPA a-VIII-a: Integritate/ Disperare și izolare (peste 65 de ani)

IV.3. TEREN PREMORBID ȘI VÂRSTĂ

IV.4. „SENSUL PERSONAL AL VIEȚII”

IV.5. CONȘTIINȚA IDENTITĂȚII PERSONALE

IV.6. BOALĂ ȘI PERSONALITATE

IV.7. MODALITĂȚI DE ABORDARE A PACIENTULUI CU TULBURARE DE PERSONALITATE INTERNAT

IV.8. MANAGEMENTUL MEDICAL AL PACIENȚILOR CU TULBURĂRI DE PERSONALITATE

IV.9. PERSONALITATE ȘI ADAPTARE

SCALA DE EVALUARE GLOBALĂ A FUNCȚIONĂRII (GAF-GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING)

VI.1. CONCEPTUL DE PERSONALITATE

Orice încercare de definire a personalității se lovește de enorme dificultăți, generate, pe de o parte, de gradul deosebit de generalitate al noțiunii, iar pe de altă parte, de nevoia de sinteză pe care orice definiție o presupune.

Personalitatea umană constituie direct sau indirect terenul de intersecție al multor discipline științifice, este un univers care incită permanent la cunoaștere, dar care niciodată nu poate fi epuizat. Goethe considera că suprema performanță a cunoașterii științifice este cunoașterea omului. Ideea este justificată atât prin complexitatea maximă a ființei umane, cât și prin faptul că omul reprezintă valoarea supremă pentru om.

Între pesimismul lui Nietzsche, care afirma că *omul este animalul care nu poate fi niciodată definit*, și viziunea axiologică a lui Protagoras care spunea că *omul este măsura tuturor lucrurilor*, se naște neliniștitoarea întrebare – cum să evaluezi ceva care nu este măsurabil?

Dacă pentru alte domenii această întrebare poate să rămână retorică, pentru psihiatrie, psihopatologie și psihologie clinică, care operează cu modelul medical, ea trebuie cu necesitate să-și găsească un răspuns. Acest răspuns devine extrem de

complex în contextul creșterii vertiginoase a volumului informațiilor științifice, care determină o viziune multidimensională, prin care realitatea nu poate fi cunoscută decât prin interpretările interdisciplinare, sistemice, ale contextelor, ansamblurilor.

Cu toate că se pot inventaria aproape tot atâtea definiții asupra personalității câte teorii psihologice există, se poate stabili totuși un oarecare consens asupra unui număr de noțiuni, care sunt în genere cuprinse în orice definiție și descriere și pe care vom încerca să le trecem în revistă:

- personalitatea este un concept global, o structură care nu se poate descrie decât prin elementele sale structurale;
- ea are un anumit grad de permanență, o dinamică și o economie proprie;
- este rezultanta dezvoltării potențialităților înnăscute într-un mediu de dezvoltare precizabil din punct de vedere socio-cultural;
- dezvoltarea personalității este secvențială.

Subliniem însă încă o dată că abordarea acestor puncte de referință diferă după școală, atât în privința sensului acordat, cât și a ponderii ce li se aplică în cadrul personalității.

Menținându-ne punctul de vedere că pentru o ordonare axiologică trebuie să preexiste o cunoaștere suficientă a noțiunii de valorizare, vom trece în revistă principalele grupe de teorii cu privire la personalitate, urmărind în principal aspectul structural, aspectul dinamic și genetic puse în evidență de acestea, situate la intersecția medicinei cu psihologia.

Teorii neobehavioriste – obiectiviste, încearcă să explice fenomenele psihologice prin extrapolarea rezultatelor psihologiei experimentale și psihofiziologiei. Analizând rolul structurant al mediului în constituirea personalității, integrând reflexologia pavloviană, behaviorismul watsonian și teoria învățării a lui **Thorndicke**, neobehaviorismul elaborează, prin **Dollard** și **Miller**, teorii ale personalității de tip stimul-răspuns. Ei consideră ca element structurant major al personalității – obișnuința, care ar însemna o legătură între stimul și răspuns. Rezultatele obișnuințelor învățate în cursul dezvoltării ar fi personalitatea individuală, a cărei dinamică ar fi asigurată de către pulsiuni; acestea furnizează energia necesară activității, fără să fie determinate de un scop.

Orientarea către un scop anumit se datorează învățării, care fixează ca scop obiectele a căror obținere permite scăderea tensiunii pulsionale.

Dezvoltarea personalității este văzută, de aceste teorii, ca o modificare a reflexelor specifice prin învățare; elementele caracteristice ale învățării ar fi: pulsiunea, semnul, răspunsul și întărirea sau recompensa.

Dezvoltarea psihologică se supune, printre altele, legilor extincției (absența întăririi duce la dispariția obișnuinței) și generalizării (transferarea unor răspunsuri la semne asemănătoare cu semnul inițial).

Folosirea limbajului ca vector al învățării, leagă personalitatea individuală de factorii sociali și culturali, al căror produs este.

Teoriile neobehavioriste accentuează rolul determinant al învățării precoce și al frustrărilor secundare, văzute ca obstacole în calea obținerii satisfacției și al noțiunii de conflict, văzut ca un obstacol activ, intern sau extern, într-o situație frustrantă secundară.

Teorii psihodinamice – psihanalitice, care analizează personalitatea ca o istorie a devenirii pulsiunilor primare, obținând o viziune longitudinală a individului, coerentă cu dinamica ei.

În sistemul topic elaborat de **Freud** în 1920, personalitatea este împărțită în trei instanțe:

Id-ul – polul pulsional al personalității, rezervorul dispozițiilor ereditare și al energiei pulsionale.

Ego-ul – instanța centrală a personalității, domeniul percepțiilor și proceselor intelectuale, având rol de autoconservare; el funcționează după principiul realității și corespunde gândirii colective, raționale și socializante. Este o instanță mediatoare care armonizează influențele contradictorii ale *Id*-ului și *Superego*-ului și elimină dintre stimulii lumii exterioare pe cei pe care-i consideră periculoși pentru unitatea persoanei.

Superego-ul este constituit din tot ceea ce educația aduce individului: interdicții, ierarhii de valori, exigențe, care-l fac elementul centralizator al personalității. El își manifestă existența prin conștiința morală, autocritică, sisteme de valori, interdicții, rămânând totuși, în parte, inconștient.

Dinamica personalității este asigurată de modalitățile de distribuție a energiei între cele trei instanțe psihice enunțate, o distribuție corectă asigurând echilibrul personalității. Funcționarea corectă a *Ego*-ului care-și utilizează energia pentru controlul *Id*-ului și *Superego*-ului, adică pentru îndeplinirea funcției sale de stingere a conflictelor, este asigurată și de o serie de mecanisme de apărare care îl ajută să evite angoasa generată de diferitele conflicte cu care este confruntat. Aceste mecanisme ar fi: introiecția, proiecția, refularea, sublimarea, condensarea, fantezia. În această teorie, evoluția personalității este văzută ca stadială, într-o evoluție numită libidinală, constând în următoarele etape: stadiul oral, stadiul sadic-anal, stadiul falic, perioada de latență, faza genitală. Fiecare etapă are o anumită dominantă (ale cărei caracteristici se găsesc și în etapele ulterioare, dar cu o importanță diminuată), evoluția făcându-se progresiv printr-o diversificare a modalităților de funcționare.

Teorii sociale – consideră că mediul social și cultural sunt factori predominanți ai organizării personalității. Pornind de la datele aduse de observațiile comparative ale interacțiunii dintre om și societate (studii pe gemeni, studiile performanțelor de grup, studiul unor grupuri etnice, sociale), autorii acestor teorii încearcă să evidențieze și să cuantifice într-o oarecare măsură influențele socio-culturale din structura personalității.

Intervenția unor serii de factori sociali, economici, axiologici, etico-morali, microsociologici, și-ar pune amprenta comună pe toți membrii unei culturi, sub forma unei personalități de bază (**Kardiner A.**).

Acest fond psihologic comun ar cuprinde:

- tehnici de a gândi, explica și înțelege realitatea;
- sisteme de securitate (apărarea contra angoasei născute din frustrare);
- un sistem comun de credințe, ritualuri, mituri.

Dinamica personalității ar fi creată de presiunea culturală și de dorința de securizare a individului în interiorul unei culturi anumite.

Dezvoltarea personalității către „personalitatea de bază” se face prin identificarea treptată cu modelele grupului.

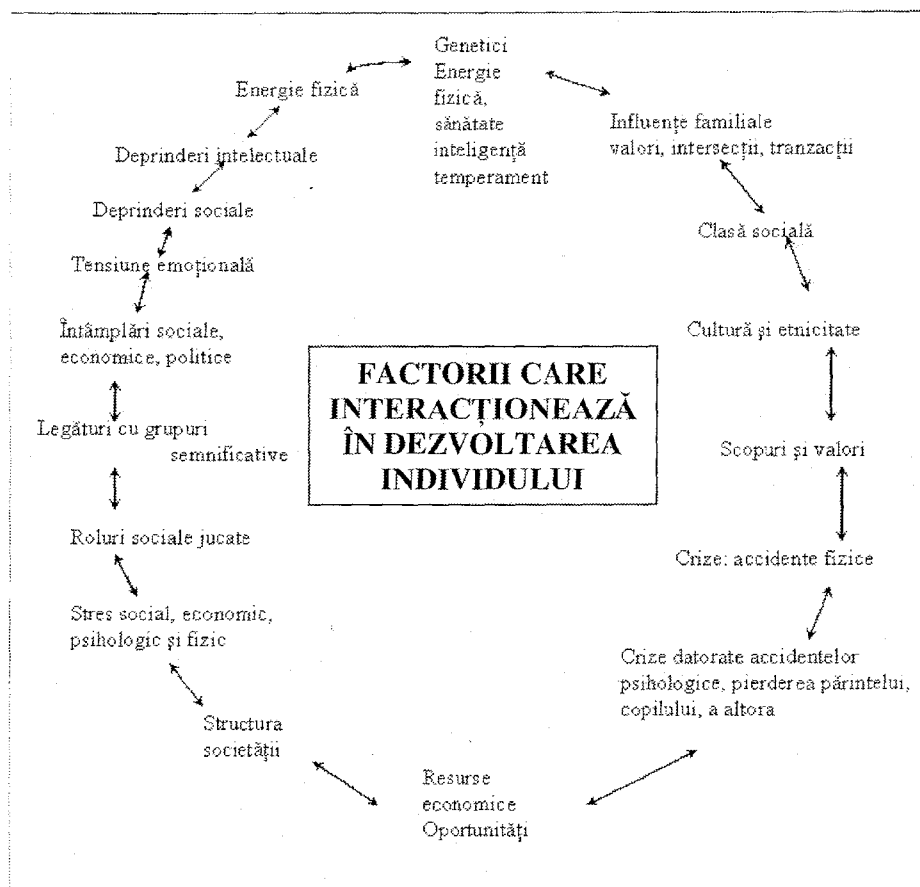
Teoriile moderne asupra personalității părăsesc în primul rând viziunea statică asupra personalității, încercând să o explice prin structurile ei active. Ele abandonează determinismul rigid, biologizant sau socializant, acordând personalității un caracter de sistem biopsihosocial.

Personalitatea umană nu se poate forma și dezvolta armonios fără ereditate naturală, fără influențe educaționale și culturale corespunzătoare.

În ceea ce privește primul factor – cel ereditar – nu se poate vorbi de o moștenire a unui conținut psihic (asemnările caracteriale dintre părinți și copii sunt rezultatul influenței durabile, conștiente sau inconștiente). Există însă și predispoziții native sau naturale, polivalente care se pot dezvolta în diferite direcții.

Mediul social influențează dezvoltarea psihică în mod direct, prin contactele personale: în familie, școală, colectivități diverse, sau indirect: prin *mass-media*. Linton A. susține pe bună dreptate că, din punct de vedere al individului, cultura societății în care se integrează constituie ereditatea lui socială. Pârghia de acțiune a mediului asupra formării personalității este educația.

În aceste condiții, dezvoltarea psihică este neliniară, orice experiență umană pe care copilul o asimilează, nu vine să se adauge celor anterioare, ci le modifică pe acestea și este modificată la rândul său; rezultatul nu este numai o acumulare, ci mai ales o reorganizare, o modificare a raporturilor și perspectivelor. Dezvoltarea psihică poate fi privită ca o alternanță temporară de faze de echilibru, de stabilitate, cu perioade de criză caracterizate de modificări profunde.



după Compton BR, Galaway B (Social Work Processes)

Ca nivel suprem de exprimare sintetică a existenței psihice, marcată de unicitatea ireductibilă și irepetabilă a ființei umane, personalitatea desemnează o „*organizare unitar-dinamică a celor mai reprezentative trăsături ale individului plener dezvoltat și integrat*” (**Pamfil E., Ogodescu D.**).

Diferențierea conținutului de potențialitatea acestuia, a fundalului de imagine, ni se pare logică și întemeiată, deoarece personalitatea este structura de rezistență longitudinală a vieții psihice, actualizată în secțiune transversală de conștiință.

Lăzărescu M. consideră persoana umană ca infinită și insondabilă până la capăt atât în esență, cât și în concretețea ei. Cu toate acestea, ea poate fi circumscrisă folosind diverse perspective în sesizarea unei structuri funcționale organizate. Din această perspectivă, psihologia și psihopatologia analizează și comentează arhitectonica acestui sistem.

Școala românească de psihologie consideră personalitatea ca un macrosistem al invariantilor informaționali și operaționali, exprimat constant prin conduită și caracteristicile subiectului (**Popescu-Neveanu P.**).

Noțiunea de personalitate capătă referiri la organizarea interioară, unitară și individualizată a însușirilor psihologice, cognitive și atitudinale ale individului, reprezentând sinteza particularităților psiho-individuale în baza căreia ne manifestăm specific, deosebindu-ne unul de altul. **Tucicov-Bogdan A.** descrie, sub aspect structural-dinamic și acțional, următoarele componente psihice interne ale personalității: latura intelectuală (sistem de informație și prelucrare cognitivă, structuri cognitive și operații intelectuale ale insului etc.); latura dinamic-energetică (temperament, afectivitate, motivație); latura proiectivă (trebuințe, tendințe, dorințe, aspirații, scopuri, idealuri); latura efectorie sau instrumentală (deprinderi, priceperi, capacități, aptitudini); latura relațională (trăsături de caracter și interpersonale) și constituția fizică biotipologică a individului.

Cuprinzând cele trei însușiri ale oricărei structuri – de totalitate, de transformare și de reglaj (**Piaget J., 1973**), structura personalității le definește specific în însăși determinarea individuală.

Însușiri ale personalității care îi determină calitatea de structură	
Totalitatea	Nici un fapt psihic nu poate fi descris ca străin sau petrecându-se în afara personalității. Istoria și geneza personalității este însăși unica istorie a devenirii individului, sub toate aspectele sale-biosomatic, psihic, sociocultural.
	Personalitatea este un holon (Koestler A.), adică este mai mult decât suma părților sale și în raport cu fiecare parte care o constituie.
Transformarea	Personalitatea este într-o continuă și necesară transformare, lucru pe care încă Jaspers l-a definit ca „ <i>dezvoltare a personalității</i> ”.
	„ <i>Formele progresive ale construcției persoanei nu pot fi concepute decât ca niveluri dinamice de integrare, în care inferiorul nu este numai integrat, ci și făcând întotdeauna parte integrantă din ansamblul noii structuri</i> ”. (Ey H.).
	Personalitatea își păstrează, în acest fel, în transformarea ei, caracteristicile fundamentale, iar istoria organismului psihic conține și „ <i>înfășoară</i> ” istoriile anterioare, desfășurându-se ea însăși ca o istorie continuă.

Reglajul	În dezvoltarea sa, personalitatea este supusă în permanență unei continue determinări exterioare. Ea nu se dezvoltă numai în virtutea „ <i>entelechiei</i> ” (Aristotel) ci și sub influența mediului cu care este în permanență confruntare.
	Personalitatea se autoconstruiește, se autoformează, dar are și capacitatea de a se autodelimita și autoperfecționa, atât în sensul autoindividualizării sale, cât și în cel al unei tot mai bune adaptări la lume, realizând o veritabilă unicitate în libertatea de ființare.

Dar personalitatea poate fi văzută și ca posedând o arhitectură mai complexă decât aceea a unui sistem. Personalitatea este și un *arhem* „adică o realitate cu o arhitectură mai completă decât aceea a unui sistem, prin funcționări fenomenologice” (**Drăgănescu M., 1984**). În acest sens, personalitatea individuală se va dimensiona din concepția despre om a vremii sale, raportându-se în sens valoric la ceilalți oameni și la existența umană, căpătând conștiință morală.

Personalitatea nu poate fi reprezentată decât ca un sistem hipercomplex, subsumat sistemului socio-cultural cu care este în permanență interrelație și întrepătrundere.

Analiza personalității a întâmpinat dificultăți infinite, din cauza complexității pe care am enunțat-o anterior, ceea ce a dus în practică la căutarea unor posibilități simplificatoare și reduționiste de descriere.

Este de notat că autori ca: **Eysenck**, **Cattel** și **Guilford** au ajuns să diferențieze în structura personalității 300 de factori și peste 10 000 de variabile.

Se pune întrebarea care dintre acești factori sau care dintre aceste trăsături ar fi esențiale pentru o descriere a personalității.

Noțiunea de temperament va reuni particularitățile înnăscute de reactivitate, la care se vor adăuga dispoziția și variabilitatea acesteia. Reactivității psihomotorii îi va imprima particularități de grad, ritm, rapiditate, amplitudine, care în general sunt considerate a fi înnăscute, apropiindu-se de componenta constitutiv-organică a personalității.

Toate acestea sunt considerate constitutive și, deci, în mare măsură, ereditare (**Allport G.**). O serie de autori consideră temperamentul ca latură dinamico-energetică a personalității, care ar constitui baza psihofiziologică a caracterului (**Ananiev**) sau premisa morfofuncțională a aptitudinilor (**Tepov**).

Subliniem însă că oricum ar fi, ereditari sau dobândiți, factorii biologici (în care cei mai mulți autori includ și temperamentul) constituie numai un aspect al personalității și doar una dintre determinările sale (**Delay**).

IV.2. PERSONALITATEA ȘI CICLURILE VIEȚII

O abordare a problemei personalității din perspectiva ciclurilor vieții și influenței modelelor sociale asupra capacităților de maturizare ale persoanei credem că este utilă nu doar în înțelegerea modului în care personalitatea se dezvoltă, ci și în înțelegerea patologiei și zonei de marginalitate psihopatologică, fie că este vorba de crize de dezvoltare, de tulburări de personalitate sau de psihoze reactive.

Printre factorii de vulnerabilitate se poate număra și tipul personalității; și ne vom referi aici la stadiile de dezvoltare ale personalității și îndeosebi la modalitățile inadecvate de trăire a unor experiențe de viață mai vechi sau mai noi, de adaptare la solicitările în permanentă schimbare din mediul social, cu raportare la modul în care personalitatea a reușit să-și rezolve crizele specifice fiecărei etape de dezvoltare, parcurse până la momentul analizei psihopatologiei reactive survenite.

Necesitatea studierii acestei probleme derivă din convingerea existenței unei corelații semnificative între psihopatologia reactivă survenită în condițiile transformărilor socio-economice majore în care trăim și etapele dezvoltării psihologice și psihosociale în raport cu ciclurile vieții, și anume, în mod specific, cu „crizele” din evoluția ciclului vieții din concepția epigenetică a lui **Erikson E.**, ca și din alte teorii ale ciclului vieții.



ERICK ERIKSON (1902-1993)

Psihanalist și antropolog american, elev al Anei Freud, creatorul antropologiei psihanalitice, elaborează o concepție originală despre ciclurile vieții, văzute ca etape ale dezvoltării psihosociale și principiul epigenetic

Termenul de **ciclu al vieții** „*life cycle*” s-a născut din necesitatea cercetătorilor de a reflecta teoria dezvoltării. A vorbi de un ciclu general al vieții înseamnă a întreprinde o călătorie de la naștere până la moarte, esențială pentru înțelegerea complexităților comportamentului uman; infinit din punct de vedere cultural și cu infinite variații individuale, ciclul vieții are întotdeauna aceleași secvențe, demonstrând că există o ordine în cursul vieții umane, în ciuda faptului că viața fiecărei persoane este unică. *Această secvență este invariabila care apare într-o ordine constantă în viața fiecăruia*, chiar dacă nu toate etapele sunt complete – și acesta este principiul fundamental al tuturor teoriilor privind ciclurile vieții.

O a doua considerație generală este principiul *epigenetic*, descris pentru prima dată de **Erikson E.** care susține că fiecare etapă din ciclul vieții este caracterizată de evenimente și crize, care trebuie să fie rezolvate în mod satisfăcător, pentru ca dezvoltarea să se realizeze într-o manieră continuă și lină. În eventualitatea unei nereușite în rezolvarea crizei specifice unei perioade de viață, modelul epigenetic susține că toate etapele ulterioare de dezvoltare vor reflecta acest eșec sub forma dezadaptării pe plan cognitiv, emoțional, social și chiar fizic, vulnerabilizând deci persoana.

Fiecare etapă de dezvoltare din ciclul vieții are o *caracteristică dominantă*, un complex de trăsături sau o criză specifică, ce o distinge atât de etapele anterioare, cât și de cele ce o vor urma.

Apariția conceptului de *ciclu al vieții* se situează la sfârșitul secolului trecut, concepția actuală fiind determinată și modulată de surse importante și diferite.

Variatele teorii ale ciclului vieții folosesc o terminologie diversă, neexistând un vocabular standard, dar utilizând în general termeni congruenți: etapă, stadiu, eră, interval, epocă etc.

Diferențele semnificative dintre teoriile clasice ale ciclului vieții constau în aplicarea de criterii de dezvoltare specifice. În general, schemele individuale folosesc elemente ca: maturitate biologică, capacități psihologice, tehnici adaptative, mecanisme de apărare, complexe ca simptom, nevoile de rol, comportamentul social, stilul cognitiv.

Freud S. rămâne unanim recunoscut pentru contribuția sa în fundamentarea conceptului de *ciclu al vieții*. Începând cu studiile publicate în 1915, el a introdus o schemă de dezvoltare concentrată asupra perioadei copilăriei și organizată în jurul teoriei sale despre *libido*. Conform teoriei lui **Freud S.**, fazele de dezvoltare ale copilăriei corespund schimbărilor succesive în investirea energiei sexuale în anumite regiuni ale corpului, asociate de obicei erotismului: gura, anusul și zona genitală. În concordanță cu acestea, el a deosebit următoarele perioade de dezvoltare, pe care le-a clasificat astfel:

- faza orală (de la naștere până la 1 an);
- faza anală (de la 1 an la 3 ani);
- faza falică (de la 3 ani la 5 ani).

Peste 5 ani, **Freud S.** vorbește despre faza latentă, care se întinde până la pubertate; ea este marcată de diminuarea interesului sexual care se va reactiva la pubertate.

Concepția de bază exprimată de **Freud S.** a fost aceea că evoluția satisfăcătoare a dezvoltării în aceste faze ale copilăriei va fi esențială pentru funcționarea normală a adultului. Comparativ, perioada adultă, cu evenimentele care au loc în această etapă, ar avea o mai mică influență.

Reprezentanții școlilor post-freudiene au modificat sau au construit noi teorii pe fundalul concepțiilor clasice, aderând la ideea lui **Freud S.** de focalizare asupra energiei sexuale, ca fiind elementul esențial de distincție între stadiile de dezvoltare. Îi vom menționa în mod special aici pe **Abraham K.** și **Klein M.**, a căror premisă de bază a fost aceea că procesele interne sunt determinanții fundamentali ai dezvoltării personalității și reprezintă, astfel, forțele dinamice ale ciclului vieții.

Jung C.G., pe de altă parte, a considerat că factorii externi joacă un rol important în procesul de dezvoltare a personalității și în adaptarea ei. El a susținut, de asemenea, că dezvoltarea personalității se realizează de-a lungul întregii vieți și că ea nu este ferm determinată numai de experiențele din timpul copilăriei timpurii.

Sullivan H.S. avansează aceste idei, stabilind că dezvoltarea umană este în mare măsură modelată de evenimente externe și, în mod specific, de interacțiunile sociale. Modelul său privind ciclul vieții susține că fiecare fază de dezvoltare este marcată de o nevoie de interacțiune cu anumite persoane; calitatea acestei interacțiuni va influența dezvoltarea ulterioară a personalității persoanei.

Mahler M. a adus și ea contribuții remarcabile la teoria dezvoltării personalității, studiind relațiile obiectuale din copilăria precocă. Ea a descris procesul de separare-individuație care rezultă din sentimentul subiectiv al persoanei de separare de lumea din jur. Faza de dezvoltare separare-individuație începe din a 4-a sau a 5-a lună de viață și se încheie la vârsta de 3 ani. **Mahler M.** a delimitat patru subfaze ale procesului de separare-individuație:

- **Diferențierea.** Copilul este capabil să facă distincție între el și alte obiecte.

- **Perioada practică.** La începutul acestei faze copilul își descoperă capacitatea de separare fizică de mama sa, ținându-se și cățărându-se, dar are încă nevoie de prezența ei pentru a-i asigura securitatea (care-i dă siguranță). Sfârșitul fazei este marcat de mișcarea liberă, pe verticală (de la 7-10 luni până la 15-16 luni).

- **Apropierea.** Nevoia crescândă și dorința ca mama să împărtășească cu el noile experiențe și deprinderi; de asemenea, o mare nevoie de dragoste maternă (de la 16 luni la 25 de luni).

- **Consolidarea.** Dobândirea unei individualități definite și atingerea unui anumit grad de constanță obiectuală (de la 26 de luni la 36 de luni).

Alte abordări care nu au evidențiat nici aspecte psihodinamice, nici legate de mediu, au influențat de asemenea studiul ciclului vieții.



JEAN PIAGET (1896-1980)

Sociolog și psiholog elvețian. Prin studiile sale asupra psihologiei dezvoltării și de epistemologie genetică, Piaget a revoluționat viziunea contemporană asupra genezei inteligenței și felului în care sunt stadializate operațiile cognitive.

- Astfel, **Piaget J.** a elaborat formularea diferențelor calitative în procesul dezvoltării cognitive. El a arătat că intelectul și cunoașterea anterioară sunt instrumentele pe care oamenii le folosesc pentru a da sens lumii. Acestea le permit să se adapteze și să interacționeze cu mediul și cu schimbările permanente ale acestuia. Oamenii sunt de asemenea influențați de cunoștințele pe care și le construiesc ei înșiși. Acestea sunt de natură fizică, logico-matematică, emoțională și socio-arbitrară.

Studiile lui au avut un caracter instrumental în elucidarea dezvoltării proceselor gândirii.

El a distins patru perioade majore în dezvoltarea intelectuală:

- ◆ senzorio-motorie, de la naștere până la 2 ani;
- ◆ preoperațională, de la 2 ani la 7 ani;
- ◆ perioada operațiilor concrete, între 7 și 11 ani;
- ◆ perioada operațiilor formale, de la 11 ani până la vârsta adultă, inclusiv.

Un studiu interesant a fost făcut de **Levinson D. și colab.** (Univ. Yale). Acest studiu a încercat să clarifice caracteristicile dezvoltării personalității masculine în perioada vârstei adulte. Observațiile făcute l-au determinat pe **Levinson D.** să postuleze o nouă schemă a fazelor de dezvoltare în perioada adultă. El a sugerat că ciclul vieții este compus din 4 mari epoci, fiecare având o durată de aproximativ 25 de ani, după cum urmează:

- ◆ copilăria și adolescența, de la naștere până la 22 de ani;
- ◆ perioada timpurie a etapei de adult, de la 17 la 45 de ani;

- ◆ perioada medie a etapei de adult, de la 40 la 65 de ani;
- ◆ perioada adultă târzie, după 60 de ani.

Levinson D. identifica de asemenea perioade de 4-5 ani de tranziție între epoci, care funcționează ca zone de graniță, în timpul cărora o persoană încheie o etapă în desfășurare sau începe o nouă epocă.

Un al doilea studiu de referință asupra vârstei adulte a fost realizat de **Vaillant G.**, care a examinat un grup de 95 de bărbați pentru o perioadă de peste 35 de ani. Dintre concluziile sale menționăm următoarele:

- ◆ o copilarie fericită a fost corelată semnificativ cu trăsături pozitive în perioada adultă, aceasta manifestându-se prin slabe trăsături oral-dependente, psihopatologie redusă, capacitatea de a se bucura și bune relații obiectuale;

- ◆ pe măsură ce bărbații înaintează în vârstă, se stabilește o ierarhie a mecanismelor ego-ului;

- ◆ apărările au fost organizate de-a lungul unui continuu, ceea ce reflectă două aspecte ale personalității: imaturitate/maturitate și psihopatologie/sănătate mintală.

S-a stabilit că maturitatea apărărilor este legată atât de psihopatologie, cât și de adaptarea obiectivă la mediul extern. Mai mult, s-au înregistrat schimbări ale stilului de apărare pe măsură ce o persoană se maturizează.

Vaillant G. a concluzionat că stilurile de adaptare se maturizează în decursul anilor și acest proces de maturizare depinde mai mult de dezvoltarea interioară a personalității decât de schimbările din mediul interpersonal. De asemenea, el a tras concluzia că modelul propus de **Erikson E.** pentru ciclul vieții este valid.

Concepția lui **Erikson E.** reprezintă o punte care leagă stadiile de dezvoltare de procesele sociale. Sistem de referință în teoriile de dezvoltare a personalității, modelul oferit de **Erikson E.** permite corespondențe cu teoria sexualității infantile a lui **Freud S.**, dar adaugă în plus potențialele și nevoile de dezvoltare din cadrul tuturor etapelor de viață. El a elaborat un model al ciclului vieții constând din 8 etape, care se întind până în viața adultă și până la bătrânețe.

ETAPELE CICLULUI VIEȚII

Oamenii trec prin opt stagii de dezvoltare psihosocială. În fiecare stagiū există o criză și o dezvoltare unică. Dacă momentul crizei este depășit cu succes, se dezvoltă în persoană o parte pozitivă. Este posibil să te întorci și să reconstruiești un stagiū dacă acesta nu a fost finalizat cu succes.

Cele opt etape au atât aspecte pozitive, cât și negative, au crize emoționale specifice și sunt influențate de interacțiunea dintre factorii biologici și factorii culturali și sociali caracteristici mediului în care trăiește persoana. Fiecare etapă are două rezultate posibile, unul pozitiv sau sănătos, și unul negativ sau nesănătos. În împrejurări ideale, criza este rezolvată atunci când persoana dobândește un nou nivel, superior, de funcționare în finalul reușit al unei etape particulare de dezvoltare. În concepția epigenetică, fiecare etapă are propriile caracteristici și trebuie trecută cu succes înainte ca să fie posibilă trecerea la următorul nivel.

Succesiunea etapelor nu se face automat, ci mai degrabă depinde atât de dezvoltarea sistemului nervos central, cât și de experiența de viață. Există suficiente dovezi că un mediu nefavorabil poate întârzia unele dintre etapele de dezvoltare; în orice caz, un mediu nefavorabil, stimulator, accelerează în mod particular progresul de-a lungul etapelor de dezvoltare.

Conceptul despre nevoile de adaptare la etape specifice de vârstă oferă astfel posibilitatea unei analize a comportamentului normal sau anormal, precum și analiza transversală a comportamentului de-a lungul vieții. Astfel devine posibil să se stabilească moduri specifice de adaptare.

Succesiunea etapelor este expusă pe scurt, după cum urmează, menționându-se caracterul dominant sau criza specifică de maturitate, care apare specific în timpul fiecărei etape:

1. etapa oral-senzorială: încredere/ neîncredere;
2. etapa muscular-anală: autonomie/ rușine și nesiguranță;
3. etapa locomotor-genitală: inițiativă/ vinovăție;
4. stadiul de latență: hărnicie, perseverență/ inferioritate;
5. etapa pubertății și adolescenței: identitatea *ego*-ului/ confuzie de rol;
6. etapa tinereții timpurii: intimitate/ izolare;
7. etapa adultă propriu-zisă: (pro)creație/ stagnare;
8. etapa maturității: integritatea *ego*-ului/ disperare.

Pentru **Erikson E.**, dezvoltarea umană poate fi înțeleasă numai dacă se iau în considerare forțele sociale care interacționează cu persoana în creștere.

Cele 5 stadii psihosociale ale copilăriei: intimitate, creație și integritate, care se extind dincolo de perioada adultului tânăr până la bătrânețe.

În ordine cronologică, sunt descrise următoarele etape:

- perioada de nou-născut
- perioada miciei copilării, când copilul începe să meargă
- perioada preșcolară
- perioada școlară sau anii de mijloc
- adolescența timpurie, medie și tardivă (bătrânețea)

Perioada copilăriei

Etapă I: Încredere bazală/ Neîncredere bazală (de la naștere la un an)

„Prima componentă a unei personalități sănătoase o consider, spune Erikson E., dobândirea unui sentiment de încredere fundamentală, care cred că este o atitudine pozitivă față de sine și față de lume, și care derivă din experiența primului an de viață. Încrederea este speranța că propriile nevoi vor fi satisfăcute și că poți avea încredere în cei din jur.”

Această perioadă se suprapune, mai mult sau mai puțin, etapei orale din teoria freudiană, deoarece gura este cea mai sensibilă zonă a corpului. Găsirea sânelui, suptul și hrănirea, reprezintă nevoile primare ale nou-născutului. Mama, care este inductoarea încrederii, participă intens la asigurarea acestor nevoi, creând astfel baza viitoarei expectații pozitive a copilului față de lume. Părintele iubitor participă de asemenea și la dezvoltarea altor simțuri ale copilului – văz, pipăit, auz.

Prin această interacțiune, copilul dezvoltă fie sentimentul de încredere dacă dorințele lui vor fi îndeplinite, fie, dacă mama nu este atentă, va dobândi sentimentul de neîncredere.

Comportamentul copilului servește pentru a controla comportamentul mamei, exact așa cum comportamentul mamei îl modelează pe acela al copilului.

Copilul bun, calm, zâmbitor, previzibil reprezintă o mare răsplată pentru îngrijirea maternă tandră.

Copilul iritat, instabil, inconstant pune la încercare răbdarea mamei. În situația în care capacitatea de dăruire a mamei este mică, asemenea trăsături pot determina îndepărtarea ei de propriul copil, complicând tendințele de dezvoltare, deja inadecvate ale acestuia.

Chess S. și Thomas A. au demonstrat faptul că există o mare variabilitate între nou născuți în ceea ce privește reactivitatea autonomă și temperament. Ei au descris 9 dimensiuni comportamentale semnificative ale nou-născutului: nivelul de activitate, ritmicitatea, apropierea sau îndepărtarea, adaptabilitatea, intensitatea reacției, pragul responsivității, calitatea dispoziției, distractibilitatea, spectrul atenției și persistența ei.

Evaluările efectuate individual pe copii au arătat o stabilitate considerabilă după o perioadă de supraveghere de 25 de ani. Cercetătorii au desprins o relație între caracteristicile inițiale ale copilului mic, modelul de educație parentală și apariția ulterioară a simptomelor. De aici conceptul de „*potrivire parentală*”, care se referă la „*cât de bine se potrivește*” un părinte cu noul născut, luând în considerare caracteristicile temperamentale atât ale ambilor părinți, cât și ale copilului. **Chess S. și Thomas A.** au folosit termenul de „*bine-cuvântată potrivire*”, pentru a caracteriza interacțiunea armonioasă și compatibilă dintre mamă și copil, în ceea ce privește motivațiile, capacitățile și stilurile comportamentale.

„*Slaba potrivire*” se caracterizează prin incompatibilitate între părinte și copil, ceea ce probabil conduce la tulburări în dezvoltare. Copilul dificil trebuie depistat, deoarece părinții unui asemenea copil capătă convingerea că sunt incapabili, că ceva din ceea ce fac este incorect, simțindu-se responsabili pentru tulburările de somn, pentru modelul deficitar de alimentație și, în general, pentru disconfortul trăit manifestat de copil. În plus, majoritatea acestor copii manifestă tulburări emoționale mai târziu în viață, și educația lor trebuie să fie permanent adaptată acestor nevoi specifice.

Etapă a II-a: Autonomie/ Rușine și îndoială (1 – 3 ani)

Copilul, aflat în al doilea și în al treilea an de viață, învață să meargă singur, să se hrănească singur, să-și controleze sfincterul anal și să vorbească. Maturitatea musculară este cea care dă tonul pentru această fază de dezvoltare. Autonomia se referă la sentimentul copilului de a fi stăpân pe el însuși și asupra tendințelor și impulsurilor lui. Copilul mic care începe să umble câștigă senzația separării lui de ceilalți. „Eu”, „tu”, „al meu”, „a mea” sunt cuvinte obișnuite, folosite de copil pe parcursul acestei etape.

Copilul poate alege între *a păstra/a reține* și *a lăsa/a da drumul*, între a fi cooperant sau a fi încăpățânat.

Această perioadă când părinții își focalizează atenția spre încurajarea copilului de a-și exercita controlul asupra excreției coincide cu etapa anală descrisă de **Freud S.** Învățarea menținerii igienei servește ca paradigmă a practicilor generale de învățare în familie și, de aceea, o mamă excesiv de severă în această direcție va pedepsi și va fi restrictivă și în celelalte direcții.

În paralel cu schimbarea sarcinilor copilului se schimbă și sarcinile părinților. În prima fază, responsabilitatea majoră a părinților era să vină în întâmpinarea nevoilor copilului într-un mod sensibil și constant, fără să-i anticipeze și să-i îndeplinească toate cerințele, astfel încât copilul să nu treacă vreodată prin stări de

încordare. În această etapă, sarcina părinților presupune fermitate în ceea ce privește limitele comportamentului acceptat și încurajarea emancipării progresive a copilului. Părinții trebuie să fie atenți să nu fie prea autoritari; copiii trebuie să li se permită să acționeze ei înșiși și să fie în stare să învețe din greșeli. Trebuie, de asemenea, să fie protejați și asistați atunci când încercările sunt peste posibilitățile lor. Pentru **Erikson E.**, aceasta este etapa în care copilul fie își reține excrementele, fie le elimină, ambele comportamente vizând comportamentul de răspuns al mamei. O instruire prea riguroasă în ceea ce privește menținerea toaletei, fapt comun în societatea noastră, poate crea o personalitate meticuloasă, zgârcită, punctuală, perfecționistă, cunoscută sub termenul de personalitate anală.

Dacă părinții permit copilului să funcționeze cu oarecare autonomie, ei sunt suportivi fără să fie hiperprotectori, copilul câștigă încredere în sine, simte că se poate controla pe el și lumea din jur. Dacă părinții îl aprobă atunci când el dă dovadă că se poate controla, încrederea în sine se dezvoltă și apare un sentiment de mândrie. Invers, supracontrolul sau lipsa de control de sine a copilului prea adesea pedepsit conduc la așa-numita impotență musculară sau anală (**Erikson E.**), care declanșează o trăire de neîncredere și rușine. Rușinea poate da naștere unei îndoieli de sine care erodează și poate submina posibilitatea de acțiune, iar la adult conduce la sentimente de persecuție.

Curiozitatea privind sexul anatomic poate fi considerată sănătoasă, firească și este întâmpinată cu răspunsuri sincere, firești și cu replici adecvate vârstei, atunci copilul capătă un sentiment de mirare în fața vieții și se simte bine cu propriul rol în această viață.

Dacă subiectul este considerat tabu și întrebările copilului sunt categoric respinse, apare o stare de disconfort și rușine. Conform teoriei lui **Piaget J.**, această etapă corespunde perioadei senzorio-motorii și stadiului preoperațional.

Etapă a III-a: Inițiativă/Vinovăție (3 la 5 ani)

Pe măsură ce copiii se apropie de sfârșitul celui de al treilea an, ei sunt capabili să inițieze atât o activitate intelectuală cât și una motorie, învățând să se bazeze pe acțiunile lor. Consolidarea acestor inițiative depinde de cât de multă libertate fizică îi este acordată copilului și, cât de mult este satisfăcută curiozitatea lor intelectuală. Dacă copii mici care au învățat să meargă au fost puși în situația să nu se simtă bine în legătură cu comportamentul și interesele lor, ei pot ieși din această perioadă cu un sentiment de vinovăție asupra activităților pe care le inițiază. Conflictele legate de inițiativă îi pot împiedica pe copiii în creștere să-și încerce întregul potențial și se pot interfera cu trăirile de ambiție care se dezvoltă în această perioadă. În acest interval, creșterea curiozității sexuale se manifestă prin antrenarea în jocuri de grup legate de sex sau atingerea propriei zone genitale sau a altui copil. Dacă părinții nu fac caz de aceste incidente, asemenea impulsii din copilărie sunt în cele din urmă reprimite și reapar în timpul adolescenței, ca parte a pubertății. Dacă părinții atrag atenția prea mult asupra acestor impulsii, copilul poate deveni inhibat sexual.

La sfârșitul acestei etape, copilul este capabil să se miște independent și sigur pe el. Jucându-se cu cei de o seamă cu el, copilul învață cum să se relaționeze cu ceilalți. Dacă fanteziile agresive au fost rezolvate corect (nici pedepsite, nici încurajate), copilul dezvoltă un spirit al inițiativei și al ambiției.

La sfârșitul acestei etape cu criză inițiativă/vinovăție, conștiința copilului – numită *super-ego* de către **Freud S.**, este stabilită.

Copilul învață nu numai că există limite în repertoriul său comportamental, dar și că impulsunile agresive pot fi exprimate și în moduri constructive, cum ar fi adevăratele competiții sau jocuri. Dezvoltarea conștiinței dă tonul pentru dezvoltarea simțului moral al binelui și al răului. Pedepsa excesivă, totuși, poate limita imaginația copilului și, de asemenea, îi poate limita inițiativa. Copilul care dezvoltă un *super-ego* prea puternic, cu aprecieri calitative de genul totul sau nimic, s-ar putea ca adult să ajungă să insiste ca ceilalți să adere la codul său moral și astfel să devină un „*pericol potențial mare pentru el și pentru semenii săi*”. Dacă această criză a inițiativei este rezolvată cu succes, personalitatea își dezvoltă un spirit de responsabilitate, încredere și autodisciplină. **Freud S.** i-a descris pe copiii aflați în această perioadă ca fiind în etapa falică de dezvoltare; în cursul acestei faze plăcerea este legată de zona genitală. Este momentul complexului lui Oedip, respectiv al complexului Electra la fete, ambele rezolvându-se prin identificarea cu părintele de același sex.

Evenimente semnificative în această perioadă de dezvoltare, cu posibile repercusiuni asupra vulnerabilizării persoanei: nașterea unui alt copil în familie, întâmplare relativ obișnuită în acest interval de timp, testează capacitatea copilului preșcolar de a coopera în viitor și de a comunica cu ceilalți.

Rivalitatea care apare frecvent între frați este dependentă de obiceiurile din educația aplicată copilului. Copilul supus unui regim preferențial din orice motiv, fie că este supradotat, fie deficient, fie că este pur și simplu preferat, devine obiect al geloziei fraților. Experiența pe care o are cu frații poate influența relațiile pe care copilul le are de-a lungul procesului creșterii, cu colegii de aceeași vârstă și cu autoritățile. Dacă sistemul educațional nu este corectat la timp, această situație va deveni un eveniment traumatizant.

În anii preșcolari, copilul începe să distingă realitatea de fantezie, iar joaca începe să reflecte această creștere a procesului de conștientizare.

Educația preșcolară poate fi foarte valoroasă; cu toate acestea, a pune un accent prea mare pe avansul școlar, peste capacitățile reale ale copilului, poate avea efectul invers, deci negativ.

Pentru **Piaget J.** aceasta este faza preoperațională (mai precis de la 2 la 7 ani), timp în care copiii încep să folosească simbolurile în gândire. Între 3 și 6 ani procesul creșterii poate fi urmărit prin intermediul desenelor. În general, totuși, gândirea lor este egocentrică, ca și în perioada senzorio-motorie; ei nu se pot pune în situația altui copil și sunt incapabili de empatie. Gândirea preoperațională este de asemenea intuitivă și prelogică, copiii aflați în această etapă nu înțeleg relațiile cauză-efect.

Conștiința lor privind propriile lor corpuri se extinde dincolo de organele genitale. Există o preocupare privind îmbolnăvirea și rănirea, atât de accentuată încât această perioadă a fost denumită „*Band-Aid*”, fiecare mică escoriație trebuind să fie examinată cu mare atenție de părinți.

ETAPA a-IV-a: Hărnicie, perseverență/Inferioritate (6 la 11 ani)

Cea de-a 4-a etapă de dezvoltare a lui **Erikson E.** este perioada vârstei școlare, când copilul începe să participe la un program organizat de educație. Activitatea, capacitatea de a munci și de a dobândi aptitudinile adultului, sunt elementele cheie ale etapei. Copilul învață că el este capabil să realizeze diverse lucruri și, ceea ce este mai important, că el e capabil să stăpânească și să completeze o anumită acțiune.

Dacă se pune prea mult accentul pe reguli, pe „trebuie”, copilul va dezvolta simțul datoriei în detrimentul plăcerii naturale de a munci. Copilul creativ va învăța plăcerea continuării muncii și atingerea satisfacției de a face bine un lucru.

Sentimentul de inadecvare și inferioritate, rezultatele potențial negative ale acestei faze pot rezulta din mai multe surse:

- ◆ copilul poate fi discriminat, fiind încurajat să nu meargă la școală;
- ◆ să i se spună că el este inferior celorlalți;
- ◆ să fie hiperprotejat de mediul familiar sau să fie excesiv de dependent de suportul emoțional al familiei;
- ◆ băiatul poate face comparații între el și tatăl său, nefavorabile lui.

Profesorii și părinții care încurajează copiii în activități, creativitatea și perseverența în a învinge atunci când întâmpină dificultăți, sunt un puternic sprijin în lupta împotriva sentimentului de inferioritate.

Pentru **Erikson E.** acest stadiu joacă un rol decisiv din punct de vedere social, pentru că acum copiii învață cum să lucreze cu ceilalți, să-și dezvolte un simț de diviziune a muncii și egalității șanselor. Este o perioadă echivalentă fazei de latență a lui **Freud S.**, deoarece tendințele biologice sunt inactice și domină relațiile cu cei de aceeași vârstă.

Complexul lui Oedip ar trebui să fie rezolvat, copilul având un control relativ bun asupra pornirilor instinctuale. De buna dezvoltare a complexului lui Oedip depinde dezvoltarea armonioasă a *super-ego*-ului. Când *super-ego*-ul este format, copilul este capabil să facă judecăți morale și să înțeleagă așteptările celorlalți de la el. Mai mult, devine capabil să facă față solicitărilor emoționale și intelectuale din mediu, în special în școală.

La unii copii poate apare în acest interval refuzul de a merge la școală; o mamă temătoare poate transmite propria teamă copilului. De asemenea, un copil care nu și-a rezolvat nevoile sale de dependență, intră în panică la ideea separării de mamă. Refuzul școlar nu este de obicei o problemă izolată; astfel, în mod tipic, copiii evită multe alte situații sociale.

Divorțul părinților – reprezintă un fenomen care determină tulburări semnificative de tip emoțional și comportamental la toate grupele de vârstă. Recuperarea și adaptarea la noua situație, după producerea divorțului părinților, durează de obicei 3 până la 5 ani, dar aproximativ 1/3 din copii vor prezenta traume psihice de durată. La băieți, agresivitatea fizică este un semn obișnuit de suferință. După divorțul părinților, adolescenții tind să petreacă cât mai mult timp departe de casa părintească. Tentativele de suicid pot apare ca rezultat direct al acestei psihotraume, unul dintre factorii predictivi ai sinuciderii adolescentului fiind divorțul recent sau separarea părinților. Copiii care se adaptează bine la divorțul părinților reușesc acest lucru atunci când fiecare dintre părinți face efortul de a continua relația cu copilul, deși unul dintre ei va trăi separat de el. Pentru a facilita recuperarea copilului, cuplul divorțat trebuie, de asemenea, să evite continuarea conflictelor și să demonstreze un comportament consecvent față de copil.

Părinții vitregi: când survine recăsătoria, copilul trebuie să se adapteze părintelui vitreg și, de obicei, această adaptare este dificilă.

Adopțiunea ridică, de asemenea, serioase probleme în dezvoltarea personalității copilului. Tulburările emoționale și comportamentale au fost raportate ca fiind mai frecvente printre copiii adoptați decât printre cei neadotați; comportamentul agresiv, furtul și dificultățile școlare, sunt mai frecvente la copiii adoptați. Cu cât vârsta de adopțiune este mai mare, cu atât este mai mare incidența și gradul de severitate al problemelor de comportament.

ETAPA a-V-a: Identitate/ Confuzie de rol (de la 11 la 20 de ani)*

Perioada ce corespunde pubertății și adolescenței, care din punct de vedere al procesului psiho-social este adesea conceptualizată în termenii nevoii de a răspunde la două sarcini majore:

- 1) transformarea dintr-o persoană dependentă într-una independentă;
- 2) stabilirea unei identități.

Deși ambele situații apar din adolescență, ele se extind la perioada adultă și trebuie să fie reconsiderate de-a lungul întregului ciclu al vieții.

Dezvoltarea sentimentului de identitate este problema primordială a acestei perioade; identitatea este definită drept capacitatea persoanei de a da răspunsurile adecvate la întrebările – „*cine sunt?*” și – „*încotro mă îndrept?*”.

Identitatea sănătoasă se construiește prin succesul individual în parcurgerea primelor trei etape psiho-sociale și identificarea, fie cu părinții naturali, fie cu cei adoptivi. Identitatea implică apariția unui sentiment de solidaritate internă cu ideile și valorile unui grup social.

Adolescentul se află într-un moratoriu psiho-social între copilărie și perioada de adult, în timpul căruia sunt testate diferitele roluri. Un individ poate străbate mai multe căi nepotrivite până la a lua decizia finală pentru alegerea profesiei (de exemplu: valorile morale pot fluctua, dar un sistem etic este posibil să se consolideze acum într-un cadru coerent organizat).

O criză de identitate apare la sfârșitul adolescenței. **Erikson E.** a denumit-o criza normativă, pentru că este un eveniment normal. Dar nelămurirea acestei probleme este anormală și îl lasă pe adolescent fără o identitate solidă.

Persoana suferă de difuziunea identității sau confuzie de rol, caracterizată prin faptul că adolescentul nu are un sentiment de sine și este confuz în ceea ce privește locul său în lume. Confuzia de rol se poate manifesta prin tulburări de comportament, ca fugă, criminalitate sau psihoze manifeste. Adolescentul se poate apăra împotriva difuziunii de rol prin alăturarea la „găști”, culte religioase, secte sau prin identificarea cu personaje foarte populare.

Din punct de vedere social este o perioadă de pregătire intensă pentru viitorul rol de adult. Într-adevăr, sfârșitul acestei perioade survine atunci când adolescentului i se acordă depline prerogative de adult, într-un moment și într-o proporție care variază de la o societate la alta.

Pentru cei mai mulți oameni, a-și dezvolta un sentiment bine definit al moralității reprezintă o realizare majoră a adolescenței târzii și a perioadei adulte. Moralitatea este definită drept capacitatea de a te conforma standardelor, regulilor, drepturilor și responsabilităților. Există, în orice caz, posibilitatea conflictului între două standarde social acceptate, iar persoanele învață să facă judecăți bazate pe un simț individualizat al conștiinței.

Compatibilitatea și flexibilitatea acestui nou *super-ego* întărește capacitatea persoanei de a stăpâni și exprima sentimente și emoții în relațiile sociale. De-a lungul întregii vieții, *super-ego*-ul unei persoane trebuie să fie capabil să se schimbe și să se dezvolte în sensul adaptării la noi situații de viață.

Această etapă de dezvoltare internalizează principiile etice și controlul comportamentului.

Perioada adultă

Perioada adultă poate fi împărțită în trei perioade majore:

- ◆ perioada precocă
- ◆ perioada medie
- ◆ perioada tardivă – bătrânețea

O mare parte din problematica psihiatriei se ocupă de fenomenele care au loc în această etapă:

- căsătoria
- creșterea copiilor/ calitatea de a fi părinte
- angajarea/ profesia/ probleme legate de muncă, șomaj
- evenimente psihotraumatizante: divorț, îmbolnăviri, alte evenimente stresante.

Etapă vieții adulte este o perioadă de mari schimbări, unele dramatice, altele mai subtile, dar continue. Individul trebuie să fie capabil să se adapteze la toate schimbările ce pot să apară; aceasta este cea mai lungă perioadă a ciclului vieții.

Jung C.G. se referea la vârsta de 40 de ani ca „amiază a vieții” și considera că perioada adultă trebuie luată în considerare cu aceeași atenție ca și perioadele timpurii din viață.

Erikson E. a descris trei calități ce trebuie dobândite în perioada adultă: intimitatea, pro(creația) și integritatea.

ETAPA a-VI-a: Intimitate/ Izolare (20 – 40 de ani)

Maturitatea se manifestă la începutul vieții adulte, în primul rând prin rezolvarea crizelor anterioare ale copilăriei și adolescenței, în al doilea rând – prin a deveni capabil și interesat în același timp în stabilirea unei relații apropiate cu altă persoană, iar în al treilea rând prin capacitatea și dorința de a produce ceva.

Intimitatea se referă în special la obținerea intimității în relațiile sexuale, în stabilirea unor bune relații de prietenie și a unor autentice relații de grup.

Toate acestea nu îl sperie pe individul cu criză de identitate rezolvată în etapa anterioară de dezvoltare. Din contră, persoana care ajunge la tinerețe într-o stare de confuzie de rol este incapabilă să se implice într-o relație autentică, stabilă, pe termen lung. Cu un prieten sau cu un partener în cadrul căsătoriei această persoană poate deveni absorbită de sine și indulgentă cu sine; în această situație se dezvoltă un sentiment de izolare care poate evolua până la intensități periculoase.

ETAPA a-VII-a: (Pro) Creație/Stagnare (40 – 65 de ani)

În timpul deceniilor care traversează perioada medie a vieții, adultul alege între (pro) creație sau stagnare.

Creația nu se referă numai la situația în care persoana are sau crește copii, ci și la un interes vital, îndepărtat, mult mai larg, în orientarea și sprijinirea noilor generații și/sau de îmbunătățire a societății.

Cei fără copii pot fi procreatori prin dezvoltarea unui sentiment de altruism și creativitate. Dar cei mai mulți, dacă sunt apti, vor dori să-și perpetueze personalitățile și energiile, „*prin producerea și îngrijirea urmașilor*”. A dori sau a avea copii, totuși, nu garantează creația. Părinții au nevoie mai întâi să-și fi realizat propriile identități, pentru a fi cu adevărat creatori.

Adultul care nu are preocupări privind orientarea și sprijinirea tinerelor generații, se va orienta obsesiv spre intimitate; asemenea persoane se pot căsători și chiar pot avea copii, dar totul va fi realizat prin izolare și protecție de sine.

Fără a putea fixa o vârstă precisă, se pare că există o perioadă situată între 45 și 60 de ani, când mulți indivizi se simt dezorientați și nefericiți, care ar putea contura „*criza perioadei medii de viață*”.

70 – 80% din bărbați au o criză de la moderată la severă în această perioadă, determinată de schimbări bruște și neașteptate la locul de muncă sau în relația maritală, și care se manifestă prin depresie severă, creșterea consumului de alcool sau de droguri, schimbarea cu un alt stil alternativ de viață. Persoanele aflate în această situație simt că nu mai au resurse și că cele restante sunt inadecvate pentru stăpânirea stresurilor survenite în viața lor. Resimt acut senzația îmbătrânirii și sentimentul implacabil al înfruntării morții. Asocierea dintre aceste conștientizări cu stările de panică sau de depresie constituie sindromul de criză al perioadei medii de viață.

Există numeroase evenimente care modifică stilul de viață al persoanei în timpul perioadei medii de viață, dar ele sunt stăpânite fără suferință. Numai atunci când evenimentele de viață sunt prea severe și surprinzătoare, ca moartea soției, pierderea slujbei, o suferință somatică gravă, persoana trăiește o tulburare emoțională de asemenea proporții încât determină denumirea drept criză a perioadei medii de viață. Bărbații și femeile predispuși la această criză par să provină din familii caracterizate printr-unul sau mai multe din elementele următoare survenite în timpul adolescenței: neînțelegeri parentale, îndepărtarea de părintele de același sex, părinți anxioși, părinți impulsivi cu un nivel scăzut al responsabilității.

Problematica complexă legată de profesie este generată de satisfacția sau insatisfacția dată de muncă, adaptarea la locul de muncă, șomajul. Efectele șomajului îi afectează pe cei cu venituri mici. Efectele psihologice și fizice pot fi enorme. Nucleul identității persoanei care este atât de adesea legat de profesie și de procesul propriu-zis al muncii este serios afectat atunci când este pierdut locul de muncă. Este important să menționăm aici incidența crescută a alcoolismului, a tentativelor de suicid și a actelor de violență, sau debutul tulburărilor psihice.

Perioada bătrâneții

ETAPA a-VIII-a: Integritate/ Disperare și izolare (peste 65 de ani)

În etapa a opta a ciclului de viață, după **Erikson E.**, există conflictul între *integritate* – sentimentul de satisfacție pe care îl simte cineva, reflectat asupra unei vieți trăite productiv și *disperare* – sentimentul că viața nu a avut nici o utilitate.

Maturitatea târzie poate fi o perioadă a mulțumirii, un timp în care să te bucuri de nepoți, să-ți contempli rezultatele marilor eforturi făcute și, poate, să vezi roadele propriei munci puse în valoare de generațiile mai tinere. Integritatea permite acceptarea propriului loc în ciclul vieții și recunoașterea faptului că viața ta este propria ta responsabilitate. În ceea ce îi privește pe proprii părinți, există o

acceptare a ceea ce sunt sau au fost și o înțelegere a felului în care și-au trăit propriile vieți.

În orice caz, nu există liniște sau mulțumire la bătrânețe decât dacă persoana a dobândit intimitate și și-a îndeplinit menirea de procreator. Fără procreare nu există convingerea că propria viață a avut vreun rost. Fără această convingere, apare teama de moarte și un sentiment de disperare sau nemulțumire.

Conceptul ciclului vieții a constituit cadrul pe care s-au dezvoltat teoriile psihopatologice, mai ales cele legate de stres, „*coping*” și relația cu tulburările psihiatrice, teoria eriksoniană împlinindu-și cu succes rolul de placă turnantă în continuumul reprezentat de cele două condiții: sănătate și boală mintală. Perspectiva oferită de o astfel de temă a fost exploatată generos de studiile care, în viziunile moderne ale psihiatriei, iau în calcul rolul pe care îl joacă atât experimentele de viață îndepărtate, cât și cele recente, în constituirea acelor seturi de resurse interne și externe de care individul dispune pentru a se adapta.

Teoriile contemporane completează teoria ciclului vieții, ajungând la o configurație mai complexă decât a cercului inițial descris, și anume la cicluri suprapersonale articulate între ele, fiecare reprezentând de fapt un ciclu al vieții, cu direcții de dezvoltare specifice, suprapunându-se, intersectându-se, ciocnindu-se și uneori întărindu-se reciproc: ciclul biologic-reproductiv, ciclul familial-marital, ciclul educațional-vocațional. Se mai descriu în literatură: ciclul familial, ciclul profesional, ciclul locativ, ciclul relațiilor sociale etc.

Un astfel de model s-ar putea dezvolta pornind de la teoria ciclurilor vieții, înțelese nu doar în sensul restrâns al cronologiei, ci într-un sens mai larg, care presupune angajarea dinamică a persoanei în proiecte de viață, care îi implică și pe alții, mai ales pe cei din ambianța socială proximală.

În diversele domenii de viață se desfășoară diferite programe existențiale care au un început și un sfârșit, se pot relua în alt context și, în general, asemenea „parcursuri” existențiale se desfășoară în paralel din perspectiva diverselor cicluri suprapersonale – familia proprie și de origine, la locul de muncă și la școală, probleme legate de locuință, de activitate profesională specială, activitate socială, politică etc. În fiecare din aceste domenii se depune efort, sunt trăite stresuri și satisfacții; ele se pot cumula la un moment dat după mai mulți ani, sau eforturile și stresurile dintr-un ciclu sunt compensate prin satisfacțiile din altul.

Iată de ce, urmărirea ciclurilor vieții, a dinamicii, a schimbărilor ce se petrec în cadrul acesteia, permite clarificarea de ansamblu a abilităților persoanei, a satisfacțiilor și stresurilor ce se corelează, la un moment dat, cu rețeaua socială externă, fapt ce ar putea explica creșterea sau scăderea circumstanțială a vulnerabilității.

În perspectiva diacronă, în spatele tuturor straturilor de temporalitate menționate, se întâlnește „durată” proprie a existenței unei persoane date; ax al duratei ce derivă din biografie și se contopește cu identitatea persoanei pe care o întâlnim ca element esențial în perspectiva structurală a acesteia. Iar deasupra duratei și straturilor de temporalitate, prin mijlocirea prezentului trăit se împlinește devenirea persoanei. Astfel, se constituie ceea ce s-ar putea numi „biografia” unei persoane, care poate fi considerată din exterior și descrisă într-o manieră romanească sau evidențiată prin repere schematice. Dar nu trebuie ignorat nici ceea ce s-ar putea numi „biografia internă”, ce constă în metamorfoza sensurilor și angajărilor existențiale, a devenirii intime a persoanei în contextul lumii umane care o învâluie și-i dă sens.

IV.3. TEREN PREMORBID ȘI VÂRSTĂ

Asupra discutatului premorbid, vârsta va juca un rol deosebit fiind o coordonată majoră la care se va referi dinamica și specificitatea oricărui tablou clinic; există o nevroză a adolescentului, una a adultului, și alta a bătrânului, ca și o boală afectivă a maturității și una a involuției, aceste delimitări fiind de această dată modificate nu doar în formă ci și în conținut.

Patologia psihiatrică se leagă și se va lega de experiența trăită. Conținutul trăirilor patologice este uneori absurd, dar niciodată abstract. Dependența experienței trăite de vârstă nu trebuie demonstrată, după cum nu vom mai insista asupra felului în care vârsta intervine în structura personalității.

Vom mai nota că factorul vârstă va interveni în determinarea formală a aspectului clinic prin rolul pe care îl joacă asupra fondului somatic care va prezenta bineînțeles caracteristicile ce nu vor fi desigur confundate cu boala sau consecințele acesteia, așa cum nu vom face nici în cazul structurilor psihice.

Senescența, adolescența, climacteriul nu sunt nici boli, nici cauze de boli, nici terenuri patologice în sine, ci doar aspecte de sinteză ale modificărilor induse de vârstă. Desigur, continuarea eforturilor de delimitare și descriere a normalului, a sănătății în perioadele „critice” ale existenței, vor aduce o mai corectă abordare a aspectelor patologice de la aceste vârste.

Importanța factorului vârstă este relevantă și de modificarea tablourilor clinice la același individ o dată cu înaintarea în vârstă. Cât din aceasta se datorează evoluției bolii și cât modificărilor normale pe care individul în unitatea sa biopsihosocială le suferă o dată cu trecerea timpului, este o întrebare care nu are în momentul de față un răspuns adecvat.



CARL GUSTAV JUNG (1875-1961)

Psihiatru, psihanalist și filosof elvețian. În opinia multor specialiști, cel mai important elev al lui Freud, autorul unor concepte originale ca: inconștient colectiv, persoană, arhetipuri.

IV.4. „SENSUL PERSONAL AL VIETII”

Această noțiune dezvoltată de **Gustav Jung**, la începutul secolului XIX, încearcă să dea un înțeles dezvoltării individuale către autonomie și împlinire. **Jung G** susține existența unui conținut obiectiv al psihicului (Sine) cu care Eul intră în relație în procesul de individuare. Autoactualizarea conținuturilor obiective ale Sinelui conduce la o identitate stabilă și continuă a Eului. Boala psihică ar întrerupe acest proces, l-ar bloca sau ar provoca regresie. **Maslow A.H. (1993)** citat

de **Minulescu M.** dezvoltă un set de indici tipici pentru o persoană care a atins nivelul maxim de autorealizare. Aceste persoane:

- sunt limpezi în modul de a percepe realitatea și capabile să accepte ambiguitățile existenței;
- se acceptă pe sine și pe ceilalți și trăiesc doar într-o minimă măsură starea de anxietate sau vinovăție legată de sine;
- se comportă spontan și gândesc cu fantezie, dar nu total neconvențional;
- nu sunt centrate pe propria persoană ci, mai degrabă, pe o anumită problematică;
- sunt capabili să privească viața cu obiectivitate, deși adesea caută solitudinea;
- se comportă într-o manieră independentă fără a fi și rebeli;
- iubesc viața;
- au trăiri de extaz, chiar legate de sentimentul de putere, au momente când creează, când par a stăpâni necunoscutul;
- sunt implicați social, identificându-se simpatetic cu orice om;
- pot avea experiențe interindividuale profunde, dar de regulă cu puțini oameni;
- respectă ființa;
- știu diferența dintre mijloc și scop și nu se neliniștesc de faptul că ar trebui să suporte un anumit mijloc pentru a atinge un scop;
- le este propriu un sens filosofic al umorului, spontaneității, jocului și nu sunt caracterizați de agresivitate față de ceilalți;
- sunt capabili să descopere probleme și sensuri mai ales în domeniul pe care sunt centrați;
- nu permit „culturii” să îi controleze.

IV.5. CONȘTIINȚA IDENTITĂȚII PERSONALE

Fenomenul complex, numit de **Jaspers K.** „*Ichbewusstsein*” (conștiința identității personale), trebuie considerat, pe de o parte, nucleul vieții psihice normale și, pe de altă parte, punctul de plecare al tuturor fenomenelor psihopatologice.

Jaspers K. consideră conștiința ego-ului ca având patru subfuncții:

1. **Sentimentul conștiinței activității.** De fapt, conștiința ego-ului este mai întâi „experimentată ca o activitate originală non-comparabilă”. Este percepția de a fi o sursă de activitate originală care se poate de asemenea manifesta fără vreun conținut.

2. **O conștiință a unității.** Aceasta este rezumată în sintagma: „*Eu sunt același și toate părțile mele se află în conexiune între ele pentru a-mi determina sinele*”. Cu alte cuvinte, în orice moment, știu că sunt o persoană și numai una.

3. **Conștiința identității.** Sintagma explicativă ar putea fi: „*Eu sunt același, înainte și după acest moment*”, deci nu sunt același numai într-un anumit moment, ci și după ce timpul a mai trecut. Cu alte cuvinte, știu mereu că apar schimbări în viața mea ce mențin un nucleu de identitate specific, ce rămâne constant în timp. Aceasta se va întâmpla în fața unor modificări profunde ce implică reprezentări interne și mai ales împotriva evidenței diferențelor din aspectul corpului.

Evaluarea importanței acestei funcții se poate face luând în considerare modificările profunde suportate de corpul nostru în timpul perioadei relativ scurte a adolescenței. În timpul acestei perioade, chiar dacă este una supărătoare, jenantă,

dacă această funcție „lucrează” normal, putem fi capabili să ne menținem un sens corect al identității.

4. *Conștiința deținerii de conținuturi „personale” specifice conștiinței.* Cu alte cuvinte, certitudinea internă că aceste conținuturi ale conștiinței mele sunt specifice și diferite de cele ale altora. Cu această subfuncție, pot construi sentimentul că posed o personalitate specifică, care menține nucleul de stabilitate al conținuturilor pe parcursul schimbărilor vieții. Acest nucleu mă face egal cu persoana ce eram în trecut și diferit de „nucleul” altora.

IV.6. BOALĂ ȘI PERSONALITATE

Fundalul bolii psihice ca și al normalului este personalitatea. Ea va fi cea care va da nota particulară și de diversitate fiecărui tablou clinic. De fapt, aceasta este și marea dificultate, dar, pe de altă parte, și marea specificitate caracteristică psihiatriei. Cele două componente ale cuplului patogenic, terenul și agentul patogen se află în psihiatrie într-o relație de strânsă întrepătrundere, alcătuind o ecuație ale cărei soluții sunt infinite. Și asta pentru că, spre exemplu, dacă în reacții agentul patogen (trauma psihică) va fi exterior terenului (personalitatea), în dezvoltări el se va și suprapune structural și genetic peste aceasta (boala aflându-și cauza și în însăși dizarmonia personalității), iar în procese, intersecția celor două componente generatoare ale bolii conduce la transformarea tuturor elementelor originale ale personalității. Desigur că relația dintre cei doi factori amintiți mai sus nu este o relație mecanică; complexitatea retroacțiunilor, interdependențelor, o face greu descriptibilă și practic imposibil de cunoscut în intimitatea ei.

Mai mult decât în oricare alt domeniu al medicinei, în psihiatrie existența bolnavilor și nu a bolilor este definitorie. Aceasta nu înseamnă, așa cum au încercat unii să demonstreze, că bolile nu există; și cu atât mai puțin înseamnă ceea ce alții susțin cu suverană suficiență, că nu asistăm decât la o boală unică.

Semnificația celor arătate anterior se regăsește în diversitatea clinică a tulburărilor mintale, indiferent de intensitatea lor nevrotică, psihotică sau, și de ce nu, demențială, care se transfigurează la nivel individual într-o caleidoscopică organizare.

Munca psihiatrului ar fi sisifică în încercarea de descriere a tuturor acestor tablouri, iar nosografia ar părea un „*butoi al Danaidelor*” dacă în permanență nu s-ar face efortul critic al determinării premorbidului. Punerea acestuia în evidență, stabilirea legăturii inteligibile dintre preexistent și existent, ca și sesizarea exactă a nivelului și caracteristicilor personalității oricum în suferință sunt condițiile *sine qua non* ale psihiatriei.

În stabilirea diagnosticului și în înțelegerea cazului, mediul trebuie să rezolve o problemă fundamentală și anume să coreleze tabloul clinic actual cu aspectele personalității premorbide pe care acesta s-a grefat și să aprecieze astfel eventualitatea accentuării unor trăsături care se manifestau evident și anterior îmbolnăvirii; modificarea calitativă a personalității – operație dificilă și cu importante consecințe în ceea ce privește diagnosticul și îndeosebi terapia.

O personalitate nu se poate restructura datorită bolii decât de la un nivel pe care l-a atins, în jos. Această diferență trebuie să fie reală, între ceea ce a fost și

ceea ce este, și nu între ceea ce ar fi putut fi, sau ceea ce ne imaginăm că a fost, sau între proiecția ideală a psihiatrului și realitate.

Același lucru este valabil și pentru substructurile personalității: atunci când afirmăm deteriorarea mintală, va trebui să ne referim la dezvoltarea mintală a subiectului în cauză care este acum decalată în performanțe.

Mayer-Gross concluziona asupra unui lucru de mult timp cunoscut în psihiatrie, și anume că modul de reacție corespunde trăsăturilor celor mai reprezentative ale personalității la care acesta apare, deci reacțiile sunt aproape întotdeauna în sensul personalității.

De asemenea, celelalte psihogenii, prin însăși definiția lor – de boli de „dezvoltare”, vor urma sensul personalității. Înțelegerea acestui lucru ne va împiedica în tentația hiperanalitică de a descrie noi și noi entități și forme clinice, pentru că pare evident că fiecare tip de boală, indiferent de intensitatea ei psihopatologică (până și la nivel demential) va căpăta nuanța dominantă a personalității premorbide, dezvoltând o simptomatologie generată de suprapunerea sau de interferența morbidului cu premorbidul.

Dacă personalitatea nu este o cheie psihopatologică pentru explicarea conținutului întregii patologii (așa cum ea este pentru psihogenii) ea va fi și în cadrul celorlalte boli factor patoplastic, făcând comprehensibilă forma, dar nu și conținutul.

Intuiția kretschmeriană (devenită dogmă, din păcate, pentru o lungă perioadă de timp), care opunea picnicul, leptosomului în tentativa de a stabili calea către psihoză, își găsește în realitatea clinică o nuanțată exprimare, chiar atunci când procesul schizofren se instalează la un picnic, el are o pronunțată nuanță afectivă.

Absolutizarea rolului structurii premorbide poate însă duce la impasuri majore, după cum se va vedea din unul din cele mai banale cazuri: s-au descris o structură psihopatică și una nevrotică între care s-a stabilit ca linie de demarcație „păstrarea posibilității comparației între starea sa dinainte de boală și îmbolnăvire” (**Nica-Udangiu**).

Se admite însă posibilitatea „psihopatizării” nevrozelor după o mai lungă și trenantă evoluție. Întrebarea care se pune este: acest nevrotic psihopatizat mai „păstrează” întotdeauna posibilitatea comparației comportamentului său înainte și după îmbolnăvire? Dacă da, atunci nu a devenit „psihopat” ; dacă nu, atunci cum știm că nu a fost „psihopat”?

Desigur acesta este un simplu demers teoretic care demonstrează dificultățile de încadrare în modele, delimitările având o zonă lipsită de exactitate care își are originea tocmai în uriașa variabilitate umană și în dificultatea stabilirii de modele.

Interferența care se produce în cadrul sindroamelor psihoorganice cronice (și chiar în cele acute), în care patologia ce ar trebui să fie organizată după modelul strict medical (leziune-disfuncție), are un caracter de globalitate; faptul că ele se diferențiază evidențiind cel mai adesea dizarmoniile existente în personalitatea premorbidă, ne îndreaptă pentru admiterea reciprocei: „structura somatică” va avea un rol în expresivitatea tabloului clinic. Constituția biologică, integritatea ei morfo-funcțională, rezistența ei la dezadaptare, toate acestea se vor regăsi nuanțat în tabloul morbid. Iată câteva din circumstanțele medicale care pot avea ca expresie schimbarea

personalității subiectului: tulburările comițiale, în special cele cu origine în lobul temporal, leziunile lobului frontal, tumorile, abcesele și alte leziuni cerebrale. **Bear** și **Fedio** au descris caracteristicile personalității pacienților cu epilepsie a lobului temporal: hiposexualitate sau hipersexualitate, vâscozitate emoțională („adezivitate”), hiperreligiozitate, intensificarea emoțiilor, hipergrafie, circumstanțialitate, supraincluziune, lipsa umorului, tendințe paranoide și accentuarea extremă a sentimentului moral. Este important de reamintit că în cazurile în care există o patologie predominantă a lobului frontal, abilitățile cognitive sunt relativ păstrate.

Cauzele medicale ale schimbărilor de personalitate (după Popkin M.K., 1986)

Demența corticală (poate fi manifestarea timpurie)
 Tumorile SNC
 Afecțiuni ale lobului frontal (în special asociate cu leziunile orbitale sau cu tumori)
 Traumatism cranian
 Intoxicații (de ex. plumb)
 Sindrom postconvulsiv
 Psihochirurgie
 Accidente vasculare
 Hemoragie subarahnoidiană
 Demență subcorticală (deseori o manifestare care iese în evidență)
 Afecțiuni ale lobului temporal (în special de tip iritativ/convulsiv)

Revizia a X-a a clasificării tulburărilor mintale și de comportament OMS, 1992 introduce conceptul de tulburare de personalitate organică, pe care o caracterizează ca: *o alterare semnificativă a modelelor obișnuite ale comportamentului premorbid. În special sunt afectate expresia emoțională, trebuințele și impulsurile, funcțiile cognitive sunt defectuoase în special sau doar în sfera planificării propriilor acțiuni și anticipării consecințelor lor pentru subiect.*

În afara unui istoric stabilit sau a unei alte dovezi de boală, leziune, sau disfuncție cerebrală, un diagnostic cert necesită prezența a două sau mai multe din următoarele caracteristici:

a) Capacitate constant redusă de a persevera în activități cu scop, mai ales când implică lungi perioade de timp și satisfacții amânate;

b) Comportament emoțional alterat, caracterizat prin lăbilitate emoțională, bună dispoziție superficială și nejustificată (euforie), veselie neadekvată; schimbare rapidă spre iritabilitate sau scurte explozii de mânie și agresiune; în unele cazuri poate apărea apatia, care poate fi trăsătura predominantă;

c) Dezinhibarea expresiei necesităților și impulsurilor fără a lua în considerare consecințele sau convențiile sociale (pacientul se poate angaja în acte disociale, ca: furtul, avansuri sociale nepotrivite, bulimie, sau manifestă desconsiderare pentru igiena personală);

d) Tulburări cognitive sub forma suspiciunii sau ideatie paranoide și/sau excesivă preocupare pentru o unică temă, de obicei abstractă (de exemplu religia, „adevărul”, „eroarea” etc.);

e) Alterare marcată a debitului și fluidității verbale, ceea ce se traduce prin: circumstanțialitate, hiperimplicare, vâscozitate și hipergrafie;

f) Comportament sexual alterat (hiposexualitatea sau schimbarea preferinței sexuale.

Totuși, așa cum nu există psihogeneză pură (nu există emoție fără tulburări neurovegetative și endocrine, afirmă în 1973 **Sivadon**), tot așa nu se poate vorbi de personogeneză în sens neurologic.

IV.7. MODALITĂȚI DE ABORDARE A PACIENTULUI CU TULBURARE DE PERSONALITATE INTERNAT

Pacienții cu tulburări de personalitate sau comportamente regresiv au deseori crescute anxietatea, furia, indignarea, o nevoie de a pedepsi sau un comportament evitant față de personalul secției. Medicul și psihologul clinician pot fi în situația de a reduce tensiunea prin educarea personalului cu privire la diagnosticul pacientului și asupra motivației pe care o are pentru reacțiile puternice afișate. Această abordare detensionează de obicei situația prin scăderea afectelor negative în rândul personalului spitalului și, ca urmare a acestei schimbări, reducerea problemelor afective ale pacientului.

Atunci când apare un conflict între personalul medical și pacient este esențial să se aibă în vedere dacă plângerea pacientului este îndreptățită. Dacă există probleme reale, atunci acestea trebuie corectate. Pentru unii pacienți cu tulburări de personalitate, în special indivizii obsesiv-compulsivi, lucrul cu echipa în tratamentul acestora, pentru a întări apărarea intelectuală a pacientului, poate ajuta foarte mult. Oferirea a cât mai mult control asupra tratamentului pe care îl urmează sau a deciziilor asupra activităților zilnice pacienților cu tulburare de personalitate de tip obsesiv-compulsiv pot scădea anxietatea și revendicativitatea.

Totuși, mai frecvent, pacienții cu tulburare de personalitate necesită limite, structură și un mediu limitat. Controlul extensiv ajută pacientul regresat sau care funcționează primitiv să păstreze controlul intern. Amenajarea unui mediu limitat pentru pacient nu este punitivă, ci asigură o structură de siguranță pentru pacient. Pacienții cu tulburare de personalitate borderline, histrionică, antisocială, dependentă sau narcisistă sunt cel mai dispuși la a avea o astfel de structură.

IV.8. MANAGEMENTUL MEDICAL AL PACIENȚILOR CU TULBURĂRI DE PERSONALITATE

TIPUL DE PERSONALITATE	SEMNIFICAȚIA BOLII	RĂSPUNS	INTERVENȚIE
Dependentă	Așteaptă îngrijire și interes nelimitate	Revendicativ sau retras în sine	Satisfaceți nevoile cu condiții limită
Obsesiv-compulsivă	Amenință controlul	Obstinant, necooperant	Informații; oferiți control
Histrionică	Defect, pedepsire	Seductiv	Reasigurați; evitați interacțiunea
Paranoidă	Confirmă suspiciunile, așteaptă atacul	Blamează pe ceilalți, ostilitate	Planuri clare, păstrați distanța
Narcisiacă	Amenință măreția subiectului	Infatuare, fanfaronadă	Încredere, profesionalism
Schizoidă	Anxietate cu contact forțat	Izolat, necooperant	Acceptați distanța

Antisocială	O ocazie potențială de profit	Caută un avantaj	Stabiliți limite
Borderline	Mai multă anxietate	Dezorganizare crescută	Stabiliți limite
Schizotipală	Altcineva a provocat boala	Crește suspiciozitatea	Invocați mijloace și forțe neconvenționale
Evitantă	O povară în plus	Cerere disperată de ajutor	Suportivitate
Masochistă	Dragoste și îngrijire-suferință	Multiple acuze, respingere	Recunoașteți-i dificultățile
Pasiv-agresivă	O altă frustrare	Cere, blamează	Controlați-vă contratransferul

Îngrijirea cu succes a unui pacient cu tulburare de personalitate considerat dificil (agit, revendicativ și noncompliant), internat într-o secție de spital, se bazează pe urmărirea și îmbunătățirea următorilor factori:

- **Comunicarea.** Pacientul are nevoie să i se descrie simplu și adevărat starea medicală pe care o are și tratamentul pe care trebuie să îl urmeze. Pacientul poate încerca să despartă personalul, manipulând un membru împotriva altuia, prin relatarea unor variante diferite ale aceleiași povești unor persoane diferite. La raportul de predare-primire a turelor va fi obligatorie și compararea versiunilor relatărilor acestor pacienți

- **Personal constant.** Pacientul poate intra repede în panică dacă nu poate identifica membrii personalului care au fost repartizați pentru a lucra cu el. Ideal, o singură persoană trebuie să comunice toate deciziile. Deoarece acest lucru nu este posibil în lumea reală, țineți cont că pacientul poate fi speriat de fiecare schimbare de tură, sau atunci când personalul a fost repartizat altui pacient. De aceea la începutul fiecărei ture, un membru din personal repartizat pacientului trebuie să revizuiască planul de îngrijire, să se prezinte, să se intereseze asupra modului în care se desfășoară lucrurile și să spună pacientului cât timp va fi de serviciu.

- **Justificarea.** Pacientul are sentimentul că cineva trebuie să aibă grijă de el permanent. Deși este dificil pentru personal să tolereze acest lucru, este important de reținut că acest sentiment este modul prin care pacientul încearcă să facă față stării prin care trece atunci când este speriat. Acest comportament stârnește un puternic contratransfer care trebuie cunoscut și evitat de către medic. Asigurați în mod repetat pacientul că înțelegeți ce cere, dar, deoarece credeți că are nevoie de cea mai bună îngrijire posibilă, veți continua să urmați tratamentul recomandat de experiența și judecata echipei care îl îngrijește.

- **Limite ferme.** Pacientul are o mulțime de cereri, uneori în conflict unele cu ele, și se înfurie foarte repede atunci când aceste cereri nu sunt îndeplinite. Acest lucru poate face personalul să se simtă atras în cursă și fără ajutor, ca și cum ar fi de vină că pacientul nu poate face nimic fără ajutor. Pacientul poate amenința că își va face rău singur sau că va părăsi spitalul dacă lucrurile nu se desfășoară în modul așteptat de el. Nu încercați să vă contraziceți cu pacientul, dar încet și ferm, în mod repetat, stabiliți limitele pentru problema de comportament, cererea făcută și nemulțumirea exprimată. Dacă pacientul amenință că își va face rău sau va face rău altora, asigurați-l că va fi imobilizat dacă va încerca să facă acest lucru.

IV.9. PERSONALITATE SI ADAPTARE

De-a lungul istoriei psihologiei, mulți psihologi au arătat că trăsăturile de personalitate constituie baza pentru modelarea și adaptarea umană. Dintre trăsăturile de personalitate ei au acordat cea mai mare atenție următoarelor resurse de adaptare:

1. Eficacitatea (**Bandura, 1977, 1982, 1988; Waltz și Gough, 1984**).
2. Rezistența (**Kobasa, 1979, 1982**).
3. Control (**Rotter, 1966; Phares, 1979**).
4. Competența (**White, 1959**).
5. Ego puternic (**Barron, 1953**).

CARACTERISTICA	DEFINIȚIE	AUTORII
Eficacitatea	– resursă de personalitate împreună cu învățarea socială – ca trăsătură de personalitate; – „credința individului în abilitatea proprie de a acționa. Eficacitatea individuală pornește de la posibilitatea de a-și pune în față planurile și deprinderile pe care le are”.	Bondura – 1977, 1982, 1988 Woltg și Gough 1984 Woltg și Gough 1984
Rezistența	Un complex de caracteristici care include: – puternică înțelegere a selfului; – atitudine viguroasă față de mediu; – înțelegerea semnificațiilor; – control. Relația stres înalt/ execuție – scăzută în contrast cu stres înalt/ execuție foarte scăzută fiind toate caracterizate de calități asociate cu rezistența. Ridicarea unui număr de întrebări despre validitatea conceptului de rezistență.	Kobosa 1979, 1982 Funk, 1982
CONTROLUL	Un construct de personalitate. În ultimii 30 de ani s-au făcut sute de studii legate de această temă. Aceste studii au inclus investigații și corelații, structură factorială și proprietăți psihometrice. În general, concluzia este că, controlul reprezintă o sursă distinctă a personalității pentru adaptarea la stres. Pozitivitatea valorii controlului personal. Ideea că individul îl poate facilita și dezvolta prin credința în ceva anume și faptul că aceasta dă posibilitatea autocontrolului, rămâne totuși o noțiune populară.	J.Rotter, 1966 Folkman, 1984 Stephoe și Apples, 1992
Competența	Ea reprezintă sentimentul eficacității care provine de la istoria cumulativă a producerii unui efect asupra mediului. Competența este emergență calității care apare natural în procesul uman de creștere și dezvoltare. Un concept comportamental al competenței. Un model de dezvoltare/maturitate al competenței. Competența socială – un index al maturității și sănătății psihice.	White, 1959, 1960, 1970 Golfried și D’Zurilla, 1969 Heath, 1977 Phillips și Ziegler, 1961, Broverman și Zigler, 1966, 1961
Ego puternic	Conceptul de „putere a Ego-ului”. Când teoriile psihodinamice au luat avânt se dezvoltă scala de măsurare a puterii Ego-ului. Mai târziu, puterea ego-ului a putut fi considerată premergătoare conceptelor de eficiență, competență, rezistență și control.	Barron, 1953
Dezvoltare morală		Rim, 1992
Umorul	Umorul este un mijloc de satisfacere narcisiacă, este o afirmare victorioasă a Eu-lui	Overholser, 1992

În aceleași condiții de viață, de exemplu muncă de răspundere, plină de neprevăzut, într-un ritm neîntrerupt, ziua și noaptea, unii oameni rămân perfect sănătoși, iar alții contractează diferite maladii: ulcer, colită, hipertensiune și alte afecțiuni cardiace, acuzând o stare psihică proastă – surmenaj, insomnie, fobii etc. Investigațiile s-au orientat spre factorii de personalitate. În primul rând, cei determinanți ereditar: o anumită construcție somatică, echilibrul și forța proceselor psihice, anumite disfuncționalități congenitale etc. Deși ereditatea nu poate fi ocolită, cercetările moderne asupra stresului au arătat că rezistența la agresiunea stimulilor nocivi din mediul nostru de viață se dobândește. Hotărâtoare este atitudinea față de existența cotidiană, modul cum se raportează indivizii umani la realitatea obiectivă. Manualul de diagnostic și tratament DSM IV introduce o scală de evaluare precisă a funcționalității fiecărui individ, drept criteriu suplimentar în stabilirea diagnosticului multiaxial.

Scala de evaluare globală a funcționării (GAF-Global Assessment of Functioning)	
Luați în considerare funcționarea psihologică, socială și ocupațională pe un continuum ipotetic al sănătății/bolii mintale. Nu includeți degradarea funcționării ca urmare a unor limitări fizice (sau de mediu).	
Codul	(Notă Folosiți coduri intermediare atunci când este cazul, de ex., 45, 68,72).
100	Funcționare superioară într-o largă gamă de activități, problemele vieții par să nu-i scape niciodată de sub control, este căutat de alții pentru multiplele sale calități pozitive. Fără simptome.
91	
90	Simptome absente sau minime (de ex., ușoară anxietate înaintea unui examen), funcționare bună în toate domeniile, interesat și implicat într-o gamă largă de activități, eficient social, în general mulțumit cu viața, nu are mai mult decât probleme sau îngrijorări banale, legate de viața cotidiană (de ex., o „discuție” ocazională cu membrii familiei).
81	
80	Dacă sunt prezente simptome, acestea constituie reacții tranzitorii și expectabile la stresori psihosociali (de ex., dificultăți de concentrare după o ceartă în familie); nu mai mult decât o ușoară afectare a funcționării sociale, ocupaționale sau școlare (de ex., rămâneri în urmă temporare în activitatea școlară).
71	
70	Unele simptome ușoare (de ex., dispoziție coborâtă și ușoară insomnie) SAU unele dificultăți în funcționarea socială, ocupațională sau școlară (de ex., chiul ocazional sau însușirea unor obiecte din casă), dar funcționare generală bună, are unele relații interpersonale semnificative.
61	
60	Simptome moderate (de ex., afect plat și vorbire circumstanțială, ocazional atacuri de panică) SAU dificultăți moderate în funcționarea socială, ocupațională sau școlară (de ex., puțini prieteni, conflicte cu cei de aceeași vârstă sau cu colegii de muncă)
51	
50	Simptome severe (de ex., ideă de sinucidere, ritualuri obsesive severe, furturi frecvente din magazine) SAU orice afectare serioasă a funcționării sociale, ocupaționale sau școlare (de ex., fără prieteni, incapabili să păstreze un serviciu)
41	

40	Oarecare alterare a testării realității sau a comunicării (de ex., vorbirea este uneori illogică, obscură sau irelevantă) SAU alterare majoră în câteva domenii, cum ar fi munca sau școala, relațiile familiale, judecata, gândirea sau dispoziția (de ex., un bărbat depresiv care își evită prietenii, își neglijează familia și este incapabil să mai lucreze; un copil care bate frecvent copii mai mici, este sfidător acasă și ia note proaste la școală)
31	
30	Comportamentul este considerabil influențat de deliruri sau halucinații SAU deteriorare severă a comunicării sau judecării (de ex., uneori este incoerent, acționează cu totul inadecvat, are preocupări suicidare) SAU inabilitate de a funcționa în aproape toate domeniile
21	(de ex., stă în pat toată ziua; nu are serviciu, locuință sau prieteni)
20	Prezența unui anumit pericol de a-și face rău sieși sau altora (de ex., tentative de sinucidere fără expectația clară a morții; este frecvent violent; excitație maniacală) SAU ocazional nu păstrează igiena personală minimă (de ex., manipulează fecale) SAU alterare majoră a comunicării (de ex., în mare măsură incoerent sau mut)
11	
10	Pericol persistent de lezare gravă a propriei persoane sau a altora (de ex., violență recurentă) SAU incapacitatea persistentă de a-și menține o minimă igienă personală SAU act suicidal serios cu expectația clară a morții
1	
0	Informație inadecvată
Din: American Psychiatric Association. <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> , text revision, 4th Editura Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000	

V. VULNERABILITATE, EVENIMENT DE VIAȚĂ, CONFLICT ȘI CRIZĂ

- V.1. EVENIMENTUL DE VIAȚĂ – O ABORDARE CONTEMPORANĂ
- V.2. NATURA EVENIMENTULUI
- V.3. IMPORTANȚA EVENIMENTELOR
- V.4. CONTEXTUL EVENIMENTULUI
- V.5. TRACĂSĂRILE ȘI MOMENTELE BUNE COTIDIENE
- V.6. CONSTRÂNGERILE ROLULUI ȘI NATURA LOR
- V.7. ABORDAREA SOCIO-CLINICĂ (BROWN ȘI HARRIS)
*SCALA EVENIMENTIALĂ, DUPĂ HOLMES ȘI RAHE (Social
Readjustment Scale, 1967)*
- V.8. IMPORTANȚA INTERACȚIUNILOR
- V.9. PRINCIPIUL SUMĂRII
- V.10. VULNERABILITATE ȘI AGENȚI DECLANȘATORI
- V.11. SUPORT SOCIAL
- V.12. SCALA VULNERABILITĂȚII PSIHOLOGICE (SVP)
- V.13. CLASA SOCIALĂ
- V.14. SEXUL
- V.15. LISTA EVENIMENTIALĂ, DUPĂ PAYKEL
- V.16. CHESTIONARUL EVE

V.1. EVENIMENTUL DE VIAȚĂ – O ABORDARE CONTEMPORANĂ

În ultimul deceniu sociologii au studiat determinanții socio-culturali ai sănătății mintale și ai bolii, factorii sociali în situația de căutare a ajutorului psihiatric, atitudini față de boala psihică și organizarea de îngrijire a sănătății mintale. În toate aceste domenii, studiul a fost posibil numai prin formarea unui organism interdisciplinar, care a elaborat atât studii teoretice, cât și cercetare concretă, la aceasta aducându-și contribuția nu numai sociologi, dar și psihiatri, psihologi și epidemiologi.

Cercetarea asupra factorilor sociali și culturali în psihopatologie a dominat cercetarea ultimului deceniu, datorită interesului asupra efectelor dăunătoare sănătății pe care le au evenimentele stresante de viață.

Vom începe prin a introduce conceptul de **eveniment de viață**, în jurul căruia se structurează problematica acestei cauzalități.

V.2. NATURA EVENIMENTULUI

O abordare modernă a problemei trebuie să țină seama de drumul parcurs de la primul război mondial – când se credea că simptomele consecutive unei traume psihice pe câmpul de bătaie erau provocate de explozia unor minuscule vase sangvine cerebrale, până la momentul actual când evenimentul este privit în contextualitate, iar patogenitatea lui este considerată doar în context. La începutul secolului, despăgubirea victimelor accidentelor feroviare care prezentau stări psihice fără sechele fizice evidente, constituia o problemă pentru neuropsihiatrii și companiile de asigurări, iar nevrozele traumatice ocupau atunci un loc important în cercetare.

Abia în 1950, „evenimentul”, indiferent de natura lui, a înlocuit ca importanță „accidentul”, devenind centrul de interes. De atunci sunt cercetate probleme mai obișnuite și cu grad de personalizare mai ridicat decât marile cataclisme.



Adolf Meyer (1866-1950)

Psihiatru american, fondatorul școlii dinamice, autor al concepției biopsihologice, a subliniat rolul evenimentului în geneza bolii psihice și a fundamentat conceptul de reacție psihică.

Adolph Meyer deschide calea, publicând observațiile sale medicale asupra acumulării evenimentelor reprezentative. Ulterior a apărut o bogată literatură, în special în America, unde behaviorismul a pregătit terenul pentru favorizarea explicațiilor legate de mediu în determinarea comportamentului.

Un eveniment este, într-un fel, orice experiență de viață care necesită o adaptare sau duce la o modificare importantă; este, cu alte cuvinte, o discontinuitate, o ruptură mai mult sau mai puțin brutală, în cursul vieții de fiecare zi. Un eveniment are, deci, un caracter de „exterioritate” în raport cu persoana care trăiește evenimentul, dar trebuie în același timp să capete un sens în istoria individuală, pentru a dobândi caracterul de eveniment patogen. De aceea, pentru a înțelege evenimentele trebuie făcut mai mult decât derularea anecdotică a întâmplărilor, adică trebuie interogat un subiect – o persoană – și să poți descrie nenumăratele dimensiuni subiective și obiective pe care faptele respective le structurează. Pe scurt, evenimentul este un fapt important care se înscrie într-o biografie. Trebuie amintit aici aportul pe care psihanaliza îl aduce în ceea ce privește așa-numita traumă, adică o experiență care aduce în viața psihică, într-un interval scurt de timp, o asemenea creștere a excitației încât descărcarea sau elaborarea ei într-o modalitate normală și obișnuită eșuează, rezultând tulburări durabile (**Freud S., 1920**). **Freud** subliniază conexiunea temporară a fenomenelor psihice în schița și istoria de viață, contextualizarea fiind absolut necesară pentru experiența presupusă traumatizantă. De asemenea pot fi delimitate, în cazul nevrozei traumatice, două situații distincte:

a. trauma funcționează ca un element declanșator, care dezvăluie o structură nevrotică preexistentă

b. trauma are o contribuție determinantă tocmai la conținutul simptomului, (**Laplanche și Pontalis, 1967**)

V.3. IMPORTANȚA EVENIMENTELOR

Delimitarea exactă a evenimentului este esențială dacă dorim să evaluăm contribuția sa în geneza bolilor psihice. La început era vorba de sumarea tipurilor de evenimente întâlnite în viața recentă a pacienților cu diverse afecțiuni psihice.

Listele utilizate au ajuns rapid la 43, în versiunea originală a lui **Holmes și Rahe**, pentru a ajunge rapid la 102 în *Psychiatric Epidemiology Research Interview* (**Dohrenwen B. și colab., 1978**). Există și variante adaptate pentru adolescenți și alte grupe speciale. Uneori, aceste liste de evenimente au fost construite plecând de la biografia adulților de vârstă medie. Dar tinerii adulți, a căror viață e plină de schimbări, ating scoruri înalte.

Astfel, diversificarea listelor și adaptarea lor la grupe de populații nu constituie un lucru nou în sine. Dezavantajul vine mai degrabă din faptul că se uită ce trebuia să constituie un eveniment și că s-au introdus uneori fapte banale sau dificultăți de viață cronice. Soluția, care consistă în includerea doar a evenimentelor considerate perturbatoare de către subiect, duce în definitiv la accentuarea confuziei, întrucât persoanele predispuse la tulburări afective riscă să fie mai tulburate de ceea ce li se întâmplă și să brujeze rezultatele, considerând că tot ceea ce li se întâmplă este perturbator.

Este bine să amintim că evaluările subiective făcute de subiecți nu diferă de interpretările obiective ale observatorilor externi. Pe de altă parte, cei depresivi, cunoscuți pentru percepția lor eronată, continuă și după vindecare să acorde aceeași pondere, ca înainte, evenimentelor trăite (**Zimmerman, 1983**).

Este ușor de evidențiat limita utilizării acestor inventare. Ele sunt utilizate repetat, iar insuficiența lor este legată de prea marele lor simplism. Două metode de calcul sunt utilizate curent. Prima constă în însumarea evenimentelor raportate, uneori atât cele pozitive cât și cele negative, alteori, doar cele negative, pentru a stabili un scor total de stres. Pare surprinzător că sunt incluse evenimente pozitive. Trebuie să menționăm că anumite succese necesită o adaptare, precum sunt obținerea unui nou loc de muncă, sau câștigarea la loterie.

Oricare ar fi tipul de însumare, defectul este că le consideră egale pe toate: moartea unui copil este echivalentă cu pierderea serviciului. Pentru a contracara aceste critici, **Dohrenwend B. și colab. (1978)** a cerut unor „judecători” aleși din marele public să acorde o pondere relativă fiecărui eveniment de pe listă. Evenimentul etalon este căsătoria – căreia i se acordă, prin convenție, 500 de puncte –, iar toate celelalte trebuie ordonate în consecință. Plecând de la acest reper, infidelitatea conjugală are 558 puncte, schimbarea domiciliului 437 puncte, moartea unui copil 1036 puncte – cu tendința de a ocupa locul întâi.

Acest mod de evaluare constituie un progres net, în ciuda limitelor enumerărilor, pentru că doar subiectul poate decide ce anume constituie pentru el un eveniment. În practică, nu este necesară o abordare atât de riguroasă, întrucât cele două tipuri de a calcula duc la rezultate foarte asemănătoare (**Zimmerman, 1983**).

Ameliorarea formulării criteriilor contribuie, totuși, la ameliorarea indicilor psihometrice, întrucât coeficienții de fidelitate sunt în general scăzuți (**Zimmerman, 1983**).

Cei ce dau informații continuă să uite anumite evenimente, iar datarea lor este imprecisă, astfel încât întrevederile cu persoane apropiate lor face să crească numărul de evenimente de la 20% la 30%. Precizia datării este, evident, supusă ameliorării. Informatorul este invitat, de cele mai multe ori, să identifice evenimentele trăite în cursul ultimelor 12 luni. Or, se prea poate ca evenimentele trăite în cursul a mai mult de șase luni în urmă să nu mai aibă nici un efect în momentul interviului, și ca problema de sănătate mintală ce a decurs din aceste evenimente să fi avut timp să apară și să dispară. Aceste inconveniente riscă să împiedice confirmarea unor ipoteze valoroase. **Brown și Harris (1978)** avansează astfel ipoteza că evenimentele majore care se produc în cele trei săptămâni ce preced debutul maladiei sunt cele determinante.

Pe de altă parte, dificultatea situării cu exactitate în timp a debutului unei probleme psihopatologice, în studiile de sănătate mintală, este și mai mare. Aceste critici se aplică la majoritatea cercetărilor. În cazul depresiei, de exemplu, cum putem

preciza perioada în care simptomele au devenit suficient de numeroase pentru a atinge numărul de patru, propus de anumite definiții? Din care moment începe scăderea în greutate, sau o adevărată disperare? Modificarea este gradată sau bruscă? Doar studiul prospectiv ne-ar scoate din încurcătură, ceea ce ar presupune comunicarea cu informatorul la intervale regulate. Această metodă este foarte costisitoare, iar în lipsa ei, singura soluție este o analiză retrospectivă foarte atentă în ceea ce privește data apariției și dispariției episoadelor depresive sau ale altora. Anumite variabile, precum tentativele de suicid sau ideatiile de suicidare serioase, întrucât nu sunt constituite din mai multe simptome, prezintă în acest sens nete avantaje, și este posibil să fie date cu mai mare ușurință (**Tousignant și Hanigan, 1986**).

Una dintre problemele cele mai controversate este de a ști dacă evenimentele sunt într-adevăr independente de voința celor interogați (**Rabkin și Struening, 1976**). Sau, altfel spus, este subiectul total sau chiar parțial responsabil de ceea ce i se întâmplă? De exemplu, cum să tragi concluzia că divorțul este cauza depresiei, fără să presupui și că cel puțin unele probleme comportamentale legate de depresie au dăunat căsătoriei? Poziția lui **Brown** în această privință este de a nu respinge evenimentele dependente, într-o măsură sau alta, de subiect. Aceasta ar antrena, în primul rând, îndepărtarea unui număr considerabil de evenimente majore, începând cu creșterea unui copil, până la anumite cazuri de șomaj. Problema fundamentală este de a ști dacă un eveniment, indiferent care este angajarea subiectului, este în măsură să arunce o persoană, deja vulnerabilă, pe plan psihologic, într-o stare patologică. Procesul de cauzalitate nu urmează o mișcare simplă, lineară, cum ar dori unii (**Tennant și colab., 1978**); el se înscrie mai degrabă într-o mișcare în spirală, iar rolul nostru este de a descrie toate meandrele ce duc la tulburări psihice.

În anumite studii longitudinale, de exemplu cel întreprins de **McFarlane și colab. (1983)** și ale majorității celor care stabilesc relații între scorurile scalelor la două perioade diferite, vom constata că simptomele măsurate inițial prezic mai bine decât celelalte variabile simptomele unei perioade ulterioare de 6 luni, în pofida unei asociații clare între evenimentele independente și indezirabile și sănătatea mintală.

Aceasta ne conduce la ipoteza că starea sănătății mintale este o caracteristică stabilă, care nu se va schimba decât foarte puțin în funcție de vicisitudinile vieții. Aceste simptome, mai mult sau mai puțin cronice, pot fi ele însele legate de anumite situații de viață durabile, și nu trebuie să ne îndoim de importanța etiologiei sociale în prezența unor astfel de observații.

Pe de altă parte, problema importantă este nu de a prevedea un număr de simptome la un moment dat, ci factorii care contribuie la crearea unei stări de incapacitate relativă, la o persoană, între un moment A și un moment B. La alcoolici, de exemplu, este important să știm ce îl determină pe un băutor mediu să treacă, la un moment dat, la un consum abuziv.

Corelațiile dintre evenimentele de viață stresante și starea sănătății mintale au fost destul de slabe. Doar 9% din variația stărilor patologice poate fi atribuită acestor evenimente (**Rabkin și Struening, 1976**), iar valoarea predictivă a evenimentelor nu s-a accentuat în urma ameliorărilor instrumentelor (**Kessler și colab., 1985**). Aceeași concluzie este împărtășită de **Brown și Harris (1978)**, știind că majoritatea persoanelor ce trec printr-o încercare grea în decursul unui an nu cad în depresie, ceea ce corespunde observației comune.

În eșantionul lor de la **Camberwell**, 20% dintre femeile care au traversat un eveniment serios sau o dificultate majoră de viață, intră în depresie în cursul anului respectiv; este o minoritate, dar este de 10 ori mai mult față de 2% din grupul celor care nu au trăit astfel de evenimente și dificultăți. Procentul de 20% este totuși impresionant. Este limpede, desigur, că există și alți factori, și că doar efectul unui eveniment major nu este suficient, de obicei, pentru a declanșa depresia.

Contribuția evenimentelor este mai bine stabilită în cazul depresiei decât în cel al schizofreniei, și este, probabil, superioară în cazul tentativelor de suicid (**Paykel, 1978**). Important este să ne amintim că evenimentele ar trebui să fie însoțite de alți agenți catalizatori pentru a deveni agenți declanșatori eficace. Evenimentele acționează, deci, în cadrul unui model complex. Prin urmare, nu trebuie să punem pe picior de egalitate toate evenimentele de viață.

Marile tulburări lasă urme profunde asupra victimelor. Între 20% și 40% dintre persoane nu se remit după crize mari de viață, chiar după o bună perioadă de timp (**Silver și Wartman, 1980**).

Evenimentele critice nu trebuie, pe de altă parte, să fie reduse la agenții destructori care demoralizează și atacă sistemul de imunitate psihică. Studiul lui **Kobasa (1979)** demonstrează că idealul nu constă atât de evident în evitarea evenimentelor sau situațiilor dificile, cât mai ales în expunerea în măsura în care poți să înfrunți aceste dificultăți. În această cercetare, directorii marilor companii sunt favorizați, din punctul de vedere al sănătății, dacă sunt expuși stresului datorat schimbărilor. Absența stresului împiedică cheltuirea aptitudinilor lor și le scade vigoarea. În schimb, procesul este invers la militarii americani de carieră, pe timp de pace. Evenimentul poate avea o contribuție pozitivă în dezvoltarea persoanei: o criză ce ar fi putut provoca o deteriorare a sănătății mintale poate duce la o mai mare înțelepciune și seninătate.

V.4. CONTEXTUL EVENIMENTULUI

Evenimentele joacă deci, indubitabil, un rol important în etiologia tulburărilor psihice. Dar care este, oare, natura procesului care le permite să acționeze asupra psihicului? Explicațiile sunt numeroase, fără să se excludă neapărat. Cercetătorii sunt de acord că evenimentele pot slăbi stima de sine, întrucât persoana are ocazia să ia cunoștință de limitele stăpânirii pe care o are asupra vieții proprii, în special în caz de eșec al strategiilor utilizate pentru a face față încercării respective (**Kessler și colab., 1985**).

O maladie cronică gravă, precum leucemia sau o dezamăgire în dragoste, ne aduc aminte cât de puțin stăpânim destinul. Scăderea autostimei este accentuată în împrejurările în care subiectul crede că ar fi putut acționa (de exemplu, un adolescent care încearcă să împiedice separarea părinților). În cazul în care evenimentul are loc, în pofida expectațiilor firești, pot apare confuzie și dezorientare (de exemplu, un logodnic rupe logodna, deși căsătoria era anunțată; un student cade la un examen considerat ușor etc.).

Evenimentul provoacă, de asemenea, o serie de neplăceri, a căror acumulare poate fi determinantă în afectarea sănătății mintale.

Efectele evenimentelor se pot face simțite la nivelul sistemului imunitar și să provoace fatigabilitate sau probleme somatice, care mai devreme sau mai târziu, pot duce la stări depresive.

Se remarcă faptul că persoanele care declară că au o stare de sănătate excelentă nu au un scor ridicat de suferință psihologică (exceptând un procent de 10%); procentul se ridică, însă, până la 71% la cei care raportează o stare proastă a sănătății (**Edmond, 1988**).

Thoits (1983) face o excelentă sinteză a dimensiunii evenimentelor care au efecte specifice asupra stării sănătății fizice și mintale. În primul rând, contrar celor postulate în prima fază a cercetărilor, cantitatea de schimbări provocate este mai puțin determinantă în comparație cu faptul că schimbările nu sunt dorite.

Din multitudinea de lucrări care au tratat această problemă reiese că **indezirabilitatea** evenimentelor este elementul determinant în ceea ce privește sănătatea mintală, indiferent de tipurile de indici utilizați, de diagnosticele tradiționale de depresie, schizofrenie, indiferent de suferința sau de comportamentele psihopatologice.

A doua dimensiune este sentimentul de control al evenimentului. Se știe, de exemplu, că numeroasele cercetări clinice și de laborator ce se bazează pe noțiunea de „neajutorare dobândită” au ajuns la concluzia că **absența sentimentului de stăpânire a evenimentului** era determinantă în dezvoltarea tulburărilor de tip depresiv.

Anticipația este o altă dimensiune importantă. Literatura demonstrează că modificările anticipate, ciclice, precum căsătoria, menopauza, pensionarea, au mai puține consecințe asupra sănătății mintale decât **schimbările nenormative, neprevăzute**, cum sunt divorțul, boala, șomajul etc.

V.5. TRACASĂRILE ȘI MOMENTELE BUNE COTIDIENE

Lăsând de-o parte marile drame ale vieții, anumite studii recente se interesează în mod special de necazurile și bucuriile cotidiene. Logica invocată: tensiunile cotidiene au cel puțin tot atâta importanță pentru sănătatea mintală a indivizilor ca și evenimentele izolate; iar acumularea lor sfârșește prin a cântări mai mult în balanță decât loviturile grele al căror impact va fi, puțin câte puțin, absorbit de timp (**Kanner și colab., 1981**).

Cum este de așteptat, micile necazuri sunt asociate cu sentimente negative, iar momentele bune cu sentimente pozitive, dar numai la femei, deoarece bărbații care trăiesc momente bune sunt mai înclinați să manifeste sentimente negative! Ceea ce trebuie reținut este că tracasările antrenează o mai mare varianță a scalei simptomelor decât evenimentele sau momentele bune.

Lazarus și colab. (1985) analizează din nou datele, clasificând tracasările în factori **simptomatici**, factori **incerti**, și, respectiv, factori **nesimptomatici**. Aceste modificări nu schimbă nimic din corelațiile obținute cu *scala Hopkins*, adică faptul că tracasările rămân puternic corelate cu lista de simptome psihologice. **Dohrenwend și Shrout (1985)** revin și lasă să se înțeleagă că există un factor general subiacent tuturor acestor factori independenți, și care ar fi reprezentat de tulburarea trăită. Cu alte cuvinte, individul afirmă, în fond, că prezintă itemii care descriu tracasările nu pentru că este într-adevăr tracasat, ci datorită dispoziției afective de moment.

Introducerea „tracasărilor”, ca și a „momentelor bune” printre factorii de sănătate reprezintă un aport teoretic definitiv, recunoscut chiar și de cei care au critici serioase la adresa instrumentelor propuse.

Pe de altă parte, dacă universul trăirilor acestor tracasări îl depășește pe cel al constrângerilor rolului, rămâne să se verifice dacă tracasările cotidiene pot încă să

aibă importanța lor și în absența unui astfel de tip de constrângeri legate de rol. O relativă satisfacție îi va proteja, poate, pe adulții de vârstă mijlocie puternic angajați în roluri profesionale și familiare. Pentru persoanele fără rol, sau cu un singur rol, tracasările ar putea avea consecințe mai importante.

În concluzie, subliniem că nu vom ajunge ușor la o soluție în abordarea evenimentelor și a tracasărilor. Efectul interactiv „tracasări-evenimente” are același efect ca și contribuția lor separată.

Deci conceptul „tracasărilor” nu este suficient de fundamentat teoretic, și mai pot face reduceri ale subiectivității celui care răspunde în cadrul instrumentelor propuse.

V.6. CONSTRÂNGERILE ROLULUI ȘI NATURA LOR

Cadrul prea restrâns al analizei evenimentelor poate lăsa să se creadă că sănătatea mintală ar fi legată de accidente separate ale vieții și că ar fi vorba de un joc al posibilităților în care cel mai norocos câștigă.

Conceptul constrângerii rolului, lansat de **Pearlin (1983)**, este conceput ca o invitație de a lua mai puțin în considerație modificarea în sine provocată de eveniment, cât mai ales efectul uzurii capacității de a îndeplini obligațiile și rolurile în viață.

De ce au rolurile o astfel de importanță? În primul rând, datorită investițiilor afective. Interesul în ceea ce privește noțiunea de rol constă, de asemenea, în a vedea în ce măsură comportamentul individului este legat de macro-structurile organizatorice ale societății, precum și de a înțelege în ce măsură evenimentul afectează nu doar individul, ci contextul social în care se înscrie.

Conceptul de constrângere a rolului (*role strain*) este definit deci prin „dificultățile, înfruntările, conflictele și celelalte probleme de aceeași natură, pe care oamenii le traversează în timp, atunci când se angajează în rolurile sociale ale vieții” (**Pearlin, 1983**).

TIPURI DE ROLURI DE CONSTRÂNGERE		
Constrângerile datoriei	toate aspectele materiale, acțiunile ce trebuie îndeplinite, noxe, pericole sau surplus de muncă. Cei care lucrează situații de obicei la cele două extreme ale câmpului ocupațional: a) cu sarcini repetitive; sau b) în posturi de mare responsabilitate, care sunt și cei mai afectați.	Constrângerea datoriei poate fi legată de disproporția dintre venit și efortul depus sau exploatarea unor aptitudini. Motivația se pierde și e necesară mai multă energie pentru aceeași activitate
Conflicte interpersonale	acestea sunt conflictele care apar între două persoane, care de obicei sunt angajate în aceeași situații de rol. Căsătoria oferă exemplul tipic. Principala sursă de insatisfacție și neînțelegeri este impresia unei absențe a reciprocității: un partener crede că dă mai mult decât primește. Putem adăuga necazurile pe care copiii le fac părinților, și invers. În domeniul profesional conflictul cu autoritatea, care atrage după sine auto-devalorizarea și depersonalizarea, riscă să invalideze ceea ce fiecare a investit în munca lui.	Constrângerea legată de rol va fi cu atât mai mare cu cât individul este mai angajat în acel rol. Relațiile sunt condiționate de așteptările actorilor

TIPURI DE ROLURI DE CONSTRÂNGERE		
Multiplicitatea rolurilor și conflictele interpersonale	Angajamentele luate într-un anumit domeniu sunt deseori incompatibile sau în contradicție cu cele pe care le luăm în alte domenii, și se ajunge astfel într-o situație dilematică.	Aceste conflicte între roluri apar mai ales la persoane care nu au posibilitatea să deplaseze temporar unul dintre roluri pe un loc secundar, în favoarea altuia. Este situația femeilor, care sunt mai pasibile să dezvolte o depresie decât bărbații, dacă munca lor vine în contradicție cu solicitările casnice (Pearlin, 1975).
Înțepenirea în rol	Acest domeniu este mai puțin analizat, dar există elemente care permit înțelegerea situațiilor unor persoane.	Este vorba de persoane care sunt profund nemulțumite de rolul în care sunt captive.
Schimbarea rolurilor	Intrarea și ieșirea dintr-un rol sunt, de fapt, evenimente critice	
Restructurarea rolurilor	Apare în situația de schimbare a poziției într-o relație care ne-a legat de o persoană, de exemplu: grija de părinții care ne-au crescut, fiul unei mame divorțate devine prematur confidentul acesteia etc.	Inhibiția determinată de comportamente învățate și adoptarea unor comportamente contrare pot produce o tensiune foarte mare

După cum remarcă **Pearlin**, lucrările asupra constrângerilor rolurilor se adresează în special populației active, care muncește și evoluează într-o familie.

Exemplele constrângerii rolului sunt propuse, în special, de lucrările asupra sănătății și muncii (**Kasl, 1984**).

Thoits (1983) demonstrează, la rândul său, faptul că evenimentele în sine nu provoacă tulburări psihologice serioase dacă nu suntacompaniate de constrângeri ale rolurilor. Copiii care trăiesc evenimente familiare negative nu prezintă tulburări de comportament dacă familia nu trăiește tensiuni anormale în acea perioadă (scandaluri în căsătorie, probleme economice etc.). Pierderea serviciului și prăbușirea mariajului în același timp nu provoacă o creștere a simptomelor decât în cazul în care există o intensificare a problemelor vieții cotidiene.

Un alt argument important susține contribuția mai puternică a stresului cronic în raport cu impactul pe care evenimentele îl au. Procentul de maladii mintale și de probleme psihologice este mai mare în grupurile defavorizate economic și de celibatari, dar grupurile mai favorizate economic și necăsătorii raportează un număr mai mare de evenimente (**Thoits, 1983**).

V.7. ABORDAREA SOCIO-CLINICĂ (**BROWN ȘI HARRIS**)

Lucrările echipei de la colegiul Bealford din Londra, constituită în principal din **George Brown, Tirril Harris** și **Antonia Bigulco**, merită o atenție specială datorită contribuției lor excepționale în epidemiologia psihiatrică. Munca imensă depusă de la începutul anilor '70 în domeniul originilor sociale ale depresiei la femei a propus o abordare originală și mult mai globală decât ceea ce era în general oferit de literatura existentă la acea dată. Panoplia instrumentelor dezvoltate pentru

măsurarea conceptelor cheie ale modelului lor sunt constituite de **interviul clinic de tip semi-dirijat**. Timpul de înregistrare (redactare) este relativ lung.

Corpusul de referință pentru codificare nu este restrâns la părți din interviu privitoare la unele concepte, ci este extins la toate informațiile primite în timpul interviului. Este, deci, o **abordare calitativă**.

Modelul propus se complexifică pe măsură ce caută să integreze reflecțiile asupra noțiunii de rol, în același timp ca variabile ale micii copilării, și ca transmitere a vulnerabilității până la vârsta adultă. Sunt puține variabile de **epidemiologie socială** pe care nu le vom regăsi în acest model.

Un efort special de integrare permite evaluarea fiecărui aspect în cronologia lanțului etiologic. De altfel, protocoalele de cercetare conțin mulțime de detalii bibliografice asupra cărora este totdeauna posibil să se revină înainte de a verifica mecanismele și de a verifica corelațiile rezultate sau rațiunile pentru care anumiți subiecți devin ipoteze de plecare.

O a treia caracteristică definind demersul acestei echipe este preocuparea constantă de a înțelege în ce fel se constituie **relații între variabile** și cum aceste procese sunt **reflectate în conștiința subiectului**.

De asemenea, conceptul de **semnificație**, adică **inserarea unui eveniment** sau a unui **factor de vulnerabilitate în istoricitatea subiectului**, cu toată gama de **reacții emotive provocate**, ocupă un loc central în înțelegerea lanțurilor cauzale între componentele emoțiilor teoretice.

Life Events and Difficulties Schedule (LEDS) este unul dintre instrumentele reprezentative folosite; el acoperă **evenimentele trăite de informator în cursul ultimului an**.

Principalul său avantaj este de a aborda examinarea **fiecărui sector de viață** (sănătate, viață conjugală, serviciu), cu **întrebări deschise** care permit să se recolteze evenimente puțin frecvente sau chiar absente în listele uzuale. LEDS poate, de asemenea, să surprindă evenimente reprezentate de o schimbare cognitivă brusc instalată, presupunând „o schimbare ulterioară”.

SCALA EVENIMENTIALĂ DUPĂ HOLMES ȘI RAHE (Social Readjustment Scale, 1967)

1.	Decesul unuia dintre soți	100
2.	Divorțul	73
3.	Separarea maritală	65
4.	Sfârșitul detenției în închisoare	63
5.	Decesul unui membru apropiat al familiei	63
6.	Accident sau maladie personală	53
7.	Căsnicie	50
8.	Concediere	47
9.	Reconciliere maritală	45
10.	Pensionare	45
11.	Modificarea stării de sănătate a unui membru din familie	44
12.	Graviditate	40
13.	Dificultăți sexuale	39
14.	Intrarea unui nou membru în familie	39

15.	Reorganizare profesională	39
16.	Schimbarea statutului financiar	39
17.	Decesul unui prieten apropiat	38
18.	Schimbare în orientarea profesională	37
19.	Schimbarea frecvenței disputelor conjugale	36
20.	Ipotecă mai mare de 10.000 USD (echivalentul unui salariu în 1967)	35
21.	Scadența unui împrumut sau sechestrul în urma ipotecării	31
22.	Schimbarea responsabilității la serviciu	30
23.	Părăsirea domiciliului de către un fiu sau o fiică	29
24.	Neplăceri juridice	29
25.	Realizare personală incompletă	28
26.	Debutul sau finele carierei soției	26
27.	Debutul sau finele școlarizării	26
28.	Schimbarea condițiilor de viață	25
29.	Revizuirea obiceiurilor personale	24
30.	Dificultăți cu șeful	23
31.	Schimbări de orar sau de condiții de muncă	20
32.	Schimbare de domiciliu	20
33.	Schimbarea școlii	20
34.	Modificări în programul de distracție	19
35.	Schimbări în activitatea religioasă	19
36.	Schimbări în activitățile sociale	18
37.	Ipotecă sau împrumut mai mic de un salariu mediu anual	17
38.	Modificări în obiceiurile legate de somn	16
39.	Schimbare în frecvența reuniunilor familiale	15
40.	Modificări ale obiceiurilor alimentare	15
41.	Vacanțe	13
42.	Sărbători de Crăciun	12
43.	Încălări minore ale legii	11

Una dintre **dimensiunile cele mai importante ale evenimentelor** și pe care se sprijină modalitatea de a le măsura gravitatea este **amenințarea pe termen lung**. Se înțelege prin aceasta un eveniment care continuă să cauzeze, în mod obișnuit, necazuri serioase după mai multe zile. De exemplu, să fii martor la un accident de circulație poate fi un eveniment tulburător, dar nu neapărat pentru un interval lung de timp, în comparație cu experiența pierderii serviciului sau a morții soțului.

Amenințarea este în raport de istoricitatea subiectului, respectiv cu scopurile, proiectele și interesele lui. O amenințare este deci ceva care, cel puțin două săptămâni după producerea evenimentului, va continua să pună în pericol interese importante pentru persoană.

Analiza contextului de ansamblu permite în mod egal de a judeca un eveniment în raport cu altele survenite în cursul aceleiași perioade.

Unii, cum ar fi **Tennant și colab.**, avansează ideea că ceea ce măsoară de fapt această metodă nu este un eveniment adevărat, ci un fel de **indice de stres social**, pentru că evenimentul este judecat în **contextul circumstanțelor** care îl înconjoară.

Brown și Harris arată că proiectul lor este dincolo de dezbaterile conceptuale, întrucât scopul este nu de a separa noțiuni pure, ci și de a reconstrui situații care anunță cu acuitate apariția tulburărilor psihice.

Demersul lor constă, deci, în a concepe un model de producere socială a depresiei, de a-l face operațional și de a-l verifica empiric; și, în final, de a desprinde modelul care ține cel mai bine seama de rezultatele obținute.

LEDS nu se mulțumește, așa după cum am subliniat, să considere numai **evenimentele**; el cuprinde și o întreagă serie de **dificultăți de viață**, a căror natură este mai cronică; respectiv, acestea sunt, în general, de o **durată mai mare de 6 luni**. De asemenea, în contextul socio-economic (creșterea unei chirii, spațiul neadecvat, venituri insuficiente) sau în cazul unor neînțelegeri cu șeful, aceste dificultăți reprezintă totuși dificultăți care vor fi codificate independent în protocol. De aici, o **scală în șase trepte**, care permite departajarea dificultăților în funcție de gravitatea lor. O analiză atentă a temelor acoperite permite să se vadă că ele înglobează **elemente esențiale ale tracăsării cotidiene**, ca și **probleme de rol**.

Modelul implică, deci, conjugarea evenimentelor și a dificultăților; în studiul de la **Camberwell (1978)**, **40% dintre evenimente** sunt considerate ca **majore**, nu din cauza principalului lor impact, ci pentru că sunt **asociate cu dificultățile serioase**.

Pe de altă parte, **un sfert dintre evenimente produc o dificultate serioasă** prin impactul și consecințele lor pe termen lung, ceea ce le transformă în **evenimente majore**.

Problema de interpretare subliniată de autori este de a ști de ce o dificultate poate avea consecințe atât de tardive. Uzura pe termen lung sau incidența unui eveniment suplimentar acționează în final precum un declanșator.

Evenimentul nu este pe plan conceptual radical diferit de dificultatea de viață, decât prin caracterul său mai restrâns în timp.

Cea de-a treia axă a acestui model este formată din **factorii de vulnerabilitate**, definiți ca ansamblul caracteristic al stărilor unei persoane, care fac să crească riscul de patologie în prezența unui agent declanșator, respectiv un eveniment sau o dificultate.

Slaba stimă de sine, de exemplu, nu e necesar să fie permanentă, ea poate fi întreținută de o situație obiectivă exterioară, care, în cea mai mare parte a timpului, constă într-o absență a susținerii sociale sau într-o relație negativă cu anturajul.

Factorii de vulnerabilitate identificați au în comun faptul că realizează o frustrare, fie a unei trebuințe psihologice bazale, fie a unei nevoi de securitate sau de afecțiune în cazul lipsei de susținere sau a pierderii mamei la vârstă mică, fie a unei nevoi de afirmare, în cazul unei femei „prizoniere” în căminul său.

Modelul implică aici faptul că acești factori induc afecte negative: tristețe, plictiseală, furie, fără ca prin aceasta să provoace tulburări psihice. Trebuie să intervină o agresiune mai directă – un agent declanșator – pentru ca depresia să fie însoțită de tulburări.

Ar fi, totuși, fals de a concepe un factor de vulnerabilitate ca pe un simplu fundal, acționând în mod pasiv.

În acest sens, factorul de vulnerabilitate, care este lipsa de atenție din partea părinților în timpul copilăriei, conduce la o dinamică ce antrenează **situații care produc evenimente**. Se poate chiar ajunge la **situații care produc evenimente**. Se poate chiar ajunge la **situația ca același obiect să fie sursă de vulnerabilitate și, totodată, agent declanșator**.

V.8. IMPORTANȚA INTERACȚIUNILOR

Cercetări pe eșantioane de populație, în ultimii 10 ani, nu lasă nici un dubiu asupra importanței etiologice a evenimentelor majore și a dificultăților serioase de viață pentru a explica debutul unui episod depresiv.

Cercetarea cea mai recentă făcută în cartierul Islington din Londra a permis realizarea unui pas înainte considerabil pentru înțelegerea impactului anumitor **evenimente majore, care corespund unor roluri sau dificultăți**.

S-au distins, de altfel, **evenimente – E** – care sunt asociate unui angajament profund de implicare într-unul dintre cele 5 **domenii** următoare: copii, căsătorie, munci casnice, servicii sau activități exterioare.

Nu este necesar ca persoana să fie fericită în acest aspect al rolului său. Determinantă este valoarea, idealul investit în acest domeniu. Aceste rezultate au dat dreptate lui **Pearlin** și **Schooler** care au scos în relief importanța rolului, precizând că **evenimentul legat de rol**, mai mult decât dificultățile cronice, este cel determinant în etiologia depresiei.

Un al doilea tip de **corespondență** provine din **conjugarea între un eveniment major și o dificultate subiacentă**. Acest tip de eveniment este numit **eveniment D**. Dificultatea trebuie să se întindă pe **mai mult de 6 luni**, dar nu este cazul ca ea să fie cauza evenimentului. O serie de cercetări ulterioare au permis determinarea, în primul rând, a faptului că aceste evenimente sunt, în general, **mai grave decât cele non-D**. Și o a doua caracteristică este aceea că evenimentele **D** provoacă mult mai adesea o reacție de disperare.

Cel de-al treilea tip de corespondență identificată este cel care asociază **evenimentul unui conflict de roluri: evenimentul R**. Acest conflict poate să decurgă la fel de bine dintr-o tensiune între două roluri, cel de mamă și cel de salariată, sau dintr-o tensiune înăuntrul aceluiași rol. Se vorbește aici, de preferință, de o **ambiguitate a rolurilor**. Evenimentele **R** sunt, încă o dată, corelate cu depresia, dar efectul lor reia aproape integral pe cel al evenimentelor **D**.

V.9. PRINCIPIUL SUMĂRII

Utilizatorii de liste de evenimente consideră **stresul ca egal cu suma evenimentelor trăite**, dar trebuie să spunem că probele actualei ecuații sunt departe de a fi convingătoare.

Echipa de la Bedford a fost total sceptică în raport cu această poziție. Ea este mai curând de acord că singur **evenimentul major este suficient** ca să provoace depresie și că **efectul său nu are nevoie de a fi amplificat de un alt eveniment independent**.

Analizele eșantionului de la Islington i-au confirmat opinia. Singura **excepție** valabilă apare atunci când **evenimentele majore sunt legate între ele și când unul din cele 3 tipuri de corespondență este prezent**. Cu cât mai mult un eveniment are corespondențe, cu atât el riscă să conducă la depresie.

La femeile care au trăit un eveniment major, rata de depresie este de 27% – dacă există o singură corespondență; 50% – dacă există 2 corespondențe; și 100% dacă există 3 corespondențe. Ca urmare a analizei care a regrupat protocoalele unde s-au observat 2 evenimente majore s-a propus un **indice de legătură – link**, pentru a face **distincția între evenimente care au o relație între ele și cele care n-au**. Rezultatele confirmă contribuția acestui indice de legătură la condiția simultană pe care a avut-o prezența unei corespondențe, în special cele de tip **D**.

Problema de a cunoaște dacă două evenimente nelegate pot să-și combine efectele nu este încă definitiv rezolvată.

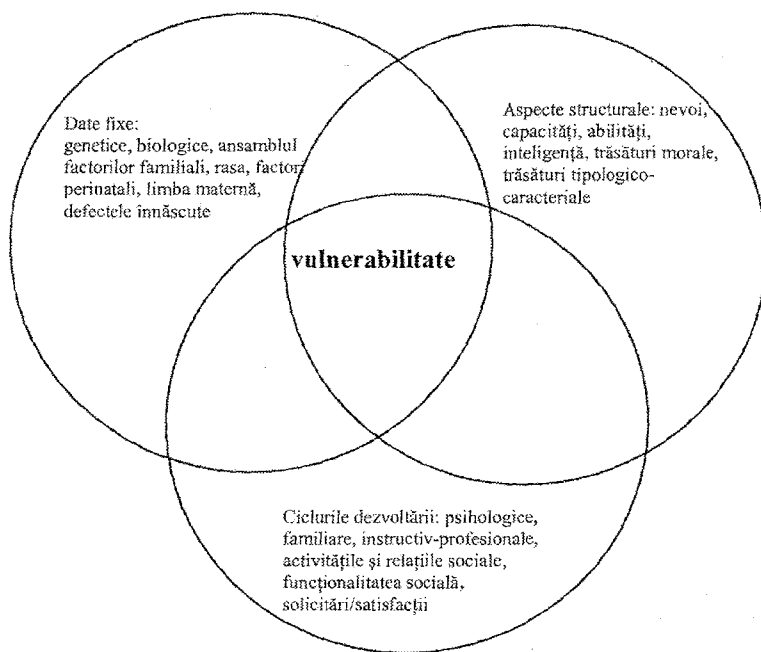
Echipa de la Bedford, în pofida poziției sale contrarii de la început, întrevide că ar putea găsi aici un efect de sumare, fără a se putea împiedica totodată să-l citeze pe **Thomas Hardy**, pentru care două probleme simultane nu vor forma niciodată o problemă dublă, și care evocă faptul că „un necaz te poate face să-l uiți pe altul!”.

V.10. VULNERABILITATE ȘI AGENȚI DECLANȘATORI

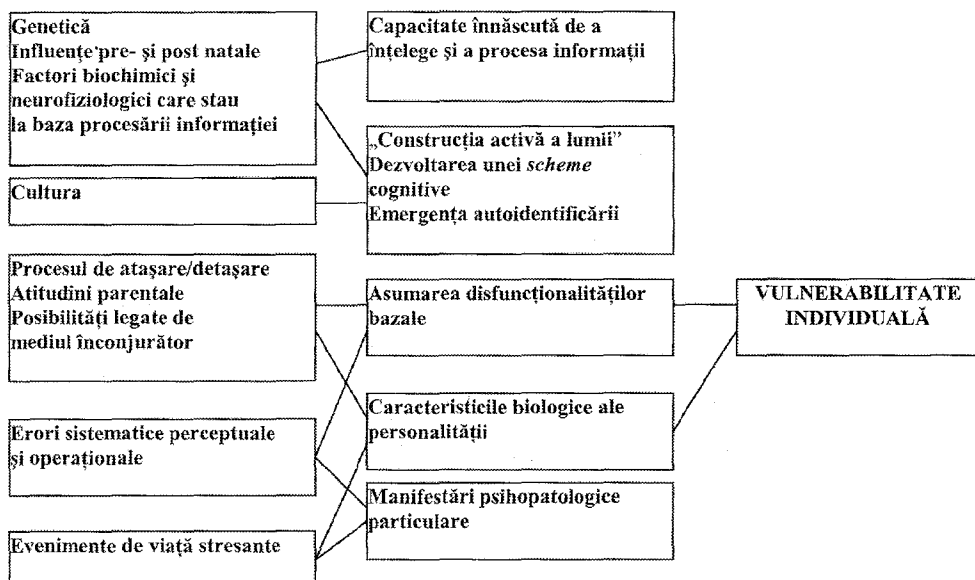
Lăzărescu M. afirmă că vulnerabilitatea este un concept modern care tinde să ia locul conceptului greu comprehensibil de *determinism endogen*.

Factorul de vulnerabilitate este nici mai mult nici mai puțin **un catalizator care amplifică efectul unui agent declanșator**, fie el eveniment major sau dificultate de viață serioasă, și care nu este eficace decât în legătură cu aceștia. Revenirea conceptului de teren în medicina contemporană a făcut mai comprehensibilă determinarea unor episoade psihopatologice în condițiile unor noxe deosebite. În psihiatrie „terenul” este ansamblul bio-psiho-social de caracteristici ale persoanei la un moment dat așa cum este el configurat de întreaga biografie anterioară. Așa cum există persoane vulnerabile la stresori psihosociali, există și un număr de indivizi a căror rezistență excepțională le face non-vulnerabile. Printre factorii de vulnerabilitate pot fi menționați: factori bio-psihologici, factori genetici, noxe din perioada pre- și post-natală, o personogeneză deficitară.

Există factori care pot modifica circumstanțial vulnerabilitatea, cum ar fi: perioadele de criză, modificarea statutului și rolului social, existența sau absența suportului social.

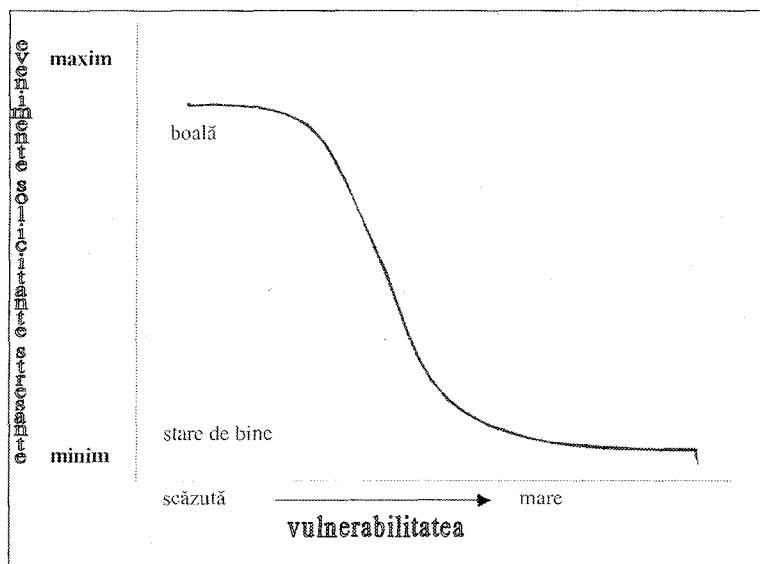


Factori implicați în modelul vulnerabilității individuale după Perris, 1992



Interesul acordat pierderii mamei, a fost – printre altele – înțeles ca o carență a îngrijirilor din partea părinților sau a substituenților parentali.

Lăzărescu M. (2002), citându-l pe **Zubin**, arată că există o legătură directă între nivelul vulnerabilității, numărul de evenimente stresante și posibilitatea ca boala psihică să se producă. Deși nu există o relație lineară, se poate afirma că, la persoanele cu o vulnerabilitate mai crescută, un eveniment stresant minimal sau chiar banal poate declanșa starea psihopatologică.



Relația vulnerabilitate-stresor în apariția stărilor psihopatologice
(după Zubin, 1997, citat de Lăzărescu M)

V.11. SUPTOR SOCIAL

Aceste cercetări au arătat consecvent că există diferențe de grup în vulnerabilitatea la stres. Rezultă și că acești factori joacă un rol important în explicarea diferențelor în frecvența de apariție a bolilor psihice.

Termenul de **suport social** a fost larg folosit pentru a desemna **mecanismele prin care relațiile interpersonale protejează persoanele de efectele dăunătoare ale stresului**. S-a susținut existența unei relații consecvente între bolile psihiatrice și factori precum: expresia receptării pozitive (încurajatoare), expresia de acord (aprobare) a convingerilor și sentimentelor unei persoane, încurajarea exprimării deschise a opiniilor, oferirea de sfaturi sau de informații.

Aspectele suportului social sunt asociate cu vulnerabilitatea la boli psihice. Numeroase cercetări au ajuns la rezultate care sugerează cu tărie faptul că **suportul social poate oferi protecție împotriva tulburărilor emoționale legate de crizele de viață**. Totuși, nu s-a reușit să se explice mecanismul prin care apar aceste influențe.

Factorii de vulnerabilitate au luat locul central în cercetarea diferențelor dintre grupuri.

V.12. SCALA VULNERABILITĂȚII PSIHLOGICE (SVP)

Această scală a fost alcătuită pentru a identifica indivizii cu pattern-uri cognitive care îi fac mai susceptibili la stres. Tipul de vulnerabilitate psihologică evaluată de această scală este definit ca fiind un pattern cognitiv ce reflectă o dependență de realizări sau de surse externe de afirmare a modului în care individul se autoevaluează. O asemenea dependență de realizări concrete sau de alte persoane pentru autoevaluare este opusă concepției care afirmă rolul calităților înnăscute și al caracterului și face ca simțul propriei valori să fie vulnerabil la tratamentul capricios al celorlalți sau la vicisitudinile vieții.

Vulnerabilitatea psihologică măsurată de acest instrument pune în evidență vulnerabilitatea cognitivă înrudită cu percepțiile dependenței, perfecționismului, atribuțiilor negative și a nevoii de surse externe de aprobare.

Cercetătorii psihosociali au investigat legături variate între vulnerabilitatea cognitivă și criza psihologică, în mod specific depresia. O grupare de variabile ale personalității, ce au fost investigate ca factori specifici de vulnerabilitate la depresie, includ dependența, auto-învinuirea, perfecționismul și atribuțiile disfuncționale.

Perfecționismul orientat spre propria persoană și preocupările legate de realizările individuale au fost centrul mai multor studii privind vulnerabilitatea la depresie. Pentru indivizii cu preocupări excesive de realizare, eșecul, perceput *vis-a-vis* de realizările importante, poate fi o lovitură copleșitoare care duce la depresie.

Dependența și sensibilitatea interpersonală au fost, de asemenea, în centrul atenției unor cercetători care au descoperit că indivizii care au avut un scor mare în ceea ce privește sociotropia (sau dependența socială), au înregistrat un scor mare și la măsurarea trăsăturilor de auto-apărare ale personalității și au avut o percepție negativă mai importantă despre ei înșiși, despre lume și despre viitor (**Boyce și Mason, 1996**). **Schill și Sharp (1995)**. Acești investigatori speculează că amenințările la adresa relațiilor pot fi o sursă importantă de depresie pentru această categorie de subiecți.

Alți investigatori s-au concentrat asupra rolului atitudinilor disfuncționale (gândire rigidă, negativă și o percepție predominant negativă despre sine, lume și viitor) în promovarea depresiei (**Charlton și Power, 1995; Ruble, Grenlich, Pomerantz și Gochberg, 1993**).

V.13. CLASA SOCIALĂ

O asociere veche și fermă a psihiatriei epidemiologice a fost aceea dintre clasa socială și boala psihică. Persoanele aflate în situație socială dezavantajoasă ar avea o rată mai ridicată de boli psihice decât ceilalți, fapt dovedit de statisticile terapeutice.

Studiile respective au arătat că persoanele din clasele sociale inferioare au o probabilitate mai ridicată de spitalizare, și rămân în spital mult mai mult timp decât cei din *middle class*.

Alte studii ulterioare au folosit termenul de „clasă socială” pentru a descrie dimensiuni diferite, precum: venit familial, prestigiu ocupațional, educație și chiar conceptul marxist de „clasă”.

Cea mai recentă lucrare descriptivă arată că e important să faci asemenea discriminări, mai degrabă decât să le combini. Evidența sugerează acum faptul că **venitul** – la bărbați, și **educația** – la femei, încă mai mult decât clasa socială, corelează cu psihopatologia.

Mai mult, efectul venitului este acum datorat mai degrabă posibilităților personale de a câștiga, decât venitului familial, ceea ce implică faptul că **adversitatea financiară nu este un factor operațional central**.

Excesul de probleme de sănătate mintală ale persoanelor de clasă socială inferioară se justifică prin expunerea mai mare la experiențe stresante. Problemele stresante de viață au o putere mai mare de a provoca probleme de sănătate mintală la clasa inferioară, decât la clasa mijlocie (*middle class*). Această vulnerabilitate legată de clasa socială justifică majoritatea asociației dintre clasa socială și depresia majoră, ca și dintre clasa socială și suferința non-specifică.

Una dintre cele mai plauzibile explicații este că un anumit tip de selecție sau valul de incompetență implică clasa inferioară în relația dintre clasă și, respectiv, vulnerabilitate.

O altă explicație este că **experiența de viață** a unei persoane, ca membru al unei clase specifice, **conduce la apariția unei diferențe individuale în capacitatea de adaptare (coping)**, ca și în **diferențele de acces la resursele interpersonale de coping**. Persoanele din clasele inferioare sunt dezavantajate în privința relațiilor sociale suportive. Studiile indică, de asemenea, caracteristicile personalității asociate cu vulnerabilitatea la stres: stimă de sine scăzută, fatalism și inflexibilitate intelectuală – mai frecvente la aceste persoane. **Brown G** a dovedit că persoanele din această clasă au mai puțini prieteni decât cei din *middle class*, și aceasta contribuie la creșterea vulnerabilității lor.

V.14. SEXUL

Studiile comunitare au arătat că femeile adulte au niveluri de două, ori mai crescute de suferință psihiatrică. Studiile de caz au arătat că femeile raportează de două, trei ori mai mult decât bărbații un istoric de boală afectivă. Cele mai multe cercetări au fost făcute, pe această categorie de boli în ultimii 10 ani, pe două direcții principale:

1. **Evaluarea indirectă a stresului legat de rol:** În ultimul deceniu perspectiva dominantă era aceea că femeile sunt relativ dezavantajate față de bărbați, pentru că rolurile lor le expun la un stres cronic mai mare.

2. A doua direcție a examinat **evenimentele stresante**. S-a arătat că, în prezicerea suferinței nespecifice, există o interacțiune semnificativă între sex și evenimentele neplăcute, femeile părând mult mai vulnerabile decât bărbații.

În legătură cu aceasta s-au avansat următoarele ipoteze:

- a) femeile sunt dezavantajate în accesul la suportul social;
- b) femeile sunt mai puțin avantajate în folosirea strategiilor eficiente de adaptare;
- c) caracteristici specifice de personalitate.

Studiul femeilor din mediile defavorizate ale cartierului Camberwell din Londra a permis să se pună în lumină 4 mari factori de vulnerabilitate: absența unui raport intim cu soțul, pierderea mamei la o vârstă mai mică de 11 ani, prezența acasă a 3 copii mai mici de 14 ani, absența unei munci remunerate. Conceptul care integrează toți acești factori de vulnerabilitate este stima de sine.

Deși analize centralizate ale inventarelor evenimentelor de viață arată că, în medie, femeile sunt mai vulnerabile decât bărbații, totuși, pentru unele evenimente acest lucru nu este adevărat.

Încercările de până acum nu au găsit, de exemplu, că femeile suferă mai mult decât bărbații în crizele majore de viață, precum pierderea slujbei, divorț sau văduvie.

Vulnerabilitatea lor este mai mare în mod esențial asociată cu evenimente care se întâmplă persoanelor apropiate lor; de exemplu: decesul unui prieten sau al unei prietene.

Impactul mai mare asupra femeilor al evenimentelor care se petrec în cadrul rețelei de relații sociale poate fi interpretat în mai multe feluri:

O explicație a acestei diferențe este legată, probabil, de faptul că femeia oferă mai mult suport celor din jur – decât bărbatul – și că aceasta creează stres în solicitări, ceea ce poate să ducă la tulburări psihiatrice.

O altă explicație este că femeile ar fi mai empaticе decât bărbații și și-ar extinde interesul și preocupările asupra unei game mai largi de persoane.

Pare, deci, că evenimentele care au loc în rețeaua de relații sociale ar putea justifica o parte semnificativă a relațiilor dintre suferință – sex – stres.

Este cunoscută, încă din anii 1970, lista evenimentială a lui **Paykel ES** care a încercat o cotare precisă a evenimentelor cu efect stresant pe o scală ponderată de la 0 la 20.

V.15. LISTA EVENIMENTIALĂ DUPĂ PAYKEL

1.	Decesul unui copil	19.33
2.	Decesul unuia dintre soți	18.76
3.	Detenția	17.60
4.	Decesul unui membru al familiei	17.21
5.	Infidelitatea unuia dintre soți	16.78
6.	Probleme financiare majore	16.57
7.	Falimentul	16.46
8.	Concedierea	16.45
9.	Avortul	16.34
10.	Divorțul	15.93
11.	Separarea conjugală cu dispută	15.93
12.	Probleme minore cu justiția	15.79
13.	Sarcină nedorită	15.57
14.	Boală gravă a unui membru al familiei	15.30

15.	Șomajul	15.26
16.	Decesul unui prieten apropiat	15.18
17.	Degradarea statutului social	15.05
18.	Maladie personală serioasă	14.61
19.	Începutul unei relații extraconjugale	14.09
20.	Pierdere importantă	14.07
21.	Proces	13.78
22.	Eșec la un examen important	13.52
23.	Căsătoria nedorită a unui copil	13.24
24.	Ruperea logodnei	13.23
25.	Dispute conjugale	13.02
26.	Disputa cu un membru al familiei biologice	12.83
27.	Dispută cu logodnicul (a)	12.66
28.	Împrumut important	12.64
29.	Plecarea fiului în armată	12.32
30.	Dispute cu șeful sau colegii	12.21
31.	Dispute cu un membru al familiei prin alianță	12.11
32.	Emigrarea	11.37
33.	Menopauza	11.02
34.	Probleme financiare minore	10.91
35.	Separarea de o persoană importantă	10.68
36.	Pregătirea pentru un examen important	10.44
37.	Separarea conjugală fără dispută	10.33
38.	Schimbarea orarului de la serviciu	9.96
39.	O nouă persoană în cămin	9.71
40.	Ieșirea la pensie	9.33
41.	Schimbarea condițiilor de lucru	9.23
42.	Schimbarea serviciului	8.84
43.	Sfârșitul unei relații stabile	8.80
44.	Schimbarea domiciliului într-o altă localitate	8.52
45.	Schimbarea școlii	8.15
46.	Oprirea școlarizării	7.61
47.	Plecarea unui copil de acasă	7.20
48.	Reconciliere conjugală	6.95
49.	Încălcări minore ale legii	6.05
50.	Nașterea (pentru mamă)	5.91
51.	Începutul sarcinii	5.67
52.	Căsătoria	5.61
53.	Promovarea	5.39
54.	Boală personală minoră	5.20
55.	Schimbarea domiciliului în același oraș	5.14
56.	Nașterea (pentru tată)	5.13
57.	Începutul studiilor	5.09
58.	Logodna copiilor	4.53
59.	Logodna	3.70
60.	Planificarea unei sarcini	3.56
61.	Căsătoria dorită a unui copil	2.94

Ca și în cazul altor instrumente de evaluare și ponderile acordate în această scală precum și semnificația scorurilor globale rămâne legată de subiectivitatea investigatorului și o serie de neclarități metodologice.

V.16. CHESTIONARUL EVE

Un instrument deosebit de complex care are și avantajul că poate fi utilizat în autoevaluarea impactului pe care evenimentul l-a avut asupra individului este Chestionarul EVE (**Ferreri M. și Vacher J., 1985**). El permite calcularea unui indice de vulnerabilitate pornind de la scorul evenimential cumulat și realizează o adevărată radiografie a existenței individuale.

CHESTIONAR EVE (©M.Ferreri – J.Vacher – 1985)		coloana nr.1 evenimente trăite	coloana nr.2 vârsta la care aceste evenimente au fost trăite	coloana nr.3 evenimente traumatizante
EVENIMENTE				
VIAȚA FAMILIALĂ Părinți, frate, soră, bunici...	1 decesul mamei sau al tatălui			
	2 decesul unui membru al familiei			
	3 neînțelegeri între părinți			
	4 separarea-divorțul părinților			
	5 schimbări în structura familiei (naștere, plecare...)			
	6 schimbări în modul de viață (schimbarea domiciliului, emigrare...)			
	7 boală fizică sau psihică a unui membru al familiei			
	8 separarea de familie			
	9 ALTE evenimente familiale			
VIAȚA PROFESIONALĂ	10 debutul într-o viață activă			
	11 concediere-șomaj			
	12 pensionare			
	13 conflicte profesionale (ierarhice, cu colegii...)			
	14 schimbarea situației profesionale (de serviciu, de șef...)			
	15 ALTE evenimente profesionale (accident, reciclare...)			
VIAȚA SOCIALĂ	16 stagiul militar			
	17 schimbări ale stării materiale (de locuință, probleme financiare...)			
	18 un deces în anturaj			
	19 conflicte sociale (proces, închisoare...)			
	20 ALTE evenimente sociale			

VIATA CONJUGALĂ & AFECTIVĂ Soț, partener, copil...	21 relații afective-căsătorie			
	22 neînțelegeri cu soțul sau cu partenerul de viață			
	23 separare-divorț de soț sau de partenerul de viață			
	24 moartea soțului sau a partenerului de viață			
	25 nașterea unui copil			
	26 plecarea unui copil			
	27 moartea unui copil			
	28 boală fizică sau psihică a soțului, a partenerului de viață sau a copilului			
	29 ALTE evenimente afective (șoc afectiv, singurătate...)			
	30 boală fizică importantă			
Elemente ce țin de SĂNĂTATEA personală	31 depresie tratată, fără spitalizare			
	32 depresie tratată, cu spitalizare			
	33 tentativă de sinucidere			
	34 graviditate-naștere			
	35 avort			
	36 menopauză			
	37 ALTE evenimente legate de sănătate (alcoolism, handicap...)			

Reproduceți aici evenimentele cu o tentă particular traumatizantă				
Numărul evenimentelor		Nr.	Nr.	Nr.
1 la ce vârstă ați trăit acest eveniment?				
2 Pentru cât timp a fost traumatizant?				
3 Ați încercat să vă imaginați soluții pentru depășirea acestei dificultăți?		+ —	+ —	+ —
4 Ați vorbit despre acest lucru cu cei din anturajul dumneavoastră?		+ —	+ —	+ —
5 V-a ajutat persoana căreia v-ați destăinuit?		+ —	+ —	+ —
6 Ați încercat să comentați pe marginea evenimentului?		+ —	+ —	+ —
7 V-a fost posibil să controlați faptele evenimentului?		+ —	+ —	+ —
8 Ați analiza situația în interiorul dumneavoastră? (control intern)		+ —	+ —	+ —
9 Au existat, în momentul evenimentului circumstanțe favorabile care v-au ajutat?		+ —	+ —	+ —
10 Au existat circumstanțe defavorabile care v-au agravat situația?		+ —	+ —	+ —
11 Ați suferit un episod depresiv în urma evenimentului?		+ —	+ —	+ —
12 Dacă da, v-ați tratat?		+ —	+ —	+ —
13 Ați fost spitalizat?		+ —	+ —	+ —
14 Ați avut vreo tentativă de sinucidere?		+ —	+ —	+ —
15 Acest eveniment a fost urmarea unei încetări a activității profesionale timp de o lună sau mai mult de o lună?		+ —	+ —	+ —
16 Acest eveniment v-a schimbat traiectoria vieții prin antrenarea de consecințe definitive?		+ —	+ —	+ —

17 Dacă da, în ce domenii: (bifați printr-o cruce)	
- familial	
- profesional	
- social	
- afectiv	
- legat de sănătate	

Bifați căsuțele ce corespund situației dumneavoastră				
Vârsta exactă: Sex: Masculin ☐ Feminin ☐	1. Stare civilă		2. Situație profesională	
	1. celibatar	☐	1. fără slujbă	☐
	2. căsătorit	☐	2. student	☐
	3. separat	☐	3. angajat <i>full time</i>	☐
	4. divorțat	☐	4. angajat <i>part time</i>	☐
	5. recăsătorit	☐	5. în căutare de loc de muncă	☐
	6. văduv	☐	6. pensionat	☐
	7. concubinaj	☐		
3. Categorie profesională		4. Nivel de studiu		
1. proprietar industrie și comerț	☐	1. primar	☐	
2. liber profesionist – cadru superior	☐	2. primul ciclu secundar	☐	
3. cadru intermediar	☐	3. al doilea ciclu secundar	☐	
4. angajat	☐	4. ucenic	☐	
5. muncitor	☐	1. școală tehnică	☐	
6. agricultor	☐	6. IT-BTS	☐	
7. altele	☐	7. studii superioare	☐	