

**BOALA PSIHICĂ  
ȘI EȘECUL SOCIAL**

ADELA MAGDALENA CIOBANU  
ESTE DOCTOR ÎN ȘTIINȚE MEDICALE, MEDIC PRIMAR  
PSIHIATRU, ȘEF AL SECȚIEI 1 CLINIC A SPITALULUI  
„PROF. DR. AL OBREGIA” ȘI LECTOR UNIVERSITAR  
LA UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ „CAROL DAVILA”  
DIN BUCUREȘTI

CAMELIA POPA  
ESTE DOCTOR ÎN PSIHLOGIE, PSIHOLOG CLINICIAN  
PRINCIPAL ȘI CERCETĂTOR LA DEPARTAMENTUL DE  
PSIHLOGIE AL INSTITUTULUI DE FILOSOFIE ȘI  
PSIHLOGIE „CONSTANTIN RĂDULESCU MOTRU”  
AL ACADEMIEI ROMÂNE

**ADELA MAGDALENA CIOBANU  
CAMELIA POPA**

**BOALA PSIHICĂ  
ȘI EȘECUL SOCIAL**



**EDITURA UNIVERSITARĂ  
București, 2013**

Colecția MEDICINĂ

Redactor: Gheorghe Iovan

Tehnoredactor: Ameluța Vișan

Coperta: Angelica Mălăescu

Editură recunoscută de Consiliul Național al Cercetării Științifice (C.N.C.S.) și inclusă de Consiliul Național de Atestare a Titlurilor, Diplomelor și Certificatelor Universitare (C.N.A.T.D.C.U.) în categoria editurilor de prestigiu recunoscut.

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**

**POPA, CAMELIA**

**Boala psihică și eșecul social** / Camelia Popa,  
Adela Magdalena Ciobanu. - București : Editura Universitară,  
2013

ISBN 978-606-591-884-9

I. Ciobanu, Adela Magdalena

159.9

DOI: (Digital Object Identifier): 10.5682/9786065918849

© Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate, nicio parte din această lucrare nu poate fi copiată fără acordul Editurii Universitare

Copyright © 2013

Editura Universitară

Director: Vasile Muscalu

B-dul. N. Bălcescu nr. 27-33, Sector 1, București

Tel.: 021 – 315.32.47 / 319.67.27

[www.editurauniversitara.ro](http://www.editurauniversitara.ro)

e-mail: [redactia@editurauniversitara.ro](mailto:redactia@editurauniversitara.ro)

Distribuție: tel.: 021-315.32.47 / 319.67.27 / 0744 EDITOR / 07217 CARTE

[comenzi@editurauniversitara.ro](mailto:comenzi@editurauniversitara.ro)

O.P. 15, C.P. 35, București

[www.editurauniversitara.ro](http://www.editurauniversitara.ro)

# CUPRINS

Introducere.....	7
Capitolul 1. NOȚIUNEA DE BOALĂ PSIHICĂ.....	13
1.1. Teoria vulnerabilitate-stres .....	15
1.2. Factorii psihosociali și de mediu implicați în boala psihică .....	19
Capitolul 2. TULBURĂRILE DE PERSONALITATE ȘI CORELATELE SOCIALE DISFUNȚIONALE ALE ACESTORA .....	37
2.1. Incompetența socială a psihopaților .....	39
2.1.1. Teamă de relațiile cu ceilalți și antagonism interpersonal .....	41
2.1.2. Inadaptare profesională, cogniții paranoice despre colegi .....	42
2.1.3. Narcisicii – manageri ideali sau șefi violenți? ..	43
2.2. Disfuncțiile emoționale.....	46
2.2.1. Haos afectiv și inteligență socială scăzută la indivizii borderline .....	48
2.2.2. Hiperexcitabilitate și lipsă de empatie la antisociali. ....	50
2.3. Schemele cognitive dezadaptative .....	52
2.3.1. Imaturitatea intelectuală a infractorului .....	53
2.4. Persogeneza și stressorii sociali .....	56
2.4.1. Copilul maltratată, viitor pacient psihiatric .....	59
2.4.2. Cum se construiesc criminalii? .....	60
2.4.3. Dezvoltarea morală precară și violarea legilor .	64
2.4.4. Dezavantajele sociale și criminalitatea .....	66

Capitolul 3. FACTORI PSIHOSOCIALI ÎN DEPRESIE.....	67
3.1. Lipsa prietenilor, risc crescut pentru tristețea cronică	68
3.2. Amintirile școlare neplăcute, reactivitate la vârsta adultă .....	69
3.3. Divorț – depresie – suicid .....	72
3.4. Moarte pentru locul de muncă .....	75
Capitolul 4. FACTORI PSIHOSOCIALI ÎN SCHIZOFRENIE	77
4.1. Schizofrenie – stres – handicap social .....	79
4.2. Relații deteriorate și emoții negative în familie .....	81
4.3. Distanță socială și stigmatizare .....	83
4.4. Profilul sinucigașului psihotic: bărbat tânăr și instruit	84
4.5. Migranții, săracii și populațiile izolate – grupuri de risc pentru schizofrenie .....	84
Capitolul 5. REABILITAREA SOCIALĂ A PACIENȚILOR PSIHIATRICI. ....	88
5.1. Factorii protectivi .....	91
5.2. Rețeaua socială de suport și rolul social al medicului .	93
Capitolul 6. UN STUDIU PRIVIND FACTORII PSIHOSOCIALI IMPLICAȚI ÎN ETIOLOGIA TULBURĂRILOR PSIHICE .....	100
Concluzii .....	117
Bibliografie .....	122

## INTRODUCERE

Cartea „Boala psihică și eșecul social” reflectă preocupările actuale ale comunității științifice internaționale cu privire la determinarea rolului factorilor sociali în etiologia bolilor psihice.

Prezentarea detaliată a acestor factori și înlăturarea stigmatizării pacienților psihiatrici, cu ajutorul comunităților de apartenență, în vederea prevenirii eșecului social al acestora, reprezintă două obiective centrale ale lucrării.

Specialiștii în sănătate mintală susțin că bolile psihice sunt determinate de factori biologici, genetici, psihologici (vulnerabilitatea la stres, personalitatea premorbidă, funcționarea cognitivă deficitară), sociali, culturali și de mediu. De aceea, remisiunea acestor tulburări depinde atât de tratamentul administrat pacienților psihiatrici, cât și de includerea lor într-un sistem de psihoterapie, de asigurarea suportului social sau de înlăturarea condițiilor nefavorabile, adverse, ale mediului în care sunt nevoiți să trăiască.

Orientarea potrivit căreia bolile psihice sunt plurideterminate a impus deplasarea accentului cercetărilor către factorii a căror influență nefavorabilă poate fi redusă sau controlată. În cazul schizofreniei s-a renunțat, de pildă, la modelele genetice, liniare, care nu pot explica în mod satisfăcător această boală gravă. Noile modele interpretativ-explicative ale schizofreniei sunt acum unele complexe, biologice și psihosociale, care surprind caracterul dinamic și evolutiv al tulburării, vulnerabilitățile preexistente ale pacientului, interacțiunile dintre biologic și social, multiplele efecte de feedback dintre toate aceste variabile, ținând cont, totodată, de mediul în care trăiește individul (Ciompi, 1998).

Aceste interacțiuni complicate – adeseori subtile chiar și pentru specialistul în sănătate mintală – pot conduce, pe de o parte, la escaladări non-lineare și nedorite ale bolii, dar și la remisiuni satisfăcătoare, pe de altă parte, dacă se acționează ținut asupra variabilelor menționate.

Cercetătorii din întreaga lume demonstrează în permanență că acțiunea medicamentelor este „ajutată“ atunci când mediul social al persoanelor diagnosticate cu schizofrenie se îmbunătățește sau atunci când depresivii beneficiază de suportul rudelor, al prietenilor, al comunităților din care fac parte ori de protecție socială în caz de șomaj. Oamenii cu astfel de probleme obțin astfel o viață mai satisfăcătoare iar costurile economice ale bolilor psihice se reduc.

În contextul abordărilor interdisciplinare menționate, trebuie să precizăm că numeroase studii de psihiatrie și de psihologie clinică, care pun accentul pe schemele cognitive greșite ale persoanelor cu tulburări de personalitate, se opresc și asupra deteriorării pre-psihotice a gândirii lor. Această deteriorare poate fi remarcată de timpuriu, în mediul familiar, școlar sau profesional al celor în cauză. Scopul monitorizării persoanelor respective este, evident, unul preventiv, dublat de unul terapeutic.

Exemplele ucigașilor în masă din școli, diagnosticați fie ca psihopați, fie ca psihotici (cu schizofrenie paranoidă), sunt ilustrative în acest sens. Studiile de profil arată că ei au trăsături de personalitate paranoidă în formare, exagerând consecințele negative ale tratamentelor la care ar fi fost supuși de către ceilalți și reacționând cu furie la batjocură și la intimidare. Obsedați de respingerea lor de către anumite grupuri, acești ucigași au justificări pentru viitoarele răzbunări pe care le plănuiesc (Dutton *et al.*, 2013), iar anxietatea și stresul social le determină intensificarea ideății specifice de persecuție, accelerând declanșarea episoadelor psihotice



(Kesting *et al.*, 2013). Identificându-se din timp astfel de deteriorări cognitive și afective pre-psihotice, multe dintre decesele inutile provocate de aceste persoane ar putea fi evitate.

De asemenea, observarea timpurie a predictorilor violenței reprezintă, la rândul ei, o direcție importantă de acțiune nu numai pentru specialiștii în sănătate mintală, ci și pentru asistenții sociali, sociologi, profesori, pedagogi sau alți funcționari comunitari (polițiști, reprezentanți ai administrației locale, mediatori sanitari).

S-a dovedit că actele de violență care provoacă pagube însemnate tuturor societăților sunt comise atât de persoane normale, cât și de persoane cu tulburări psihiatrice, predictorii majori ai riscului comiterii unor infracțiuni fiind vârsta tânără, sexul masculin, statutul socioeconomic scăzut, abuzul de substanțe, problemele familiale și școlare ș.a. (Montañés-Rada *et al.*, 2006). Criminalii cu tulburări de personalitate se remarcă printr-un comportament de căutare a noutății, prin intoleranța la frustrare, impulsivitate, agresivitate, temeritate, lipsă de empatie și egoism, neacceptarea regulilor, printr-un comportament sfidător și rebel. Manipularea interacțiunilor sociale și incapacitatea de a se implica în relații sociale de cooperare sunt alte două trăsături distinctive ale indivizilor în cauză.

Cunoscând tabloul complet al factorilor psihosociali de risc ai violenței, membrii unei comunități pot acționa împreună pentru reducerea influenței lor negative. Într-o comunitate ideală, psihiatrii ar trebui să se implice, de pildă, în screening-ul și tratamentul copiilor cu grave probleme de comportament, în eliminarea dependențelor de alcool și droguri. Psihologii ar asigura consilierea și psihoterapia necesare în aceste cazuri iar pedagogii ar putea ajuta la depășirea problemelor cu școala. În aceeași societate ideală, asistenții sociali s-ar implica în

rezolvarea abuzurilor familiale și în asigurarea suportului material pentru familiile sărace, iar funcționarii pentru ocuparea forței de muncă ar participa la inserția sau reinserta pe piața muncii a părinților copiilor cu astfel de probleme.

Pe de altă parte, stigmatizarea persoanelor cu probleme psihice și implicit eșecul social al acestora sunt preocupări importante ale Comisiei Europene și ale Organizației Mondiale a Sănătății. În raportul său din 2011, intitulat „Mental well-being: for a smart, inclusive and sustainable Europe”, Uniunea Europeană susține că eliminarea stigmatelor și a discriminării cu care se confruntă pacienții psihiatrici nu trebuie să rămână doar „provocări” pentru specialiștii în sănătate mintală și pentru societate, în ansamblul ei, ci trebuie să se constituie direcții importante de acțiune. Printre măsurile care ar putea fi adoptate de țările UE se numără: protejarea drepturilor cetățenilor afectați de boli mintale, consolidarea protecției și a incluziunii sociale a acestora, întreprinderea unor reforme psihiatrice bazate pe comunitate (constituirea așa numitelor rețele sociale de suport), întreruperea ciclului de discriminare a bolnavilor psihic, îmbunătățirea cunoștințelor publicului cu privire la sănătatea mintală și, nu în ultimul rând, asigurarea unei oferte complete de sănătate și asistență socială pentru persoanele cu probleme psihologice.

Am proiectat această carte în șase capitole corelate, ca resursă bibliografică valoroasă atât pentru psihiatri, psihologi, sociologi, asistenți sociali cât și pentru studenții care aprofundează aceste domenii.

Primul capitol al lucrării, intitulat „Noțiunea de boală psihică” prezintă, în rezumat, o serie de noțiuni de etiopatogenie (cauzalitatea tulburărilor psihice) și analizează rolul factorilor psihosociali și de mediu în deteriorarea sănătății mintale.

Cel de-al doilea capitol, „Tulburările de personalitate și corelatele sociale disfuncționale ale acestora” înfățișează unele dintre cele mai recente cercetări în domeniu. Înțelegerea implicațiilor sociale ale tulburărilor respective este decisivă atât pentru tratamentul acestora, cât și pentru rezolvarea problemelor pe care indivizii astfel diagnosticați le generează în planul relațiilor interpersonale și în funcționarea grupurilor sau a comunităților din care fac parte.

Cel de-al treilea capitol, „Factori sociali în depresie“, este consacrat analizei stresorilor care acționează în cazul pacientului depresiv. Această analiză poate oferi specialiștilor noi direcții psihoterapeutice și de asistență socială, în vederea reducerii amplitudinii simptomelor depresive și a reintegrării pacienților în comunitate. Este examinat, de asemenea, rolul factorilor adversivi socio-economici în actul suicidal. În Europa, factorii majori de risc pentru suicid sunt sărăcia, sănătatea mintală și cea fizică, nivelul redus de educație, șomajul și datoriile mari, alcoolismul, izolarea socială și evenimentele de viață negative majore (Eurostat Health, 2010).

Cel de-al patrulea capitol, „Factori sociali în schizofrenie”, explică modul în care pacienții cu acest diagnostic pot eșua din punct de vedere social și profesional. Astfel, sărăcirea progresivă a vieții psihice, recăderile și acutizările periodice ale bolii antrenează stigmatizarea și marginalizarea persoanei bolnave de schizofrenie de către ceilalți oameni, conducând în cele din urmă la eșecul social al acesteia.

Cel de-al cincilea capitol, „Reabilitarea socială a pacienților psihiatrici“, pune accentul pe: reintegrarea acestor oameni în rețelele familiale și sociale, stimularea factorilor de reziliență ai îmbolnăvirilor, dezvoltarea rețelelor comunitare de suport și, nu în ultimul rând, pe misiunea socială a medicului.

În fine, cel de-al șaselea capitol, „Un studiu privind factorii psihosociale implicați în etiologia tulburărilor psihice“ prezintă rezultatele cercetării efectuate pe un eșantion de 100 de

pacienți internați în Spitalul de Psihiatrie „Prof. dr. Al. Obregia“ din București. Stresorii psihosociali relevați în cercetare au fost examinați și interpretați din punct de vedere al frecvenței acestora, al corelației cu apariția anumitor boli psihice și cu diferite comorbidități (dependența de alcool, de cafea, de tutun sau de substanțe interzise/droguri).

Studiul nostru a evidențiat că stresorii psihosociali majori care acționează în perioada copilăriei și adolescenței (agresiunile fizice, psihice sau sexuale; decesul unuia sau al ambilor părinți; divorțul părinților; prezența în familie a unui părinte alcoolic sau a unui părinte diagnosticat cu o boală somatică gravă) pot declanșa boli psihice în cazul viitorului adult. În ceea ce privește acțiunea diferită, pe genuri, a stresorilor psihosociali, am remarcat că la femei aceștia au fost legați mai mult de statutul marital și de problemele de viață ale copiilor, abia apoi urmând, în ierarhia frecvenței, stresori precum pierderea locului de muncă sau diagnosticarea unei boli somatice grave. La bărbați, în schimb, stresorii psihosociali cei mai puternici au fost legați de locul de muncă, urmați de divorț și de diagnosticarea unei boli somatice grave.

Ținem să remarcăm că în România au existat foarte puține studii precum cel realizat de noi, majoritatea cercetărilor clinice axându-se pe determinarea eficacității anumitor medicamente sau pe studii de caz.

Invitația la o abordare interdisciplinară, complexă, a bolilor psihice este deschisă prin însuși faptul că această carte a fost elaborată de către un psihiatru, dr. Adela Magdalena Ciobanu, medic primar la Spitalul „Prof. Dr. Al. Obregia”, lector universitar la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București și un psiholog clinician, dr. Camelia Popa, cercetător științific în cadrul Departamentului de Psihologie al Institutului de Filosofie și Psihologie „Constantin Rădulescu Motru” al Academiei Române.

## *Capitolul 1*

### **NOȚIUNEA DE BOALĂ PSIHICĂ**

Psihiatria rămâne incontestabil o disciplină medicală. Însă această disciplină este legată atât de biologie, cât și de științele comportamentale și sociale, având o apartenență ontologică cvadruplă, rezultată din confluența a patru niveluri – biologic, psihologic, social și spiritual.

În medicina contemporană, psihiatria depășește atât cadrul științelor biologice, cât și aportul psihologiei, pentru că este obligată, în determinismul reacțiilor psihologice și al psihopatologiei, să țină seama și de factorii socio-economici care declanșează alterarea stării de sănătate mintală și înrăutățesc prognosticul tulburărilor.

Relațiile interpersonale și grupale ale pacientului psihiatric, accentuarea trăsăturilor dezadaptative disfuncționale ale acestuia, sub influența factorilor adversivi psihosociali, precum și teza resocializării persoanelor cu probleme de sănătate mintală au devenit, mai nou, obiective ale unei ramuri noi a psihiatriei, așa numita „psihiatrie socială”. Noua disciplină operează cu concepte medicale, psihologice, sociologice și de asistență socială.

Trebuie să precizăm, dintr-un început, că psihiatria socială își propune înțelegerea etiopatogeniei, ca fenomen comunitar și mai ales ca posibilitate de terapie eficientă, care să permită bolnavului mintal să existe ca individ și ca ființă socială (Predescu 1989). Un alt obiectiv al psihiatriei sociale vizează formarea aptitudinilor prosociale ale pacienților psihiatrici și eliminarea stigmatelor atribuite acestora. Echipele de specialiști în sănătate mintală și reinsertie socială sunt unele

complexe, formate din psihiatri, psihologi, sociologi, asistenți sociali, profesori, mediatori sanitari, polițiști, consilieri de probațiune și alți reprezentanți ai comunităților.

Boala psihică rămâne obiectul central de studiu al psihiatriei sociale. Ea reflectă o anormalitate importantă a psihismului, dezorganizarea funcțiilor acestuia, existența diverselor „defecte psihice”. În psihiatria ultimilor ani se vorbește tot mai rar despre „boala psihică”. Încă din 1992 Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a recomandat utilizarea expresiei „tulburare psihică și comportamentală”, în locul celei de „boală”, tocmai pentru a evita etichetarea negativă a persoanelor cu probleme de sănătate mintală.

Tulburările psihice pot fi de diferite intensități.

*Tulburările psihotice* (schizofrenia, depresia, psihoza maniaco-depresivă) antrenează modificări marcante ale percepției și înțelegerii lumii. Ele reprezintă urgențe psihiatrice și necesită internarea în secții specializate. Pacientul cu schizofrenie afișează de pildă un comportament neadecvat, secundar delirurilor, la care se pot adăuga sau nu halucinațiile proeminente, respectiv percepțiile lipsite de obiect. Afectul său este plat sau inadecvat, înregistrează o deteriorare clară în activitățile sale, se retrage din viața socială. Psihozele pot fi reactive (din cauze externe, psihogene) sau endogene (având la bază cauze interne).

*Tulburările nevrotice* rezidă în modificări psihice care nu perturbă grav percepția și înțelegerea lumii. Individul își poate desfășura activitățile cotidiene, dar el prezintă suferințe subiective intense (anxietate, frică, obsesii, tristețe etc.), ceea ce îi determină anumite inhibiții în comportament, în expresie, o dependență marcantă de alte persoane, precum și o egodistonie (dezacordul subiectului cu sine însuși). Tulburările nevrotice sunt condiționate predominant psihogen sau prin stresori psihosociali. Aspectele clinice (simptomele) de tip

nevrotic pot fi prezente însă și în suferințe somatice sau endogene (Lăzărescu *et al.*, 2003).

*Sociopatiile*, denumite și psihopatii, reprezintă o altă categorie de tulburări produse în condiții nefavorabile (sociale, economice, educative, culturale).

Evoluția unei tulburări psihice poate fi variabilă. Unele tulburări comportă un singur episod și se remit complet, fără a lăsa defecte. Există însă și episoade multiple de boală cu remisiuni complete, care nu lasă efecte, dar care pot vulnerabiliza pacientul, îl pot face mai sensibil la dezvoltarea unor noi episoade ale tulburării, pe viitor. De departe cele mai invalidante sunt episoadele multiple de boală cu remisiuni incomplete, care lasă defecte.

### **1.1. TEORIA VULNERABILITATE/STRES**

Modelul etiologic cel mai des folosit pentru a explica declanșarea bolilor psihice (schizofrenie, tulburări afective) este modelul stres/diateză. Potrivit acestuia, persoana care se îmbolnăvește psihic are o vulnerabilitate biologică specifică (diateza), activată de stresori, care conduce la dezvoltarea tabloului simptomatologic al tulburării.

Stresorii respectivi pot fi genetici, biologici, psihosociali sau de mediu; aceștia pot determina creșterea sensibilității persoanei la îmbolnăvire (Kaplan și Sadock, 2001).

În general, stresorii pot fi implicați în: dezvoltarea unei tulburări mintale noi, în recurența unei tulburări mintale anterioare sau în exacerbarea unei tulburări mintale existente (DSM IV-R).

Pornind de la modelul descris mai sus, metodologia investigațiilor cu privire la etiologia psihosocială a tulburărilor psihice s-a bazat mai ales pe teoria vulnerabilitate-stres. Avansată inițial sub această expresie de către Zubin (1977),

pentru schizofrenie, teoria vulnerabilitate-stres s-a impus în cazul majorității stărilor psihopatologice, de la tulburarea afectivă (unipolară și bipolară), până la cea anxioasă, de la suicid și alcoolism, până la psihopatii (Zuckerman, 1998).

Vulnerabilitatea unei persoane pentru tulburări (boli, decompensări) psihice se constituie de-a lungul biografiei acesteia, prin cumularea și conjuncția unor factori intrinseci și extrinseci, care țin de organism, de mediul social al individului, de spațiul său cultural etc. Vulnerabilitatea poate să fie mai mare sau mai mică de-a lungul vieții, mergând de la vulnerabilitate extremă până la starea de non-vulnerabilitate.

O persoană vulnerabilă ajunge la tulburări patologice, somatice sau psihice, ca urmare a acțiunii stresorilor. Stresorii circumstanțiali-situaționali pot fi determinanți, favorizanți sau doar declanșatori ai tulburării. Factorii situaționali conjuncturali joacă un rol important și în întreținerea stării malade, a defectului sau a handicapului, precum și în reparația unor noi episoade ale tulburării. Situațiile nefavorabile nu sunt întotdeauna exterioare individului sau generate de alte persoane. Acestea pot fi induse de individ, prin proiectele și inițiativele sale (Lăzărescu, 2000).

S-a demonstrat, de asemenea, că, după fiecare episod de decompensare, subiectul rămâne vulnerabil la stresori cu intensități tot mai mici. Există un raport extrem de sensibil între vulnerabilitate și factorii stresori. În cazul unei vulnerabilități mici, decompensarea (episodul de boală) apare la un factor de stres important, însă în cazul unei vulnerabilități mari decompensarea se produce la un factor de stres minor. Chiar în prezența unei vulnerabilități mai mari, decompensarea poate fi împiedicată prin acțiunea unor factori protectori (sănătate fizică, rețea de suport social, sens existențial clar definit, satisfacții obținute în viață), numiți și factori de reziliență împotriva îmbolnăvirilor.



În declanșarea bolilor psihice, stresul reprezintă unul dintre cei mai puternici factori de risc. Se afirmă că stresul a apărut odată cu omul și de atunci îl însoțește pretutindeni.

Stresul psihic are la bază factori comportamentali și sociali (Cojocaru și Cojocaru, 2009), iar răspunsurile funcționale la stres pot fi grupate în următoarele categorii:

- răspunsuri ale neurotransmițătorilor – creșterea sintezei cerebrale de noradrenalină, creșterea turnover-ului serotoninei (depleția serotoninică), creșterea transmisiei dopaminergice;

- răspunsuri endocrine – stimularea cortizolului suprarenal de către hormonul adrenocorticotrop (ACTH), descreșterea testosteronului (în stresul prelungit), descreșterea hormonului tiroidian;

- răspunsuri imunitare – în stresul acut are loc eliberarea de citokine, factori imunitari hormonal i iar în stresul cronic se produce scăderea numărului și activității celulelor killer naturale (Kaplan și Sadock, 2001).

Evenimentele de viață stresante precedă adeseori primele episoade ale tulburărilor de dispoziție (idem). Printre evenimentele de viață stresante se numără: eșecurile, frustrările, atmosfera psihologică nefavorabilă, stările conflictuale, alterarea bioritmurilor, solicitările intense, munca în exces, pierderea neprevăzută a unor sume mari de bani, retrogradările profesionale neașteptate. Toate acestea pot conduce la decompensări psihice de diferite intensități.

Eșecul existențial rezultă din neîmplinirea unui proiect de viață sau afectiv. Poate fi vorba despre o nereușită la un examen de promovare, de neîmplinirea în dragoste sau într-o relație de prietenie. Frustrările (însatisfacțiile) sunt stresori negativi care indică nesatisfacerea unor nevoi (sexuale, alimentare, sufletești, de intimitate, de a-i controla pe alții, de valorizare personală, de acțiune, de respect).

Atmosfera psihologică nefavorabilă reprezintă, la rândul său, o ambianță nesigură, tensionată, în care individul are sentimentul unui pericol permanent. Conflictul cu o altă persoană sau cu sine însuși, generează, la rândul său, o tensionare a individului, după cum solicitările intense, prelungite, îi determină oboseala și epuizarea (Voinea, 2007/2008).

### **Stresori traumatici extremi**

„Trauma sau traumatismul psihic reprezintă un eveniment din viața subiectului care se definește prin intensitatea sa, prin incapacitatea subiectului de a-i răspunde adecvat și prin tulburările și efectele patologice durabile pe care le provoacă” (Laplanche și Pontalis, 1994). În același timp, Marele dicționar de psihologie Larousse (2006) definește trauma ca „un eveniment suferit de subiect care din această cauză are o foarte puternică reacție afectivă, emoțională, ce-i pune în joc echilibrul psihologic și duce adesea la o decompensare de tip psihotic sau nevrotic sau la diverse somatizări”. Totodată, traumatismul psihic se caracterizează prin afluxul excesiv de excitații în raport cu toleranța subiectului, cu capacitatea de le a răspunde.

În categoria stresorilor traumatici extremi sunt incluse următoarele evenimente/împrejurări: asistarea la moartea unei persoane sau la amenințarea cu moartea; vătămarea serioasă sau amenințarea integrității corporale a unei persoane; aflarea despre moartea violentă sau neașteptată a cuiva, despre vătămarea serioasă sau despre amenințarea cu moartea; vătămarea suferită de un membru al familiei; lupta armată; atacul violent la adresa individului (atacul sexual, atacul corporal, prădarea, atacul banditesc); a fi răpit sau a fi luat ostatec; atacul terorist, tortura; încarcerarea ca prizonier de

război sau într-un lagăr de concentrare; dezastrele (cutremure, tornade, tsunami, inundații, incendii); accidentele grave de automobil; diagnosticul unei maladii grave; evenimentele traumatice sexuale (violul); vederea inopinantă a unui cadavru sau a unei părți de cadavru (APA, 2000).

Tulburarea de stres posttraumatic reprezintă un răspuns disfuncțional al psihicului la un eveniment traumatic. Persoana reexperimentează în mod persistent evenimentul traumatic, prin amintiri dureroase, recurente și intrusive ale evenimentului, are vise în legătură cu evenimentul și senzația de retrăire a evenimentului, poate dezvolta iluzii, halucinații și episoade disociative (flashback) și o suferință psihică intensă (DSM IV-R). Chiar și după dispariția pericolului reprezentat de evenimentul traumatic există un eșec al persoanei în răspunsul adaptativ la traumă (Marinescu și colab., 2008). Următoarele caracteristici ale evenimentului traumatic pot influența rata dezvoltării ulterioare a TSPT: gradul de controlabilitate și predictibilitate al evenimentului respectiv; abilitatea victimei de a controla consecințele și de a minimaliza leziunile, severitatea pierderii, expunerea la stimuli intenși (durere, frig, căldură), sentimentul de eșec legat de incapacitatea de a evita sau minimaliza circumstanțele legate de eveniment.

## **1.2. FACTORI PSIHOSOCIALI ȘI DE MEDIU IMPLICAȚI ÎN BOALA PSIHICĂ**

În clasificarea multiaxială a DSM IV (axa IV), problemele psihosociale sau de mediu (care influențează diagnosticul, tratamentul și prognosticul tulburărilor mintale de pe axele I și II) trebuie luate în considerare în planul global de tratament.

DSM IV menționează mai multe categorii de astfel de dificultăți, printre care se numără:

- problemele cu grupul de suport primar (moartea unui membru al familiei, problemele de sănătate în familie, destrămarea familiei prin separare, divorț sau înstrăinare, plecarea de acasă, recăsătorirea unui părinte; abuzul sexual sau fizic, hiperprotecția parentală, neglijarea copilului, disciplină inadecvată, discordia cu frații, apariția unui frate);

- problemele în legătură cu mediul social (moartea sau pierderea unui amic, suportul social inadecvat, a trăi singur, dificultățile de aculturație, discriminarea, adaptarea la o altă etapă de viață/pensionarea);

- problemele educaționale (analfabetism, probleme școlare, neînțelegeri cu cadrele didactice sau cu covârșnicii);

- problemele profesionale (șomajul, amenințarea cu pierderea locului de muncă, orarul de lucru stresant, condițiile de lucru dificile, insatisfacția profesională, schimbarea profesiei, neînțelegerea cu patronul sau cu colegii de serviciu, problemele cu locuința – de pildă, lipsa locuinței, locuință necorespunzătoare, vecinătate periculoasă, neînțelegeri cu vecinii sau cu proprietarul);

- problemele economice – de exemplu pauperitatea extremă, finanțele insuficiente, ajutorul social insuficient;

- problemele cu accesul la serviciile de asistență medicală;

- problemele în legătură cu interacțiunea cu sistemul legal/penal – arest, închisoare, litigiu, statutul de victimă a unei infracțiuni;

- alte probleme psihosociale și de mediu – expunerea la un dezastru/război, alte ostilități, neînțelegere cu curatorii (persoanele care se ocupă de individ), inaccesibilitatea agențiilor de servicii sociale (APA 2000).

În acest context trebuie să menționăm că și ultima versiune a clasificării internaționale a bolilor (ICD-10, 1998) introduce codurile suplimentare Z, în cadrul cărora pot fi identificate și evidențiate diverse situații umane precum:

- Z55 = Probleme legate de educație și învățământ;
- Z56 = Probleme legate de serviciu și șomaj;
- Z59 = Probleme legate de circumstanțe domestice și economice;
- Z60 = Probleme legate de mediul social;
- Z61 = Probleme legate de evenimente negative de viață, din copilărie;
- Z62 = Alte probleme legate de educație;
- Z63 = Alte probleme legate de grupul de suport primar, incluzând circumstanțe familiale;
- Z72 = Probleme legate de stilul de viață;
- Z73 = Probleme legate de dificultăți de management al propriei vieți.

Rangurile din 1994 ai primilor zece stresori care antrenează schimbarea vieții sunt: decesul soțului/soției, divorțul, decesul unui membru apropiat al familiei, separarea maritală, rănirea sau boala personală severă, pierderea serviciului, condamnarea la detenție, decesul unui prieten apropiat, sarcina și „reajustarea” în afaceri.

Divorțul este susceptibil, potrivit literaturii de profil, să determine tulburări psihopatologice specifice nu numai la protagoniștii săi, ci și la copii. Printre acestea se numără tulburările de dezvoltare, tulburările de personalitate, nevrozile, tulburările depresive, tulburările de comportament și dificultățile de învățare. Separarea părinților pare a fi deci un factor important de risc pentru patologie psihiatrică la copii și adolescenți (Ayadi *et al.*, 2002).

Având în vedere cele expuse anterior, trebuie să remarcăm că psihiatria, ca ramură a medicinei, nu ezită să țină cont de diversele situații problematice ale existenței umane. Cu toate că acestea nu pot fi etichetate ca boli, ele influențează declanșarea și menținerea tulburărilor de sănătate mintală.

Cercetătorii au adoptat această perspectivă echilibrată asupra determinismului social al bolilor mintale după ce mișcarea antipsihiatrică pledase îndelung pentru abordarea bolii psihice ca „mit” și pentru considerarea pacienților psihiatrici ca persoane normale.

Reprezentanții curentului antipsihiatric susțineau că acești oameni nu trebuie să fie etichetați negativ de societate pentru simplul motiv că nu-și pot găsi sensul vieții în această lume galopantă, cu valori discutabile, schimbătoare.

În ciuda punctelor de vedere extreme promovate, mișcarea antipsihiatrică a fost susceptibilă să determine actuala orientare în direcția psihiatriei comunitare și, potrivit unor autori, „umanizarea” spitalelor de psihiatrie. Lăzărescu (1999) afirmă că mișcarea în cauză a reușit să reorienteze însăși nosologia psihiatrică, în direcția asigurării calității vieții pacientului cu tulburări mintale.

### **Categoriile de stresori**

Posibila factori stresori implicați în tulburările psihice sunt grupați, de obicei, în patru clase principale: fizici, chimici, biologici și sociali.

- Factorii fizici vizează temperatura și nivelul radiațiilor mediului înconjurător.

- Factorii chimici sunt reprezentați de anumite substanțe chimice, nocive pentru organismul uman, prezente în alimente, aer, apă, medicamente și în mediul profesional.

- Factorii biologici pot fi grupați în două categorii, respectiv interni și externi. Cei interni sunt reprezentați de sistemul endocrin, de psihic și de personalitate. Cei externi sunt virali, bacterieni și paraziți.

- Factorii sociali provin din mediul familial și din mediul profesional (Voinea, 2007/2008).

Există și alte clasificări ale stresorilor, care extind categoriile menționate anterior, adăugând în tabloul de mai sus factori genetici, disfuncții imunitare, complicații legate de naștere, influențe neurodegenerative, anomalii anatomice și funcționale ale creierului, factori carențiali ș.a.

Vom examina și noi, în lumina unei sinteze a celor mai noi cercetări de gen, câțiva dintre acești factori, care cresc vulnerabilitatea persoanei la dezvoltarea unor boli mintale.

### **Factorii genetici**

În schizofrenie, tehnicile de biologie moleculară au raportat o posibilă implicare a brațelor lungi ale cromozomilor 5, 10 și 18, a brațului scurt al cromozomului 19 și a cromozomului X. Ipoteza vulnerabilității genetice, cauzate de acești cromozomi, a fost susținută prin studiile pe gemeni și prin cercetările privind copiii adoptați.

În ceea ce privește cosanguinitatea, s-a arătat că incidența familială a schizofreniei este mai ridicată decât în populația generală iar concordanța la gemenii monoziagoți este mai mare decât la gemenii dizigoți (DSM IV-R). Concordanța schizofreniei pentru gemenii dizigoți este de aproximativ 8-12%. Aceasta este mult mai mare decât rata de 1%, găsită în populația generală. Concordanța schizofreniei pentru gemenii monoziagoți este de aproximativ 50% (Kendler și Diehl, 1993).

Se constată așadar existența unei rate substanțiale de discordanță chiar la gemenii monoziagoți, aceasta indicând importanța unor factori nongenetici în schizofrenie (DSM IV-R).

De asemenea, s-a constatat că există o concordanță mai mare între membrii aceleiași familii pentru simptomele negative, față de cele pozitive, ale schizofreniei. Mai mult, s-a

observat tendința monoziigoților de a dezvolta tipuri identice de schizofrenie.

Studiile de adopție au demonstrat, la rândul lor, că riscul de a avea schizofrenie este cel conferit de părintele biologic, nu de părintele adoptiv. Riscul pentru un copil adoptat, provenit dintr-un părinte cu schizofrenie, de a dezvolta această boală este de 10-12%, același ca și în cazul în care respectivul copil ar fi fost crescut de părinții săi biologici.

În lumina cercetărilor genetice, prevalența schizofreniei este mai mare la părinții biologici ai copiilor cu schizofrenie, față de prevalența la părinții adoptivi. În același timp, gemenii monoziigoți crescuți separat au aceeași rată de concordanță ca și gemenii crescuți împreună (Prelipeanu, 2003).

Descoperirea cauzelor schizofreniei este în continuare fascinantă pentru cercetători. Parcurgerea literaturii în domeniu dezvăluie încercarea oamenilor de știință din toată lumea de a rezolva acest puzzle misterios. Astfel, printre factorii de risc ai schizofreniei, tulburare care produce afectări ale creierului pe termen lung, s-ar număra și infecțiile prenatale, complicațiile obstetricale, deficiențele de dezvoltare din copilărie, climatul de creștere a copilului, consumul de cannabis la adolescenți, mediul urban și apartenența la o populație minoritară (Cannon și Clarke, 2005).

Factorii genetici sunt deosebit de puternici și în alte tulburări psihice. De pildă, în tulburarea afectivă bipolară (maniaco-depresivă), copilul cu un părinte bipolar comportă riscul de 25% de a dezvolta boala. Riscul crește la 50%, în cazul descendentului cu ambii genitori bipolari.

În tulburările anxioase, jumătate dintre pacienții diagnosticați cu panică au o rudă afectată din cauza acelorași tulburări. Pentru oligofrenie există, de asemenea, un risc de transmitere de 50%, atunci când unul din părinți are deficiențe intelectuale și de peste 80%, atunci când ambii părinți sunt



oligofreni. Acest risc a fost identificat și pentru demența de tip Alzheimer (DAT), în cazul căreia până la 40% din pacienți au un istoric familial de DAT.

În alcoolism, rata problemelor legate de alcool crește proporțional cu numărul rudelor alcoolice, cu severitatea bolii și cu gradul de rudenie (Voinea, 2007/2008).

### **Factori virali și infecțioși**

Ipoteza infecției virale din cel de-al doilea trimestru de sarcină, care induce vulnerabilitatea pentru schizofrenie, se bazează pe constatările unor studii epidemiologice retrospective. Acestea au găsit corelații pozitive între expunerea mamelor la epidemiile de gripă și vulnerabilitatea crescută la schizofrenie a descendenților.

Argumentele în favoarea unei etiologii virale lente vizează, de asemenea, modificările neuropatologice concordante cu prezența în antecedente a unor infecții (glioza, cicatrici gliale, prezența anticorpilor antivirali în ser/LCR la unii bolnavi). Frecvența crescută a complicațiilor perinatale poate aduce argumente de validitate teoriei privitoare la influența factorilor infecțioși asupra bolii psihice (Ciobanu, 2009). Legătura dintre infecțiile sistemului nervos central (meningoencefalite) și sechelele psihice ulterioare a fost, de asemenea, demonstrată.

### **Disfuncțiile imunitare**

Stresul este asociat cu imunosupresia. Stresul și stările emoționale (îndeosebi starea depresivă) pot să influențeze funcțiile sistemului imunitar, prin intermediul sistemului nervos central și endocrin. Nenumărate studii au demonstrat rolul sistemului nervos în controlul sistemului imun. Stresul

psihic produce variate disproteinemii (creșterea gamaglobulinelor, macroglobulinelor, a IgA și IgM).

Stresul scade producerea de imunoglobuline (IgG), scăzând rezistența organismului la îmbolnăviri. Macrofagele sunt, de asemenea, afectate de stres. De mai multă vreme se cunoaște că în etiologia bolilor infecțioase (cum ar fi infecția cu bacilul Koch) rezistența gazdei are un rol important (Cojocaru și Cojocaru, 2009).

Există, totodată, numeroase dovezi în legătură cu participarea factorilor de personalitate, a stresului și a tulburărilor de adaptare, la apariția neoplasmului, a bolilor infecțioase și autoimune (lupusul eritematos sistemic, poliartrita reumatoidă, boala Behçet etc.).

Factorii de personalitate ai individului și tulburările psihice sunt, la rândul lor, legați de rapiditatea evoluției neoplaziilor. S-a observat că femeile melancolice suferă mai frecvent de neoplazii și că depresia agravează prognosticul în oncologie.

Anticorpii anticardiolipinici și antinucleari, utilizați ca markeri ai vulnerabilității autoimune, sunt crescuți în anumite boli psihice, au relevat mai multe studii.

Alți doi markeri autoimuni importanți, precum răspunsul limfocitelor T proliferative la fitohemaglutinina mitogenă și producția de interleukină-2, au fost observați ca având o alterare importantă la pacienții cu schizofrenie, față de populația de control (Coffey *et al.*, 1983).

### **Complicațiile legate de naștere**

Traumatismele mecanice cauzate de expulziile prelungite, „în forță”, ale fătului sau unor manevre obstetricale prelungite (nașterea cu forceps) pot determina retardul mintal.

De asemenea, numeroase studii au raportat corelații înalte între complicațiile de la naștere și cele din timpul sarcinii, la

pacienții cu schizofrenie, față de populația de control (Jones *et al.*, 1998; Dalman *et al.*, 1999; Preti *et al.*, 2000; McNeil *et al.*, 1994, Cannon *et al.*, 2002).

Hipoxia, scăderea aportului de oxigen în organism, este o altă complicație legată de naștere sau de sarcină, care poate antrena tulburări ale dezvoltării creierului copilului. Hipocampul și câteva regiuni neocorticale sunt în mod particular sensibile la hipoxie.

### **Factorii biologici**

Neurotransmițătorii sunt substanțe eliberate sinaptic care asigură transmiterea influxului nervos, având capacitatea de declanșare a potențialelor de acțiune. Aceștia sunt reprezentați de: acetilcholină, dopamină, serotonină, noradrenalină și acidul  $\gamma$  amino-butiric (Gheorghe *et al.*, 2006). Alterarea acestor mediatori sau a receptorilor lor, în sensul creșterii sau al scăderii lor în anumite zone anatomice ale creierului, ar conduce la declanșarea unor boli psihice.

### **Teorii de neurodezvoltare și neurodegenerative**

S-au găsit la pacienții cu schizofrenie mai mulți indicatori ai dezvoltării anormale a creierului. Printre aceștia pot fi menționați:

- tulburările dispoziției substanței albe și ale dezvoltării corticale, cauzate cel mai probabil de selecția și migrarea neuronală defectuoasă din cursul dezvoltării precoce a creierului (survenită în cursul celui de-al doilea trimestru al dezvoltării fetale);
- scăderea densității neuronale din anumite arii corticale (frontală, motorie);

- existența unor markeri extracelulari ai așa-numitei neurodezvoltări aberante, precum dermatoglifele aberante. Dezvoltate concomitent cu creierul, acestea au fost observate la gemenii monoziгоți afectați de boală;

- fenomenele degenerative suferite de neuroni, după ce aceștia au trecut printr-un proces normal de dezvoltare. Această teorie ar putea explica, potrivit unor autori, pierderea celulară fără glioză (mediată de receptorul glutamat), care se constată în schizofrenie, precum și natura progresivă a tulburării la unii bolnavi (Ciobanu, 2009).

### **Factorii toxici și carențiali**

În această categorie sunt incluse substanțele psihoactive – alcoolul, tutunul, drogurile; carențele alimentare; medicamentele (antibiotice, sedative, hipnotice, citostatice, stupefiante, anticoncepționale și chiar excesul de vitamine); intoxicațiile profesionale cu monoxid de carbon, tetraclorură de carbon, cu substanțe benzenice, cu staniu ș.a. (Voinea, 2007/2008).

### **Factorii psihosociale și de mediu ai schizofreniei**

Stresul este un factor declanșator important în schizofrenie. Circa 44% din cazurile studenților diagnosticați cu schizofrenie se prezintă la medic în primul semestru de facultate, al primului an. De asemenea, printre cei recrutați în armată se înregistrează o incidență de opt ori mai mare a schizofreniei în primele luni de serviciu militar, comparativ cu debutul de schizofrenie consemnat în cursul celui de-al doilea an de serviciu militar.

Studiile mai arată că, la persoanele care au fost victime ale abuzului în copilărie, schizofrenia debutează mai precoce, iar

acestea au o evoluție mai proastă, comparativ cu non-abuzații de aceeași vârstă (Ciobanu, 2009).

Rata de concordanță pentru gemenii monoziagoți de numai 50% ar putea sugera și implicarea factorilor de mediu în etiopatogenia schizofreniei, așa cum arătam anterior.

Trebuie să precizăm în acest context că factorii psihosociali au fost acreditați de-a lungul timpului ca având un rol mai mare sau mai puțin important în etiologia schizofreniei.

Există trei mari grupe de teorii care îi vizează (idem):

- Teorii referitoare la individ. Subsumate acesteia sunt teoria psihanalitică (vizează alterarea reciprocă a relației dintre mamă și copil), teoriile psihodinamice (schizofrenia ar reprezenta un răspuns regresiv la frustrare și la conflictul cu cei din jur, iar regresia ar implica o retragere a investiției emoționale a persoanei, în toate aspectele vieții sale) și teoriile învățării (conform acestora, copilul imită adultul, în special pe propriul părinte, care are probleme emoționale și relații interpersonale slabe);

- Teorii referitoare la familie. Unele patternuri de interacțiune familială predispun la dezvoltarea, debutul, recăderea sau cronicizarea schizofreniei (DSM IV-R). De asemenea, diagnosticul de schizofrenie este pus mai ales în familiile cu statute socioeconomice inferioare;

- Teorii sociale. Unii cercetători au susținut că industrializarea și urbanizarea pot fi citate printre cauzele schizofreniei. Acum se consideră că acești factori au rol major în programarea debutului și în severitatea tulburărilor schizofreniei (Kaplan și Sadock, 2001). Datele sugerează că persoanele din zonele urbane au un risc mai crescut pentru schizofrenie decât cele din zonele rurale (Torrey, 1980; Mortensen *et al.*, 1999; Allardyce *et al.*, 2001). Alți autori (Torrey *et al.*, 1997) au reanalizat datele din SUA și au găsit că

domiciliul indivizilor în mediul urban este asociat cu un risc crescut de apariție a psihozelor în rândul acestora. Marcellis și colaboratorii (1998), examinând după locul nașterii toate debuturile schizofreniei și ale altor psihoze din Olanda, în perioada 1942-1978, au identificat o relație semnificativă statistic între aria urbană și incidența schizofreniei și a tulburărilor afective (Ciobanu, 2009).

### **Teoria cognitivă a depresiei**

Teoria cognitivă a depresiei are în centrul ei triada simptomatologică a lui Aaron Beck, mai precis: imaginea de sine negativă („lucrurile sunt rele pentru că eu sunt rău”); interpretarea negativă a trăirilor („totul a fost întotdeauna rău”) și privirea negativă asupra viitorului (anticiparea eșecului). Conform modelului lui Beck, simptomele depresive nu apar ca urmare a unei situații sau a unui eveniment critic, ci ca urmare a modului în care persoana interpretează situația respectivă. Incapacitatea ulterioară a persoanei de a controla situațiile poate genera așa-numita „neajutorare învățată”, care accentuează depresia (Beck, 1979).

Gândurile automate, negative, care apar în depresie, ca urmare a interpretării disfuncționale a situațiilor, au la bază convingeri care s-au format greșit în copilăria timpurie, în timpul interacțiunii cu persoanele semnificative din viața actualului depresiv. Convingerile disfuncționale sau schemele cognitive nu reprezintă altceva decât niște structuri intelective de bază, profunde, la care subiectul se raportează ca la niște adevăruri incontestabile cu privire la propria persoană. Un exemplu de convingere disfuncțională este: „Sunt un ratat”.

Spre deosebire de convingerile disfuncționale, gândurile negative automate reprezintă elemente de suprafață, care ies în

evidență atunci când se activează schemele cognitive. Gândurile negative se derulează rapid, în afara câmpului conștiinței, dar pot fi accesate de aceasta, mai explicită Beck.

În rezumat, modelul cognitiv al depresiei susține că în timp ce o persoană trăiește sentimente negative, gândurile sale sunt supuse unor erori de gândire. Pe acest model teoretic se bazează și psihoterapia cognitiv-comportamentală, atunci când își stabilește schemele de tratament. Psihoterapia respectivă pornește de la premisa că oamenii se confruntă cu diverse evenimente, despre care pot avea fie credințe adaptative, funcționale, fie dimpotrivă, credințe dezadaptative și disfuncționale. Aceste credințe conduc la consecințe în plan comportamental, emoțional și cognitiv. Ca urmare, prin acest tip de psihoterapie, pacientul este ajutat să-și modifice credințele dezadaptative și să le înlocuiască cu credințe adaptative și raționale.

### **Teoria evenimentelor de viață stresante**

Evenimentele de viață stresante precedă adeseori primele episoade ale tulburărilor de dispoziție. Acestea pot determina modificări neuronale permanente, care predispun persoana la episoade ulterioare ale tulburării dispoziției (Kaplan și Sadock, 2001).

Pe lângă factorii stresori enunțați anterior, un rol important în declanșarea tulburărilor psihice îl au și evenimentele și schimbările de viață (școlarizare, pensionare, promovarea în profesie, căsătoria, nașterea unui copil, pierderea neprevăzută a unor sume mari de bani, retrogradările neașteptate).

Eșecul, frustrările, atmosfera psihologică nefavorabilă, stările conflictuale, alterarea bioritmurilor, solicitările intense pot conduce și ele la decompensări psihice de diferite intensități, după cum arătam anterior. Unul dintre factorii

sociali generatori de stres care, ulterior, poate produce o serie de tulburări somatice și psihice, este munca în exces. Presa din România a dezbătut pe larg problema acestui stresor după decesul tinerei Raluca Stroescu, manager de audit la Ernst & Young Romania, care a murit la vârsta de numai 31 de ani, după mai multe zeci de zile de muncă fără pauză.

Alți factori declanșatori ai depresiei pot fi: prăbușirea valorilor înalte, a tradițiilor, a familiei; pierderea legăturilor religioase; diminuarea relațiilor interumane satisfăcătoare, creșterea frecvenței divorțurilor; dezrădăcinarea unor largi grupări populaționale; lipsa de perspectivă a tineretului în fața pericolului crizei ecologice și a suprapopulării; creșterea șomajului; schimbările esențiale din domeniul culturii și civilizației; destinul țărilor subdezvoltate și brusca lor confruntare cu fluxul informațional cultural mondial (Stiemerling, 2006).

Cercetările pe această temă au identificat și cele mai înalte riscuri pentru depresie: episoadele anterioare de depresie; istoricul familial de boală depresivă (care crește riscul dezvoltării unor episoade depresive ulterioare); tentativele anterioare de suicid; sexul feminin; vârsta de debut sub 40 de ani; perioada postpartum; comorbiditățile medicale; lipsa suportului social; evenimentele stresante de viață; consumul regulat de alcool și medicamente.

### **Teorii cu privire la depresie și la tulburarea afectivă bipolară (maniaco-depresivă)**

Teoria psihanalitică (Freud, 1961) stipulează că pierderea simbolică sau reală de către individ a unei persoane iubite sau a unui obiect al iubirii poate antrena tulburări marcante ale dispoziției acestuia, în principal depresie (ideație suicidară, sentimente de culpabilitate și de lipsă de valoare etc.) și



manie/euforie (acestea ar reprezenta atitudini defensive împotriva depresiei subiacente).

Potrivit acestui autor, Supraeul rigid servește la pedepsirea persoanei pentru impulsurile inconștiente sexuale sau agresive, utilizând sentimentele de vinovăție (aflate în prim-planul tabloului simptomatologic al depresiei).

În depresie, introiecția obiectelor pierdute (și privite ambivalent) generează o senzație interioară de conflict, vinovăție, furie, durere și dispreț/desconsiderare față de propria persoană. Doliul patologic este susceptibil să devină depresie atunci când sentimentele ambivalente destinate obiectului introiectat sunt redirecționate către self. În manie, delirurile grandioase se nasc tocmai din convertirea simțămintelor care privesc disprețul și desconsiderarea propriei persoane.

### **Factori ai tulburărilor anxioase, somatoforme, factice și disociative**

Tulburările anxioase (fobia, panica) reprezintă grupul cel mai frecvent de tulburări psihiatrice. Potrivit psihanalizatorilor (Freud, 1961), anxietatea este legată, din punct de vedere al dezvoltării, de fricile de dezintegrare din copilărie, care derivă din frica de a pierde un obiect iubit sau din frica de castrare.

Teoriile învățării arată că anxietatea inițială a persoanei se naște din stres sau din frustrări. Anxietatea ulterioară a acesteia reprezintă însă un răspuns condiționat la alte situații frustrante sau stresante, care sunt mai puțin severe decât cele care au declanșat anxietatea inițială.

De asemenea, anxietatea poate fi învățată prin identificare și imitarea patternurilor anxioase ale părinților (teoria învățării sociale). De multe ori, anxietatea se asociază în mod natural cu un stimul înfricoșător (de exemplu un accident). Deplasarea sau transferarea ei ulterioară asupra unui alt stimul, prin

condiționare, produce fobia față de un obiect sau de o situație care sunt noi și diferite.

Tulburările anxioase implică paternuri cognitive de gândire eronate, distorsionate sau contraproductive (Kaplan și Sadock, 2001).

Fobia socială sau „frica persistentă de una sau mai multe situații (situațiile fobice sociale), în care persoana este expusă unei posibile scrutări de către alții și dezvoltă fricile că ea poate face ceva sau acționa într-un mod care poate fi umilitor sau jenant“ (DSM-IV) poate afecta activitățile profesionale și sociale ale persoanei, deoarece aceasta manifestă un comportament de evitare a situațiilor fobice.

În cazul tulburărilor somatoforme, care presupun apariția unor simptome psihice în contextul unor boli somatice, anxietatea este convertită în simptome specifice. Astfel, persoana și-ar reprima sentimentele de mânie față de alții, cu întoarcerea mâniei către self, arată psihanalistii, ceea ce ar denota existența unui Super-Ego puternic. La persoanele cu tulburări somatoforme, stima de sine este în general scăzută. Totodată, acestea se pot proiecta în rolul unui perpetuu bolnav. Influența mediului familial de origine ar putea fi una foarte importantă în cazul acestor tulburări. Multe persoane cu simptome somatoforme au avut un părinte suferind, care a reprezentat modelul lor pentru rolul de bolnav.

Tulburările factice, care constau în simularea unor boli, au ca scop la rândul lor, obținerea atenției afectuoase a medicilor. În copilărie, mulți dintre acești pacienți au suferit de boli adevărate, asociate cu abuzul sau rejecția parentală.

În cazul tulburărilor disociative (sau nevrozele isterice, tipul disociativ), în care individul își pierde practic sentimentul propriei realități, există de asemenea o traumă emoțională precipitantă (de exemplu violența intrafamilială), care declanșează boala.