

MIRCEA LĂZĂRESCU

B A Z E L E
PSIHOPATOLOGIEI CLINICE



EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE

CUPRINS

PARTEA I CIRCUMSCRIEREA PSIHOLOGIEI CLINICE

PARTEA I CIRCUMSCRIEREA PSIHOLOGIEI CLINICE

PARTEA A 2-A PSIHOPATOLOGIA SI SA PERECUTATA NEURALSITICATA CENTRATIVA SI ORBITALIA

Capitolul 1	1.1. Noțiunea de psihopatologie	18
	1.2. De ce psihopatologie clinică?	19
	1.3. Metodele de studiu în psihopatologie clinică și propuneri metodologice pentru viitor	20
	1.4. Rolul psihopatologiei în medicina modernă	21
	1.5. Câteva aspecte istorice	22
	1.6. Psihopatologia și psihologia clinică	23
	1.7. Psihopatologia și psihologia clinică în România	24
	1.8. Psihopatologia și psihologia clinică în lume	25
	1.9. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	26
	1.10. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	27
	1.11. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	28
	1.12. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	29
	1.13. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	30
	1.14. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	31
	1.15. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	32
	1.16. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	33
	1.17. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	34
	1.18. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	35
	1.19. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	36
	1.20. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	37
	1.21. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	38
	1.22. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	39
	1.23. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	40
	1.24. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	41
	1.25. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	42
	1.26. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	43
	1.27. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	44
	1.28. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	45
	1.29. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	46
	1.30. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	47
	1.31. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	48
	1.32. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	49
	1.33. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	50
	1.34. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	51
	1.35. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	52
	1.36. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	53
	1.37. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	54
	1.38. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	55
	1.39. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	56
	1.40. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	57
	1.41. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	58
	1.42. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	59
	1.43. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	60
	1.44. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	61
	1.45. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	62
	1.46. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	63
	1.47. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	64
	1.48. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	65
	1.49. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	66
	1.50. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	67
	1.51. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	68
	1.52. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	69
	1.53. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	70
	1.54. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	71
	1.55. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	72
	1.56. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	73
	1.57. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	74
	1.58. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	75
	1.59. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	76
	1.60. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	77
	1.61. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	78
	1.62. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	79
	1.63. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	80
	1.64. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	81
	1.65. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	82
	1.66. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	83
	1.67. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	84
	1.68. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	85
	1.69. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	86
	1.70. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	87
	1.71. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	88
	1.72. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	89
	1.73. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	90
	1.74. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	91
	1.75. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	92
	1.76. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	93
	1.77. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	94
	1.78. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	95
	1.79. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	96
	1.80. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	97
	1.81. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	98
	1.82. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	99
	1.83. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	100
	1.84. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	101
	1.85. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	102
	1.86. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	103
	1.87. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	104
	1.88. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	105
	1.89. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	106
	1.90. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	107
	1.91. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	108
	1.92. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	109
	1.93. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	110
	1.94. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	111
	1.95. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	112
	1.96. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	113
	1.97. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	114
	1.98. Psihopatologia și psihologia clinică în trecut	115
	1.99. Psihopatologia și psihologia clinică în viitor	116
	1.100. Psihopatologia și psihologia clinică în prezent	117

CUPRINS

Argument	7
Abrevieri	9

PARTEA I CIRCUMSCRIEREA PSIROPATOLOGIEI CLINICE

Capitolul 1. Problematika psihopatologiei clinice	13
1.1. Ce este psihopatologia clinică?	13
1.2. Medicina, psihiatria și psihopatologia clinică în perspectiva metamorfozelor sociale și a logicii cercetării	15
1.3. Structura practico-teoretică a medicinei psihiatrice. Cazul psihopatologic	17
1.4. Cazul domnului L	20
1.5. Teme de bază ale psihopatologiei clinice derivate din modelul medical	22
1.6. Caracterizarea generică a tulburării mintale	28
1.7. Corelații psihologice ale psihopatologiei clinice	32
1.8. Psihopatologia și perspectiva transcultural-istorică	34

PARTEA A II-A PSIROPATOLOGIA CLINICĂ ÎN PERSPECTIVA NEOKRAEPELIANĂ, CANTITATIVĂ ȘI OBIECTIVANTĂ

Capitolul 2. Episodul psihopatologic	39
2.1. Semiologia psihopatologică în perspectiva sindroamelor	39
2.2. Descrierea principalelor sindroame standard	42
2.3. Semiologia psihopatologică în perspectiva simptomelor	77
2.4. Subgrupaje sindromatice ca moduli semiologici	84
2.5. Manifestarea sindroamelor în cadrul episoadelor psihopatologice	85
2.6. Perspectiva diacronă a episodului psihopatologic	87
2.7. Instalarea episodului psihopatologic. Prodromul	88
Capitolul 3. Tulburarea de personalitate, aspect semnificativ al terenului personalistic	91
3.1. Introducere	91
3.2. Caracterizarea generală a tulburărilor de personalitate	92
3.3. Descrierea tipologică a tulburărilor de personalitate	94
3.4. Critica viziunii neokraepeliniene privitor la tulburarea de personalitate	97
3.5. Alternativa dimensională față de sistemul categorial	99
3.6. Clusterul psihopatiei	102
3.7. Tulburările de personalitate în perspectiva distorsiunii unor funcții adaptative ale caracterului persoanei	104
Capitolul 4. Tulburările mintale și sistematizarea lor	105
4.1. Diversitatea și sistematizarea tulburărilor mintale	105
4.2. Structura DSM-IV-TR	107
4.3. Clasificarea ICD-10-F	112
4.4. Comorbiditatea între entitățile nosologice	113
4.5. Spectrele maladive	116
4.6. Subtipurile tulburărilor mintale	121
4.7. Nosologia psihiatrică și psihopatologia din comunitate	123
Capitolul 5. Diagnosticul și evaluarea în psihopatologie	125
5.1. Diagnosticul și evaluarea ca problemă general umană	125
5.2. Diagnosticul episodului psihopatologic și a tulburării psihice în actuala lor formulare neokraepeliană ..	125

5.3. Evaluarea și diagnosticul tulburării de personalitate	130
5.4. Evaluarea psihologică în psihopatologia clinică.....	133
5.5. Evaluarea funcționării sociale și a deteriorării acesteia în psihopatologie.....	133
5.6. Diagnosticul psihopatologic în perspectiva epidemiologiei, a psihiatriei comunitare și de-a lungul ciclurilor vieții.....	135
5.7. Diagnosticarea altor aspecte decât cele psihopatologice și de performanță.....	136
5.8. Diagnosticul centrat pe persoană.....	140
5.9. Expectanțele vremii actuale în problema diagnosticului psihopatologic.....	141

PARTEA A III-A PERSPECTIVA DOCTRINELOR PSIHPATOLOGICE

Capitolul 6. Psihopatologia în perspectiva dezvoltamentală și a ciclurilor vieții	145
6.1. Nașterea și problematica actuală a psihopatologiei dezvoltamentale. Ciclurile vieții	145
6.2. Nosologia psihiatrică în perspectivă dezvoltamentală și a ciclurilor vieții	152
6.3. Familia în perspectiva psihopatologiei dezvoltamentale	155
Capitolul 7. Doctrina vulnerabilitate-stres și factori protectivi din cursul biografiei. Reziliența	159
7.1. Introducere.....	159
7.2. Rolul evenimentelor stresante de viață în comentariul psihopatologiei clasice germane	159
7.3. Rolul evenimentelor de viață în psihopatologia anglo-saxonă a ultimelor decenii.....	162
7.4. Tipologia evenimentelor de viață stresante.....	164
7.5. Conceptul de vulnerabilitate în psihopatologia clinică	166
7.6. Factori compensatori și protectori	169
7.7. Perspectiva biografică a influențelor psiho-sociale	171
7.8. Reziliența.....	173
Capitolul 8. Contribuția doctrinelor evoluționiste, cognitiviste și fenomenologice la psihopatologia clinică	177
8.1. Psihopatologia evoluționistă și corelațiile ei cu psihopatologia clinică.....	177
8.2. Noile abordări ale psihopatologiei în viziunea cognitivismului	188
8.3. Contribuția psihopatologiei de orientare fenomenologică la psihopatologia clinică. Actualitatea unei abordări clasice	199
8.4. Creierul social și sinele încorporat.....	209

PARTEA A IV-A TULBURAREA MINTALĂ

Capitolul 9. Ce este tulburarea mintală?.....	217
9.1. Definiția din DSM-III-IV. Implicarea valorilor în concepția manualului american	217
9.2. Constructivismul social și tema tulburării psihice	219
9.3. Soluția biostatistică a lui Boorse.....	222
9.4. Doctrina evoluționistă a lui Wackefield: disfuncția dăunătoare	222
9.5. Perturbarea conexiunilor semnificante: Bolton	224
9.6. Orientarea psihopatologiei clinice în direcția disfuncției și deconstrucției modulare a psihismului centrat de sine și persoană.....	225
9.7. Arii modulare și spectru maladiv în psihopatologia clinică. Patologia obsesiv-impulsivă.....	229
9.8. Ce este tulburarea mintală?.....	232

ANEXE

Anexa 1. Scheme ale organizării psihismului persoanei.....	245
Anexa 2. Trăiri normale și patologice în perspectivă antropologică.....	252
Anexa 3. Psihopatologia clinică între Jaspers și Ey	265
Anexa 4. Spiritul științific contemporan în care a apărut și s-a dezvoltat DSM-III.....	269
Anexa 5. Mișcarea antipsihiatrică și nașterea DSM-III.....	272
Bibliografie	275
Index de termeni	285

ARGUMENT

Un domeniu științific cum e cel al *Psihopatologiei clinice*, după ce se stabilește un suficient acord asupra delimitării sale, își poate etala cunoștințele asupra cărora există un consens major, se poate lăuda cu succesele sale în cunoaștere pe care le-a obținut în ultima perioadă și pe care le propune ca referențial pentru practica actuală și pentru cercetări viitoare.

Autorul acestei lucrări, interesat fiind de psihopatologie, a asistat în ultima jumătate de veac la multiple noi apariții doctrinare și metamorfoze în domeniu. În această lucrare se încearcă o sinteză asupra „bazelor psihopatologiei clinice” care să aibă în vedere cunoașterea actuală și promisiunile ei. În același timp sunt trecute în revistă conjuncturile care au condus, deceniu după deceniu, la viziunea actuală. Fără a fi o lucrare de istorie, redactarea de față rămâne sensibilă la felul în care au apărut și s-au consolidat noi doctrine și cunoștințe, la modalitatea în care altele au fost uitate și redescoperite sau reformulate în noi limbaje și universuri de cunoaștere. Față de siguranța și intransigența cu care mulți abordează frontul actual de cunoștințe în domeniu ca fiind singurul valid și cert, autorul se raliază celor care pledează pentru o înțelegere deschisă mereu spre noi asimilări și constructe teoretice consistente. Cel puțin în cei treizeci de ani care s-au scurs de la publicarea DSM-III, au apărut noi idei fructuoase. Iar pe de altă parte lumea umană nu a încetat să se metamorfozeze.

Dincolo de această opțiune epistemologică deschisă, autorul pledează și pentru una ontologică. Este acceptată ideea că stările psihopatologice exprimă un fel de „experiment natural” care evidențiază infrastructura persoanei umane conștiente. Infrastructura care, la acest nivel limită a minusului antropologic, se manifestă mai clar decât în cazul plusvalorii creatoare, unde opera ce se desfășoară în planul supraindividual al logosului și valorilor maschează liniile de forță portante ale persoanei.

Odată cu precizările de mai sus autorul subliniază că lucrarea se dorește a fi în esența ei, nu una de epistemologie sau ontologie, ci una care abordează direct psihopatologia clinică, cea de care se ocupă medicii psihiatri și psihologii clinicieni.

Cartea este structurată în patru părți. Prima încearcă să contureze domeniul psihopatologiei clinice ținând cont de istoria problemei, în corelație cu dezvoltarea psihiatriei ca ramură a medicinei, a științelor conexe și a metamorfozelor socio-politice din secolul XX. Este adusă în discuție importanța cazului în psihopatologie, sunt enumerate temele psihopatologiei clinice așa cum se impun ele din corelația cu psihiatria și e menționată legătura cu psihologia persoanei, fiind indicată și problematica transculturală.

Partea a doua prezintă succint temele psihopatologiei clinice așa cum s-au conturat ele după DSM-III. În consens cu orientarea actuală în domeniu, se face distincția între episod, teren și tulburare. La nivelul episodului psihopatologic, care este nucleul psihopatologiei clinice, e prezentată sintetic și semiologia psihopatologică cu centrare pe sindroamele standard. Acest fapt, precum și ordinea în care sindroamele sunt prezentate, pregătește elaborarea din ultimele două capitole ale cărții. Repere psihologice pentru această sistematizare se găsesc în Anexele I și II. Terenul este abordat în înțelesul său antropologic, el fiind indicat în psihopatologia clinică prin tulburările de personalitate. Tulburarea mintală are în prezent o circumscriere controversată. Totuși se menține ideea unui comentariu categorial, cel dimensional fiind considerat ca intervenind în completarea primului. Marile teme actuale, care nu sunt comentate în manualele de tip DSM-IV-TR și ICD-10, sunt problema spectrului, a subtipurilor și a prodromelor. Diagnosticul în psihopatologia clinică actuală tinde tot mai mult să nu se rezume la psihopatologia lecturată cantitativ ci să surprindă cât mai multe arii a persoanei afectate.

Partea a treia aduce în discuție doctrinele psihopatologice care nuanțează imaginea relativ rigidă a manualelor neokraepeliene, apropiind psihopatologia clinică de realitatea nemijlocită și de înțelegerea etiopatogenică. Actuala psihopatologie developmentală se menține destul de aproape de clinica psihiatrică dar introduce viziuni noi asupra dinamicii stărilor psihopatologice, a tranziției spre normalitate și asupra influențelor psihosociale, mai ales familiale. Influențele psihosociale interesează în mod deosebit psihopatologia clinică în calitatea lor de factori vulnerabilizatori, determinanți, declanșatori și protectori.

Rolul familiei este unul deosebit mai ales în cadrul actualei doctrine vulnerabilitate-stres. La acest nivel se evidențiază și tema rezilienței. Psihopatologia evoluționistă, prin perspectiva ei, a revoluționat în mare măsură psihopatologia clinică. Ea aduce în discuție nu doar aspectul special al condiționării genetice, ci și „cauzele ultime” care țin de modelele adaptative fixate printr-o îndelungată evoluție. Funcționarea modulară devine un model al înțelegerii psihismului animal și uman. Psihologia și psihopatologia cognitivă pariază și ea pe modularitate, dar subliniind specificul uman al acesteia. Ea se articulează nu doar cu marile progresele ale neuroștiințelor ci și cu tradiția psihopatologiei fenomenologice, care în prezent a recâștigat un nou avânt, comentând cu pertință și nuanțare diferența între psihismul și psihopatologia comentabilă la nivel animal și uman. Se conturează astfel pentru psihopatologia clinică actuală pe de o parte creșterea cunoașterii în ceea ce privește „creierul social”, pe de altă parte înțelegerea psihismului conștient ca adânc înrădăcinat în corporalitate. Actuala psihopatologie clinică are astfel la dispoziție în prezent o înțelegere a omului mult mai nuanțată decât în urmă cu 30 de ani.

Ultimul capitol, al patrulea, încearcă un răspuns la întrebarea „ce e tulburarea mintală”, ținând cont de orientările, comentariile și opiniile actuale și invocând și modularitatea specific umană. Sunt reluate și idei mai vechi cum ar fi cea a „minusului antropologic”, a existenței la limită și a „experimentului natural” pe care îl realizează tulburarea mintală, dezvăluind infrastructura conștiinței.

În cele cinci anexe sunt prezentate unele linii directoare pentru sistematizarea sindroamelor psihopatologice și unele aspecte istorice corelate problemelor dezbătute.

În mod inevitabil, temele se reiau de-a lungul expunerii, motiv pentru care se utilizează unele trimiteri de subsol.

În ansamblu, lucrarea încearcă să înțeleagă coordonatele fundamentale ale psihopatologiei clinice, așa cum ni se prezintă ea în prezent. Intenția autorului nu atât cea de a oferi soluții ci în primul rând de a ridica probleme și a sugera direcții de abordare. Bibliografia e doar orientativă.

Autorul exprimă mulțumiri pentru sprijinul primit în tehnoredactare doamnelor Jeni BLAJOVAN, Ramona BALANESCU, Cătălina GIURGI și Roxana MIHALCEA, și domnilor Radu VRAȘTI și Lucian ILE pentru colaborarea intelectuală de-a lungul anilor.

Timișoara, martie 2010

Autorul

ABREVIERI

- APA – *American Psychiatric Association*
- c.v. – calitatea vieții
- DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
- e.v. – evenimente de viață
- ep.pt – episod psihopatologic
- ICD – *International Classification of Diseases*
- OMS – Organizația Mondială a Sănătății
- p.pt.c. – psihologie și psihopatologie cognitivă
- p.pt.d. – psihologie și psihopatologie dezvoltamentală
- p.pt.e. – psihologie și psihopatologie evoluționistă
- pt.f. – psihopatologie fenomenologică
- r.s.s. – rețea de suport social
- s.n.n. – sistem nosologic nosografic
- SCAN – *Schednles for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*
- sd.pt. – sindrom psihopatologic
- t.m. – tulburare mintală
- t.p. – tulburare de personalitate
- ToM – *Theory of Mind* – judecare socială, mentalizare
- WPA – *World Psychiatric Association*

MIRCEA LĂZĂRESCU

BAZELE PSIHOPATOLOGIEI CLINICE



EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE
București, 2010

Copyright © Editura Academiei Române, 2010.
Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate editurii.

EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE
Calea 13 Septembrie, nr. 13, Sector 5
050711, București, România,
Tel: 4021-318 81 46, 4021-318 81 06
Fax: 4021-318 24 44
E-mail: edacad@ear.ro
Adresa web: www.ear.ro

Referenți științifici: Prof. dr. Constantin BĂLĂCEANU-STOLNICI
membru de onoare al Academiei Române
Acad. Constantin POPA

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
LĂZĂRESCU, MIRCEA

Bazele psihopatologiei clinice / Mircea Lăzărescu. -
București : Editura Academiei Române, 2010
ISBN 978-973-27-1945-9

159.97

Redactor: Doina ARGESANU
Tehnoredactor: Daniela FLORESCU
Coperta: Mariana ȘERBĂNESCU

Bun de tipar: 22.10.2010; Format: 8/61×86

Coli de tipar: 36

C.Z. pentru biblioteci mari: 616.89

C.Z. pentru biblioteci mici: 61

CAPITOLUL 1

PROBLEMATICA PSIROPATOLOGIEI CLINICE

1.1. CE ESTE PSIROPATOLOGIA CLINICĂ?

Psiropatologia s-a afirmat explicit la începutul secolului XX prin autori ca Jaspers, Janet și Freud, concomitent cu relaxarea zidurilor azilelor psihiatrice și în paralel cu dezvoltarea științei psihologice. Cartea *princeps* a lui Jaspers din 1913 (Jaspers, 1997) poartă titlul de „Psiropatologie generală”. Au fost utilizate apoi și alte expresii ca „psihologie medicală” (Kretschmer, 1949). Glatzel publică o carte de referință cu titlul Psiropatologie, care are două părți: psihopatologia generală (Glatzel, 1978) și cea specială (Glatzel, 1981). Expresia de „psihopatologie clinică” capătă notorietate prin cartea cu același titlu a lui Schneider din 1946 (Schneider, 2007).

Se cere configurat de la început un răspuns la întrebarea: *Cu ce se ocupă psihopatologia clinică?* Un prim răspuns ar fi: ea încearcă să răspundă la întrebarea: „*Ce este tulburarea mintală?*” bazându-se pe modelul medical al acesteia, pe tradiția psihiatriei clinice ca ramură a medicinei. În continuare, ea s-ar preocupa de problemele pe care le ridică tulburarea mintală astfel decupată, de circumscrierea, înțelegerea și atestarea ei în vederea diagnosticării și tratării oamenilor afectați. În acest sens, psihopatologia clinică se constituie cu statut de știință. Ea e interesată desigur, dar indirect, de răspunsul tradițional și actual la întrebarea: „*Ce e tulburarea mintală?*”, pe care îl oferă alte perspective de abordare, precum cea mitico-religioasă, filosofică, socio-administrativă, cea bazată pe atitudinea și psihologia populară, cea elaborată de unele doctrine psihopatologice. Pentru toate, rămâne fundamentală referința la medicina psihiatrică. Chiar și psihologia aplicată profesiei medicale, cea care se ocupă de relația medic-pacient, de felul în care omul bolnav își trăiește suferința și apropierea de moarte, își împrumută unele coneepe de bază ca anxietatea și depresia din psihopatologia clinică, care are ca referențial problematica psihiatrică (Cosman, 2010).

*
**

Psihiatria s-a încadrat relativ recent în medicină, în cursul modernității (Foucault, 1996). Ea a mai avut această integrare și în lumea greco-romană dar acest fapt ține de o istorie îndepărtată (Alexander, 1972). Evoluția recentă a psihiatriei în cadrul istoriei Occidentului e importantă pentru psihopatologia actuală deoarece ea a parcurs etape cu repercusiuni semnificative asupra înțelegerii „nebunilor” și „nebuniei”. De la câmpurile de concentrare ale secolului XVII, la nașterea Clinicii medicale în secolul XVIII (Foucault, 1998) la azilele psihiatrice din secolul XIX (Goffman, 1977) când s-a născut medicina localizaționistă și până la cabinetele private și tentativele de dezinstituționalizare ale secolului XX, istoria psihiatriei nu reflectă doar o evoluție a științei și concepției despre lume a umanității europene ci și atitudinea față de sine, față de extremele existenței sale, ale omului, în cursul acestor etape istorice. Distanțarea civilizației europene față de „nebuie” prin izolarea acesteia în „câmpurile de concentrare” ale secolului XVII, s-a menținut până la azilele psihiatrice ale secolelor XIX și XX. Tematica psihopatologiei clinice, studiată cu atenție în aceste azile, a stat la baza descrierii și comentării unui număr de sindroame și de boli psihice. La baza acestor entități nosologice a stat de la început descrierea și identificarea lor, interpretările etiopatogenice și intervențiile terapeutice fiind multă vreme minime. Astfel, aspectul descriptiv semiologic a fost primul care s-a impus. Încă și în prezent trăim sub moștenirea acestei psihopatologii descriptive, definiția oficială a tulburării psihice într-un manual ca DSM-IV-TR. făcând referință la prezența unui „sindrom semnificativ clinic”. Odată cu interesul pentru evoluție și etiopatogenie, în secolul XX s-au dezvoltat și doctrine psihopatologice diverse. Doctrinile și modelele psihopatologice ale secolului XX și cele actuale, care au stat și stau în spatele diverselor forme de psihoterapie și intervenție psihosocială, au însă o referință constantă la decupajul psihopatologiei clinice, pe care o interpretează variat, în articulație cu psihologia omului normal. Psihiatria

comunitară ce s-a manifestat la sfârșitul secolului XX, are și ea ca punct de plecare psihiatria tradițională și psihopatologia clinică descriptivă.

..

Întrebarea privitor la „Ce e tulburarea mintală?” poate fi încadrată în setul de întrebări ontologice pe care l-au formulat vechii greci (David, 1977): – *Dacă ceva există? – Dacă este, ce este? – De câte feluri este? – Pentru ce este?* Pentru prima întrebare există un răspuns empiric. Tulburarea mintală este atestată, de om și pentru om, prin manifestarea ei constantă de-a lungul istoriei, prin expresiile lingvistice, prin oamenii bolnavi mintal pretutindeni identificați și îngrijiți, plasați într-un topos determinat în structura societății, prin realitatea instituțiilor ce s-au organizat uneori pentru a se ocupa de ei. La a doua și a treia întrebare răspunsul va fi comentat în lucrarea de față. Cea de-a patra întrebare, care s-a formulat în atmosfera teleologiei aristoteliene, face obiectul etiopatogeniei psihiatrice, care continuă să se dezvolte prin studii empirice și sinteze teoretice.

Revenind la întrebarea „Ce este tulburarea mintală?” ea are implicații ontologice care se desfășoară diferit în funcție de formulare. Astfel, sistemul american DSM-III-IV afirmă explicit că este orientat să identifice „tulburări mintale” și nu, persoane suferinde, bolnavii mintali. Deci, optează pentru formularea: „Acest om are o schizofrenie” și nu pentru formularea „Acest om este schizofren”. Acest tip de opțiune nu e specifică doar psihopatologiei clinice. În mod similar se pot face aserțiuni ontologice privitoare la talent, geniu, prostie. Astfel se pot formula expresii cu variate valențe logice:

• Tulburarea mintală există	Există oameni care sunt: Unii oameni sunt: Acest om este:	} – bolnavi mintali – talentați – geniali – proști
• Talentul există		
• Genialitatea există		
• Prostia există		

De la Aristotel la dezbateră dintre nominaliști și realiști și apoi până în zilele noastre, astfel de formulări și probleme sunt mereu ridicate. Diferența în formularea întrebărilor și aserțiilor logico-ontologice ghidează diferența de abordare a cercetării și preocupării față de problemă. Dacă accentul e pus impersonal pe existența tulburării ca entitate generală prezentă în oameni, așa cum e definită ea în DSM-IV-TR, efortul va fi în primul rând de a defini, depista, studia și înțelege cauzal etiopatogenia acestei „boli”, a acestei entități generale, indiferent de contextul personal, situațional, biografic și istoric cultural determinat. Faptul implică o atitudine științifică obiectivantă, care face eforturi să standardizeze și să cuantifice cât mai mult aspectul problemelor, pentru buna comunicare și pentru garantarea validității și reproductivității cunoștințelor. În cazul nostru privitor la bolile mintale. Dacă accentul e pus pe omul concret și real ce trăiește tulburări psihice, se va manifesta un interes crescut pentru biografie, context, interacțiuni interpersonale, nișa ecologică umană și valorile culturii în care el există. Și la fel, privitor la semnificația stărilor psihopatologice pentru existența umană. Cel de al doilea aspect devine important mai ales când se are în vedere nu doar tulburarea manifestă ci și cea potențială. Adică riscul față de tulburare, vulnerabilitatea, factorii protectivi, aspectele incipiente și subclinice, prognosticul și perspectiva dezvoltamentală a omului suferind.

În ambele eventualități menționate mai apare o problemă. Și anume, dacă există o legătură, și dacă da, în ce constă această relație, între starea de boală psihică și starea de normalitate a omului. Cu atât mai mult cu cât pentru toate manifestările psihopatologice se poate găsi un echivalent în trăiri normale, mai ales în formele sale excesive de manifestare. Sau altfel formulat: în ce măsură tulburarea psihică poate fi derivată din existența normală, din structura acestei existențe? În ce măsură deci poate fi ea înțeleasă ca un minus, ca o desimplicare din aceasta? Sau, dacă ea nu apare cumva ca o alteritate, ca o neoformație în raport cu parametrii normali de funcționare și existență a omului, ca ceva apărut din afară, cu care omul se contaminează. În direcția acestei întrebări unul din răspunsurile tradiționale care va fi susținut și în lucrarea de față este că tulburarea mintală este consubstanțială existenței normale, că se manifestă ca o caricatură a ei în sens deficitar, că ea evidențiază prin desimplicare aspecte bazale ale infrastructurii existenței persoanei conștiente.

Formularea unei probleme și răspunsul la aceasta se realizează totdeauna într-o situație. Într-o situație istorică dată, într-o lume umană definită socio-cultural, care există după liniile de forță ale unei civilizații materiale și a unor cunoștințe, a unor valori. O psihopatologie clinică se poate scrie în prezent, evident, doar cu referință la starea actuală de lucruri, în perspectiva cunoștințelor și problematicei ei actuale. Bineînțeles, neignorând trecutul, istoria, conceptele și cunoștințele ce s-au acumulat, tradiția. Și de asemenea, având în vedere deschiderea spre viitor, cel puțin față de cel cât de cât previzibil.

Centrarea pe prezent nu are în vedere doar formularea în termenii cunoștințelor actuale în domeniu, ci și faptul că omul la care psihopatologia se referă se metamorfozează și el. Și încă destul de rapid în zilele noastre. În raport cu omul de acum 100 ani sau chiar 50 ani, în prezent altul e stilul predominant și normal de manifestare a persoanelor, altele sunt coordonatele vieții sociale, altele expectanțele. De asemenea, înțelegerea de sine a omului s-a modificat. Și se modifică felul în care el înțelege să se raporteze la sine. Atenția acordată subiectivității care a marcat modernitatea Europei e în scădere în raport cu importanța performanțelor pragmatice. Pe de altă parte câștigă teren teoria developmentală și cea a ciclurilor vieții, înțelegerea evoluționistă a omului, abordarea situațională a persoanei, toate semnând un alt sens al identității acesteia decât cel tradițional. Și e posibil ca această metamorfoză istorică a umanului să aducă în prim plan, într-un viitor nu foarte îndepărtat, și alte moduri de manifestare, preocupări și stiluri de viață care, prin excesul, distorsiunea și negativitatea lor să evidențieze prin desimplicare stări psihopatologice care altcândva și altundeva, nu aveau pregnanță și importanță, erau mascate sau de importanță mai redusă. Mulți s-au întrebat unde era schizofrenia înainte de Kraepelin și Bleuler. E posibil ca o parte din caracteristicile acestei tulburări să fi fost altfel descrise. Dar e posibil și ca stilul de manifestare uman în secolul XX să ridice mai mari probleme sintezei psihice individuale, astfel încât deficiența în organizarea coerentă a gândirii, vorbirii și comportamentului asertiv, deci fragmentarea (schizis-ul) psihismului, să devină la un moment dat mai evidente. La fel ca și paranoia, într-o lume socială tot mai concurențială.

Totuși, în spatele metamorfozelor, ceva rămâne constant. Toate mărturiile istorice de milenii, tot ceea ce s-a acumulat în ultimele două secole de observație clinică psihiatrică și psihopatologică, indică o anumită tematică și problematică destul de persistentă și bine circumscrisă a tulburării mintale (Postel, 1983). Care în plus se articulează semnificativ cu trăirile fundamentale ale omului normal, cu modelele sale bazale de funcționare adaptativă și creativă. Anxietatea și frica, depresia și euforia, convingerea fanatică și importanța deliberării, autocontrolul comportamentului și preocuparea pentru ordine, nevoia de comunicare comprehensivă și de încredere în alții dar și senzitivitatea sau suspiciunea – ca să luăm doar câteva exemple – sunt manifestări constante ale existenței oamenilor normali. Și la fel ele stau în mod constant la baza unor stări psihopatologice. După cum psihologia evoluționistă urmărește în prezent descifrarea unor modalități psihice adaptative pe tot parcursul formării omului, sute de mii sau milioane de ani; moduli psihici adaptativi care pot deveni disfuncționali.

Tulburarea mintală poate fi înțeleasă dincolo de aspectele sale conjuncturale de manifestare și lectură, ca un „experiment natural” ce se petrece constant cu omul. Și care dezvăluie, aduce în lumină – în perspectiva deficienței, excesului, suferinței și dezadaptării – infrastructura existenței umane conștiente. Care, în cazul bolii mintale, apare mai clar în evidență decât în cazul genialității. Unde, în prim plan se plasează creația și noutatea suprapersonală a operei.

Astfel psihopatologia, inclusiv în varianta psihopatologiei clinice, are și valoarea unui document ontologic.

1.2. MEDICINA, PSIHIATRIA ȘI PSIHOPATOLOGIA CLINICĂ ÎN PERSPECTIVA METAMORFOZELOR SOCIALE ȘI A LOGICII CERCETĂRII

În tot cursul secolului XX psihiatria a fost considerată și a rămas o parte a medicinei, un membru, ce e drept cam incomod al științei și practicii medicale. E adevărat că celelalte specialități nu au prea simpatizat-o și nici ea nu s-a simțit prea bine așezată alături de toate celelalte „boli ale trupului”, căutând mereu să evadeze. Dar de despărțit nu s-au despărțit. Și în această instituție a medicinei se află și azi, cu toată deschiderea ei spre comunitate și spre problematica sănătății mintale.

E de remarcat că în civilizația Europei psihiatria a intrat oficial în medicină la cumpăna dintre secolele XVIII și XIX, într-o perioadă în care s-a născut și „Clinica medicală”. În analiza pe care Foucault (Foucault, 1998) o face apariției acestei instituții, autorul francez evidențiază specificitatea contextului social și epistemologic de atunci, marcat de atenția acordată ordinii și ordonării vieții sociale, în vederea creșterii posibilității de supraveghere a cetățeanului. Clinica se naște concomitent cu atenția crescută acordată organizării închisorilor, internatelor, cazărilor și muncii controlate din întreprinderi (Foucault, 1997).

Nebunii, care după Revoluția Franceză s-au văzut eliberați din spațiile de claustrare a Spitalelor generale au ajuns să fie, din nou, claustrați sub altă formă, în azilele de neuropsihiatrie, aflate de obicei la marginea orașelor, unde medicii îi supravegheau și-i studiau atent. În perspectivă practică apartenența psihiatriei la medicină era în secolul XIX mai mult formală. Dar lucrurile erau stabilite.

Cumpăna cu secolul XX aduce însă schimbări. Una din acestea a fost preocuparea pentru bolnavii din afara clinicii, din cabinetele de consultație, fapt care a permis să se acorde importanță speculațiilor în ceea ce privește intervenția factorilor psihici în etiopatogenie. Așa s-a născut psihopatologia, odată cu Freud, Janet și Jaspers. Cealaltă schimbare importantă a fost introducerea de către Kraepelin a modelului medical în psihiatrie. Astfel, pe lângă simptomatologie, care a fost descrisă și inventariată cu asiduitate în tot secolul XIX, Kraepelin a propus luarea în considerare a terenului, de exemplu a vârstei și a modelului evolutiv, nefavorabil în schizofrenie, mai favorabil în psihoza maniaco-depresivă. Perspectiva studierii longitudinale a evoluției clinice a permis o mai clară și mai adecvată sistematizare a nosologiei, invitând la aprofundarea studiilor etiopatogenice și a posibilităților terapeutice.

Evoluția psihiatriei și psihopatologiei în secolul XX a depins de mulți factori ce parțial sau la prima vedere i-au fost exteriori. Astfel, doctrinele psihologice privitoare la teoria persoanei, a formării și dezvoltării sale, au fost dezvoltate în mare măsură de psihologi dar nu fără ca aceștia să fie atenți la aspecte psihopatologice. Exemplară este psihanaliza care s-a vrut o antropologie generală, cu bătăie în universul culturii și în sociologie. Ea a rămas, însă, tot timpul și cu un program de interpretare a stărilor psihopatologice și cu unul de psihoterapie analitică. Teoriile învățării s-au dezvoltat în afara psihiatriei dar au ajuns la un moment dat să fie utile în explicațiile unor fapte psihopatologice și în psihoterapie. Fenomenologia a apărut ca o metodă în doctrina filosofică, dar destul de repede și-a găsit o aplicare în interpretarea unor fapte psihopatologice. Neurologia, neurofiziologia, psihoneurologia și în general științele creierului se dovedesc, prin rezultatele lor cumulative, tot mai fructuoase pentru psihopatologie, în contextul orientării cognitiviste contemporane. Și la fel știința comportamentului uman care stă la baza dezvoltării extraordinare în ultimii ani ai psihopatologiei developmentale.

Mari influențe asupra psihiatriei și psihopatologiei le-a avut, în secolul XX, cu precădere în cea de-a doua jumătate a acestuia, doctrinele și manifestările socio-politice. Dezvoltarea și impunerea progresivă a ideologiei democrațiilor occidentale a condus la programele de dezinstituționalizare, la grija pentru evitarea abuzurilor psihiatrice, la efortul pentru respectarea drepturilor și demnității persoanei în cazul suferinței psihice, la progresul psihiatriei comunitare. Și în plus, la dezbateră liberă, critică și argumentată, concurențială, a asertărilor științifice în acest domeniu*.

Fiind ancorate în medicină, psihiatria și psihopatologia clinică au beneficiat desigur și de progresele continue ale acesteia. Apariția medicației psihotrope la mijlocul secolului XX a revoluționat terapia psihiatrică. Psihoterapiile care se bazează pe doctrine psihopatologice, au preluat și ele modelul medical, devenind tot mai tehnice și mai atente la evaluarea rezultatelor, prin dovezi, la fel ca în orice terapie.

Psihiatria a fost și ea antrenată în programe de cercetare după același model ca întreaga medicină; adică cu efortul de a se baza pe evidențe (Freeman, 2006; Magnuson, 1994). Aceasta a necesitat o cât mai riguroasă circumscriere a tulburărilor mintale astfel încât aceeași stare psihopatologică să poată fi studiată de mai mulți cercetători iar rezultatele să fie comparabile. De ajutor a fost, la fel ca pentru întreaga medicină și pentru multe direcții ale cercetării științifice, progresele făcute în alte domenii ce susțin logica cercetării științifice. Un moment de răscruce pentru psihiatria și psihopatologia clinică a fost publicarea în 1980 a DSM-III. Acesta a marcat atitudinea neopozitivistă de a studia cât mai riguros tulburările mintale. S-au introdus definițiile operaționale care inițial au fost utilizate în cercetarea din chimie. Ele au fost preluate, la sugestia lui Hempel, pentru circumscriere în vederea cercetării unor entități nosologice psihiatrice, de către școala din Saint Louis. Ulterior ele au fost extinse la întreg sistemul nosologico-nosografic al psihiatriei.

* A se vedea Anexa 5.

Logica și știința comunicării a sprijinit apoi psihopatologia clinică prin dezvoltarea interviurilor structurate și semistructurate, fapt care a crescut acordul dintre cercetători. Scalele de evaluare psihopatologice au completat acest instrumentar metodologic de cercetare.

Bazându-se pe instrumente standardizate și cuantificate, pe criterii clar definite de identificare și evaluare, psihopatologia clinică actuală are un plus de științificitate în raport cu situația din urmă cu 50 de ani. Pe de altă parte se menține și chiar se accentuează caracterul de „construct teoretic” al cunoașterii psihiatrice și psihopatologice, în mod similar cu cel din alte domenii ale științelor. În prezent, dacă ne referim la cunoștințele actuale privitoare la depresie, schizofrenie, tulburarea de personalitate borderline etc., trebuie precizat ce criterii de diagnostic au fost utilizate pentru includerea și excluderea cazurilor din loturile studiate. De exemplu, ce definiție s-a acceptat pentru schizofrenie, ce criterii au fost avute în vedere în selecționarea cazurilor studiate, ce subtipuri sau forme clinice au predominat în lotul invocat, dacă în afară de actualul episod schizofren toate episoadele anterioare au fost de același tip sau a fost mai mult sau mai puțin diferite. Studiarea unor loturi foarte omogene e importantă dar acestea reprezintă un mic procent din cauzistica reală. În continuare, atunci când se efectuează un studiu științific se cere precizat cu ce interviuri structurate sau semistructurate au fost ridicate datele și cu ce metode matematice au fost prelucrate. Rezultatele studiilor care au folosit criterii mai largi pot diferi de cele care au folosit criterii mai restrictive, sau de cele obținute cu alt interviu, chiar dacă e vorba de același lot. Prin decupajul lor riguros, cercetările științifice pun între paranteze multe aspecte ale existenței reale a persoanei. În plus, pentru a se urmări evoluția cazurilor, să spunem de depresie, schizofrenie, tulburare de personalitate borderline, ele trebuie și reevaluate după un timp. Dar în lumea actuală a științei psihopatologice, la un interval de 10 ani, criteriile de diagnostic se pot schimba iar interviurile structurate cele mai performante pot fi altele.

Problemele pe care le ridică cercetarea în psihopatologie țin nu doar de instrumentele prin care se identifică și se evaluează un caz ci și de semnificația sa pentru câmpul teoretic. Știința din secolul XX a lămurit progresiv că nu există caz și fapt empiric de cercetat fără ca el să fie corelativ unui câmp teoretic și problemelor pe care le ridică acestea. Uneori în psihopatologie, câmpul teoretic de referință nu e clar și explicit ci doar presupus și implicat. Invocarea geneticii și implicării creierului sau a funcțiilor cognitive ori a evenimentelor de viață e insuficientă dacă ea nu e referită la modele teoretice comprehensibile. Acesta e un domeniu amplu deschis cercetării psihopatologice care în prezent poate beneficia de multe oferte interdisciplinare, fără a părăsi teritoriul specific antropologiei.

Tulburarea psihică, stările psihopatologice care sunt studiate riguros cantitativ prin instrumente standardizate, ne dau o imagine veridică asupra psihopatologiei umane dar nu una completă. Ele exclud multe cazuri care nu se conformează criteriilor – de obicei cazurile mai complexe – și presupun o lectură univocă, fără nuanțe. În plus, toată această metodologie a fost elaborată și exersată pe un anumit tip de om, omul actual în varianta sa european-americană, care are caracteristicile sale specifice de comportament, stil de viață, mentalitate etc., rezultatele fiind doar extrapolate la restul umanității. Intervin în plus probleme de limbaj, probleme conceptuale, probleme legate de valori, toate acestea nefiind lucruri banale și de la sine înțelese. Psihopatologia clinică actuală se cere înțeleasă ca parte componentă a practicii medico-psihiatrice și psihoterapeutice din prezent, cu toată actualitatea istorică a acesteia și cu toate interconexiunile cu universul practico-teoretic al umanității actuale. Și totuși, ea aspiră spre adevăruri ce transgresează filtrul contemporan de lectură. O strădanie în acest sens o reprezintă corelațiile cu funcționarea creierului. În același sens de căutare a unei veridicități mai generale se desfășoară și eforturile psihopatologiei evoluționiste, developmentale cognitiviste și fenomenologice.

Acestea fiind spuse se poate afirma că psihopatologia clinică se înscrie într-o tradiție, exprimă un adevăr și în același timp rămâne un domeniu deschis cercetării și unei continue reelaborări, în prezent și în viitor.

1.3. STRUCTURA PRACTICO-TEORETICĂ A MEDICINEI PSIHIATRICE. CAZUL PSIHOPATOLOGIC

Psihopatologia clinică are ca referențial de bază practica psihiatrică în sensul ei lărgit de grijă pentru omul suferind și deviant psihic. Aceasta se desfășoară într-un cadru instituțional, după o anumite reguli și invocând un câmp teoretic. O tulburare psihică prezentă la un om este abordată practic, receptată, înregistrată, descifrată, diagnosticată în vederea unui proiect terapeutic de către profesioniști încadrați într-un sistem instituționalizat. Dimensiunea teoretică este și ea inevitabilă la acest nivel, la fel ca în orice practică

umană. Ea se realizează prin limbaj, prin concepte, noțiuni, teorii, definiții, sistematizări, algoritme de diagnostic și terapie. În câmpul teoretic al medicinei, entitățile numite boli sau tulburări psihice au o realitate distinctă, exprimând cunoașterea și concepția specialiștilor din socio-cultura respectivă față de patologie. În această instanță a medierii prin logos, elementul central pe care se bazează comentariul psihopatologic clinic, îl reprezintă „cazul psihopatologic”.

Faptul că există undeva un om care suferă din punct de vedere psihic și din această cauză îi face pe alții să sufere, perturbă viața socială și e neproductiv, este un fapt al ontologiei sociale. Cei din jur, societatea, pot reacționa spontan la acest fapt, uneori în sens adversiv, prin etichetare, rejecție, marginalizare, claustrare. Faptul că același caz este preluat de specialist, diagnosticat, evidențiat în rapoartele medicale, este un alt aspect, secundar primului care-i stă la bază, și distinct de el, reprezentând o altă realitate socio-culturală. Specialistul face apel la cunoștințele sale teoretice, la ceea ce a învățat, ceea ce e prezentat în manuale și tratate, la cunoașterea pe care o ameliorează constant cercetarea științifică. Suferinzii care nu sunt depistați de niciun serviciu de diagnostic și terapie psihiatrică, pur și simplu nu există pentru statistica psihiatrică și pentru practica medicală instituționalizată. Nu se poate ști cu precizie câți bolnavi de schizofrenie sunt efectiv la un moment dat într-o zonă în care de exemplu la 1 000 000 locuitori există un singur specialist; se poate doar bănuși printr-o extrapolare din cercetările ce au avut loc în alte părți. Desigur, bolnavul nedepistat de instituțiile medico-psihiatrice funcționale – așa cum le concepem noi azi – își poate reveni singur sau cu ajutorul unui prieten, a unui preot, a unui vindecător popular. Instituțiile psihiatrice ce funcționează după modelul occidental au însă o clară structură practico-teoretică.

Se pot distinge deci următoarele aspecte:

- existența-nemijlocită a unui om ce prezintă tulburări psihice;
- reacția spontană, „naturală” a celor din jur în conformitate cu o „psihologie populară” și o atitudine socială spontană;
- identificarea, interpretarea, evaluarea, etichetarea și programul terapeutic al celor din instituțiile medico-psihiatrice în raport cu respectivul suferind;
- conceperea tulburării psihice în știința psihiatrică a unei vremi, ca referențial pentru comportamentul practic al specialiștilor în boli mintale ce activează în diverse instanțe instituționale. La acest nivel sunt descrise și interpretate tulburări mintale, cuprinse într-un sistem nosologic-nosografic.

Psihiatria face parte din medicină, iar medicina este o practică umană, la fel ca învățământul și justiția. O întreagă dezbatere, inițiată de R. Munson (Munson, 1981) și continuată de Sadler (Sadler, 2005) s-a desfășurat în ultimul timp în jurul temei: „*De ce medicina nu poate fi o știință în sens strict?*”. Ea nu poate fi redusă la o disciplină științifică mai bazală, ca de exemplu, biologia sau fizica, deși se folosește din plin de rezultatele acestora. Psihiatria nu este reductibilă nici la științe ca psihologia și sociologia. Și nu e doar o știință aplicată. Faptul de a fi în primul rând și în mod esențial o practică, caracterizează medicina și psihiatria la fel ca educația și justiția. Psihopatologia ca știință derivă din această practică și gravitează în jurul ei. Din structura practicii medico-psihiatrice fac parte instituții, precum spitalele și serviciile ambulatorii de asistență de toate tipurile, personalul care activează în acestea, școlile care formează acest personal și instituțiile care asigură învățământul continuu și promovarea. La fel, din această structură practico-teoretică fac parte cunoștințele teoretice ale specialiștilor pe care ei le-au asimilat în cursul formării lor și care sunt concretizate în știința medicală a vremii, în sistemul bolilor care sunt acceptate în socio-cultura respectivă și la care ei se referă în gândire și acțiune. Aceste cunoștințe despre boli, care funcționează într-o comunitate de specialiști, presupun o elaborare teoretică, formularea cunoștințelor într-un limbaj tehnic, propun o clasificare, denumiri, tehnici de diagnostic, recomandă scheme de terapie bazate pe fapte dovedite științific. Toate acestea se găsesc sintetizate în tratatele și manualele de psihiatrie ale secolului XX, în revistele științifice, în cursurile predate. Iar sistematizarea relativ oficială a entităților nosologice a început să fie făcută publică periodic în a doua jumătate a secolului XX, sub forma sistemelor DSM și ICD. Dar, nu trebuie nicidecum uitat că bolile sau tulburările pe care le are în vedere știința psihiatrică sunt, cel puțin în parte, un construct teoretic. Fapt care l-a subliniat de mult Jaspers (Jaspers, 1997) și Glatzel (Glatzel, 1978) și care e în prezent mereu reamintit. Când se vorbește de o tulburare psihică cum ar fi schizofrenia sau tulburarea obsesiv-compulsivă, nu se are în vedere doar realitatea acestei entități prezentă în oamenii pe care-i consultă specialistul; ci și constructul teoretic sintetic ce e realizat la un moment dat, pe baza cunoștințelor reunite. Și care e invocat ca o grilă de lectură, de identificare a unui caz dat, ce este avut în vedere de practician.

Între realitatea nemijlocită a omului cu tulburări psihice care intră în contact cu reprezentanții abilitați ai practicii psihiatrice, pe de o parte – și cunoștințele teoretice ale unei vremi, sintetizate în tratate, manuale, monografii, ghiduri practice, reviste și comunicări științifice, sisteme generale de definiții și clasificare, pe de altă parte – se plasează o instanță intermediară, de legătură, și anume „cazul psihiatric”. Problema cazului se pune în psihopatologie, în psihiatrie, la fel ca în întreaga medicină. Mai mult, ca în întregul domeniu al practicilor. Și totuși, ea apare și într-un fel special. Oricum, abordarea psihopatologică nu e posibilă fără comentarea și înțelegerea sa.

Cunoștințele teoretice sunt activate atunci când practicianul se raportează la persoane reale și concrete cu care vine în contact în practica sa. Și care, cu această ocazie, devin „cazul” pe care el îl diagnostichează și îl tratează. Desigur psihiatrul, psihopatologul are în vedere și oamenii suferinzi pe care i-a mai tratat și pe care și-i amintește ca și „cazuri” din trecut, mai mult sau mai puțin rezolvate cu bine. În raport cu tipul de suferință, de patologie care se prefigurează la pacientul actual, unele cazuri de care terapeutul își amintește pot fi similare, iar altele chiar cazuri tipice pentru suferința respectivă. În cazul în care specialistul îndeplinește și o funcție didactică, el se gândește să selecționeze, din trecut sau din actualitatea practicii sale, cazuri cât mai caracteristice suferinței respective, „cazuri școală”, „cazuri didactice”. Pentru a prezenta o expunere despre suferința respectivă, el va reuni mai multe cazuri pe care le cunoaște și va întocmi un „portret robot” sau un „caz robot” care să fie cât mai pregnant, cât mai instructiv. În cele din urmă, se poate susține că, dincolo de definire, descrierea unei tulburări într-un manual reprezintă un fel de sinteză cazuistică abstractă ce funcționează ca un ghid pentru cei ce citesc și vor să se instruiască. De fapt, în manuale chiar sunt prezente deseori „cazuri exemplificatoare”. Descrierea, nu doar detaliată, ci și semnificativă de cazuri, este importantă și pentru cercetare. Colectarea instructivă de cazuri este una din metodele importante în progresul cunoașterii în domeniul medicinei, al psihiatriei, al psihoterapiei. Aceasta, cu atât mai mult cu cât pot apărea și cazuri atipice, „cazuri problematice”, care pun sub semnul întrebării o teorie, o doctrină, o definiție. Fapt care e valabil pentru toate științele în care se cere o experiență practică. Rezultatele care nu se mai integrează în parametrii unei teorii cunoscute, cer ca ea să fie regândită. În medicină, cazuistica a jucat totdeauna un rol deosebit în progresul cunoașterii, fapt valabil mai cu seamă în psihiatrie. Freud și Janet și-au construit teoriile, modelele psihopatologice pornind de la prezentări, descrieri și interpretări de cazuri. Jaspers a adus în discuție „cazul tipic ideal” care luminează esența unui domeniu de patologie, prezentându-se intuiției celui ce-l poate recepta.

De fapt cazuistica a jucat și joacă un rol deosebit în toate practicile umane similare medicinei în domeniul teoretic care le susține. Faptul e evident în drept, unde jurisprudența are valoare de precedent. Dar și în educație, politică, război. Cazurile celebre sunt studiate și îndrumă pe cei ce se angajează în practicile respective.

Importanța cazului și cazuisticii a fost subliniată pentru psihopatologie de la nașterea acesteia, prin Jaspers. Cazul tipic ideal, joacă un rol esențial în științele umane, ca luminător al problemelor, a sintetizărilor, ca exemplu didactic, ca deschizător de drum. Ultimele decenii care, după revoluția efectuată de DSM-III au stipulat circumscrierea cazului psihopatologic prin criterii de diagnostic și liste de simptome, nu a anulat interesul pentru cazul tipic ideal, susținut mai ales de mișcarea fenomenologico-existențialistă (Kraus, Wiggins).

Revenind la cazul unui suferind psihic ce se internează într-un spital, putem menționa că lui i se întocmește un dosar, o foaie de observație standardizată sau redactată în termeni curenți. În dosar se adună evaluările psihologului, asistentului social, ale ergoterapeutului, informațiile obținute de la relativi, documente juridice. În el se notează date biografice, simptomatologia actuală, concluzii diagnostice, proiectul terapeutic, administrarea terapiei, evoluția, concluzii formulate în epicriză. Acest document rămâne în arhiva spitalului, date despre el apar în raportările statistice. În măsura în care e vorba despre un caz relevant, el poate fi inclus în cercetări științifice sau utilizat didactic, uneori la multă vreme după ce pacientul a părăsit spitalul, sau a decedat, deci în absența fizic-existențială a persoanei în cauză (Harré, 2007). Alteori documentul respectiv e invocat în expertize sau în instanțe juridice. În dosarul său de spital pot fi depuse teste proiective, scale de evaluare, probe grafologice, fotografii, înregistrări audio-vizuale. Astfel, existența real-concretă a subiectului cu toată fenomenologia trăirilor sale subiective, este transpusă într-un plan secund și suprapersonal, ce continuă să ființeze și să fie utilizat în calitate de „caz” și după ce pacientul a plecat sau a decedat. Această existență secundă, specifică cazului, se plasează acum în instanța logosului. Existența personală, unică și irepetabilă a subiectului suferind, se transpune astfel treptat, în măsura în care el e identificat ca și caz

psihiatric și înregistrat ca atare, în substanța mai puțin perisabilă a logosului supraindividual. Această situație o vom numi „efectul Don Quijote”.

Cazul, cazul psihopatologic acum, poate fi considerat o instanță de articulație între nemijlocirea existenței unui om cu probleme psihopatologice pe de o parte, și un capitol de nosologie sau o categorie diagnostică a unui sistem nosologico-nosografic al psihiatriei pe de altă parte. Categoriile nosologice sunt comentate de obicei ca având subtipuri. Din cealaltă perspectivă, cazul individual poate fi tipic, iar cazuistica cumulată se poate agrega în direcția unui caz tipic ideal sau a unui caz școală, astfel încât distanța între abstracția descrierilor teoretice și existența nemijlocită a persoanei suferinde, poate fi umplută de pulsațiile cazului.

Psihopatologia clinică, preocupându-se și de cazurile suferinzilor psihici, se mișcă în permanență între raportarea nemijlocită și vie față de aproapele nostru suferind și cazul psihopatologic ce se încheagă în materialul logosului, urcând spre instanța teoreticului. Iar acolo, în planul teoriei, plutesc entitățile abstracte ale bolilor, care, în calitatea lor de construct teoretic ce rezumă cunoștințele unei socio-culturi, reprezintă referențialul de zi cu zi al practicii specialiștilor.

Referința la cazul psihopatologic face ca noțiunea și realitatea persoanei umane să persiste în inima debaterilor psihopatologice.

1.4. CAZUL DOMNULUI L

Să luăm în considerare cazul unui bărbat, domnul L, de 50 de ani, care trăiește o întâmplare nefericită. După câteva luni de suferință soția îi moare de cancer. Nu are copii, are puține rude și a fost toată viața o fire ordonată și conștiincioasă. A suferit de colită spastică și în ultimii ani, de hipertensiune. În aceeași perioadă este disponibilizat de la serviciu, întreprinderea închizându-se. După funerarii devine retras, nu se alimentează și slăbește mult, se trezește la orele 3 dimineața, nu mai vorbește aproape cu nimeni, nu iese din casă, se consideră vinovat și incapabil să mai facă ceva, se autonegligează și are gânduri de suicid. După un timp, să spunem o lună, două, cunoștințele, îngrijorate, după ce eșuează în eforturile de a-l mobiliza, îl conving să consulte un medic. I se prescriu antidepressive și un somnifer. Vecinii, foștii colegi, și prietenii vin pe la el, îl încurajează și îl sprijină în gospodărie. Treptat, starea sa se ameliorează, și după o perioadă de timp, revine la nivelul de funcționare anterior. Se îngrijește de sine, de gospodărie și chiar caută un nou loc de muncă.

În cazul de mai sus, e vorba evident de o reacție depresivă de doliu, comprehensibilă, dar accentuată. Astfel de situații au fost aduse în discuție de Jaspers în a sa „Psihopatologie Generală” la începutul secolului XX, considerând că deși ele sunt normale și de înțeles putându-se petrece la orice om, uneori pot fi exagerate ca intensitate, durată și formă de manifestare, astfel încât rețin atenția psihopatologilor și au nevoie de sprijin terapeutic.

Nu oriunde și oricând astfel de situații ajung în circuitul medico-psihiatric. De-a lungul mileniilor ele au făcut parte din viața obișnuită a oamenilor, cei suferinzi fiind sprijiniți doar de grija și bunul simț al celor din jur; și eventual de biserică. Și în secolul al XIX-lea, în Europa și America se întâmpla la fel, neuro-psihiatria ocupându-se de cazurile grave ce ajungeau la spital, la azil. Treptat, suferința depresivă chiar cea de intensitate medie și comprehensibilă, a început să preocupe pe psihopatologi. A evalua intensitatea unei depresii e posibil, dar uneori dificil. Există depresii mascate prin suferința somatică și alcoolism. Unele persoane își controlează manifestările depresive, le țin în frâu sau nu le exprimă față de alții, chiar dacă se pregătesc de sinucidere. Depresia e mai puțin tolerată într-o societate care pretinde tuturor să fie integrați și productivi decât în una în care indivizii trăiesc izolat, iar rezultatele activității sunt evaluate la mari intervale temporale. Toleranța oamenilor la suferință se modifică și ea în timp. Într-o societate în care mentalitatea dominantă este că suferința e ceva tratabil, în care există o puternică preocupare pentru medicația antidepressivă, se ajunge mai ușor la psihiatru decât într-una în care depresia e mai puțin mediatizată și e cultivată atitudinea stoică de a-ți suporta suferința.

În cazul comentat mai sus avem o cauză evidentă. Decesul, pierderea vieții unei persoane apropiate. Acest eveniment de viață nu apare însă brusc și imprezvizibil. Subiectul știe ce va urma și trăiește o perioadă de timp făcând eforturi de îngrijire, care și ele sunt consumptive. Se adaugă a doua pierdere, a locului de muncă care și ea era parțial previzibilă.

Bărbatul nu mai e la prima tinerețe, iar firea sa metodică și conștiincioasă îl predispune să se adapteze mai greu la schimbări. Suferințele somatice deși nu sunt majore, pot fi totuși menționate. Lipsa copiilor și a mai multor prieteni reduc rețeaua de suport social. Deci pot fi avuți în vedere mai mulți factori, nu doar cel principal, ci și factori secundari, favorizanți. La o analiză mai detaliată, se pot descoperi vulnerabilități în perspectiva genetică și biografică. Etiopatogenia unui episod psihopatologic, de exemplu depresiv, cere o analiză complexă chiar dacă la prima vedere ea pare simplă.

Episodul depresiv pe care-l trăiește domnul L are o anumită simptomatologie, intensitate și durată. Desigur, există și resurse pozitive, atât în persoana sa cât și în ajutorul pe care i-l dau unele persoane apropiate, membri ai rețelei sale de suport social. Apoi, se administrează și o medicație simptomatică pentru somn și antidepresivă. Și astfel, după un timp, episodul trece fără a lăsa urme.

După trei ani, când domnul L și-a găsit un nou loc de muncă și duce o viață ordonată și echilibrată, iarna, după un efort puțin mai intens la locul de muncă și unele griji gospodărești legate de reparația unor defecțiuni, apare o stare de oboseală fizică și psihică cu scăderea concentrării atenției, a memoriei și randamentului în muncă. Se reactivează colita, nu se alimentează, slăbește progresiv. Somnul se perturbă, apărând o insomnie de trezire. Domnul L fiind o fire conștiincioasă, face eforturi de a nu-și reduce randamentul la serviciu lucrând ore suplimentare. Dar starea generală se perturbă, nu se mai poate concentra, memoria nu funcționează bine, gândirea e lentă. Se simte vinovat pentru scăderea performanțelor, se autodepreciază, nu mai are încredere în el, se mobilizează greu. Dimineața se scoală și merge greu la servici. Are senzații corporale neplăcute în tot trupul. Dispoziția e tristă, nimic nu-l bucură, vorbește puțin, evită lumea, stă mult timp singur. Treptat, devine tot mai deprimat, descurajat, nu mai are nicio încredere în el, nicio speranță în viitor, se gândește la sinucidere.

Domnul L a ajuns din nou într-o stare depresivă. Colegii și cunoștințele îl conving să consulte un psihiatru. I se propune o internare într-un serviciu de psihiatrie unde e îngrijit cu diagnosticul depresie majoră și tratat cu antidepresive. După 3 săptămâni părăsește spitalul și își continuă tratamentul acasă unde e vizitat de vecini și de un coleg. Treptat, episodul depresiv se remite. Dar continuă tratamentul mai multe luni randamentul în muncă revenind destul de încet.

Cel de-al doilea episod depresiv al domnului L nu mai este așa de clar determinat de evenimente de viață ca primul. Practic, nimic semnificativ în viață nu mai intervine acum. Mare parte din episoadele depresive ce apar la oameni nu au o cauză destul de evidentă. Dar domnul L este un om vulnerabil. Nu doar că a mai avut un episod depresiv în antecedente, ce s-a remis, dar la o anamneză mai detaliată rezultă că a avut un unchi din partea mamei care s-a sinucis, un văr alcoolic, iar mama sa a fost o fire retrasă, melancolică și cu permanente preocupări hipocondriace. De-a lungul vremii și domnul L a avut repetate perioade de câteva luni de indispoziție și astenie care nu-l împiedicau totuși să lucreze. Ele însoțeau episoadele de reactivare a colitei. Episoade psihopatologice care apar fără o cauză actuală evidentă au fost etichetate multă vreme ca având un determinism necunoscut, „endogen”. În prezent, ele invită la o studiere detaliată a „terenului”, a vulnerabilității acestuia. Iar vulnerabilitatea unei persoane se poate accentua după fiecare episod, chiar dacă acesta nu lasă în urmă un defect psihic.

Să revenim la domnul L și să-l revedem peste 5 ani. Acum e pensionar de vârstă. La un moment dat apar treptat o serie de fenomene psihomotorii. Se mișcă mai greu și mai lent, devine mai rigid, începe să umble cu pași mici, fața devine imobilă, prezintă un tremor al extremităților. În cele din urmă medicul diagnostichează o boală Parkinson. Și iarăși domnul L devine trist, cu insomnie de trezire cu inapetență și scădere în greutate, se simte vinovat, fără valoare, nu mai are nicio speranță în viitor și se gândește insistent la sinucidere. Apariția depresiei în timpul bolii Parkinson poate să nu fie precedată de nici un episod depresiv anterior. Tulburările de neurotransmisie ce apar în această boală sunt suficiente pentru ca în prezența unei vulnerabilități minime episodul să se instaleze. Iar la domnul L se accentuează progresiv.

Tulburarea depresivă e în prezent cea mai frecventă tulburare psihopatologică. Ea poate apare în combinație cu alte tulburări, cu alte sindroame psihopatologice: anxioase sau obsesiv-compulsive, maniacale sau delirante, chiar și împreună cu un episod schizofren. Cine este omul la care apare un episod mai mult sau mai puțin caracteristic de depresie? Ce tulburare psihopatologică se instalează la acest om de-a lungul timpului? Ce legătură ar putea exista între această tulburare și firea lui, structura lui caracterială? Cum putem evalua și diagnostica cel mai sigur tulburarea? Cum o putem înțelege și trata? Care e calitatea vieții acestui om? Iată doar câteva din problemele la care încearcă să răspundă psihopatologia clinică, această axă a clinicii psihiatrice și a științei psihopatologice.

1.5. TEME DE BAZĂ ALE PSIROPATOLOGIEI CLINICE DERIVATE DIN MODELUL MEDICAL

Modelul medical e centrat pe ideea de boală sau în cazul de față, cel de tulburare mintală. La acest nivel nu este avut în vedere „nebulul” considerat global, ca o variantă de om. Culturile tradiționale au cunoscut această realitate prin oameni suferinzi de tulburări psihice cronicizate; așa era de exemplu „nebulul satului”. De asemenea, în perioada azilelor din secolele XIX și XX, cazurile cronice, internate pe viață, corespundeau acestei entități. În prezent, în cadrul psihopatologiei clinice abordarea se cere a fi nuanțată, cu distincția între episodul maladiv, terenul vulnerabil și tulburare, ultima înțeleasă în perspectivă diacronă.

EPISODUL PSIROPATOLOGIC ȘI DEFECTUL POSTEPISODIC

Elementul central sau de pornire în comentarea tulburării mintale poate fi considerat episodul psihopatologic (ep.pt.). La fel ca în restul medicinei acesta are o caracteristică semiologică, una a etiopatogeniei, un mod de instalare, o intensitate și o durată, o respondență terapeutică și un mod de remisiune (fig. 1).

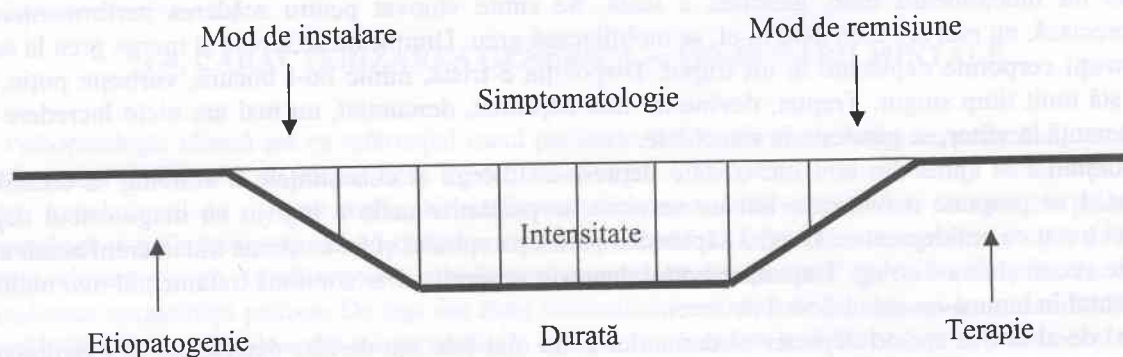


Figura 1. Episodul psihopatologic.

Un ep.pt. poate fi centrat în jurul unui sindrom psihopatologic standard, a unei simptomatologii depresive, maniacale, anxioase, delirante, confuzive etc. Dar simptomatologia poate face parte din mai multe sindroame bazale. La fel ca în restul medicinei un episod maladiv poate avea diverse intensități: ușoară, medie, gravă. Oricum se cere diferențiat între devianța ușoară, care ar putea fi în limita normalității și o devianță importantă care poate fi etichetată „clinic semnificativă”.

Un ep.pt. se poate instala relativ brusc, în decursul a câtorva zile sau săptămâni. Dar el se poate instala și lent progresiv, cu o trecere treptată de la formele normale ale trăirii la cele accentuate și invalidante, psihopatologice. De exemplu în depresie, anxietate dar uneori și în schizofrenie, evoluția lentă preclinică poate dura luni sau chiar ani de zile (fig. 2).

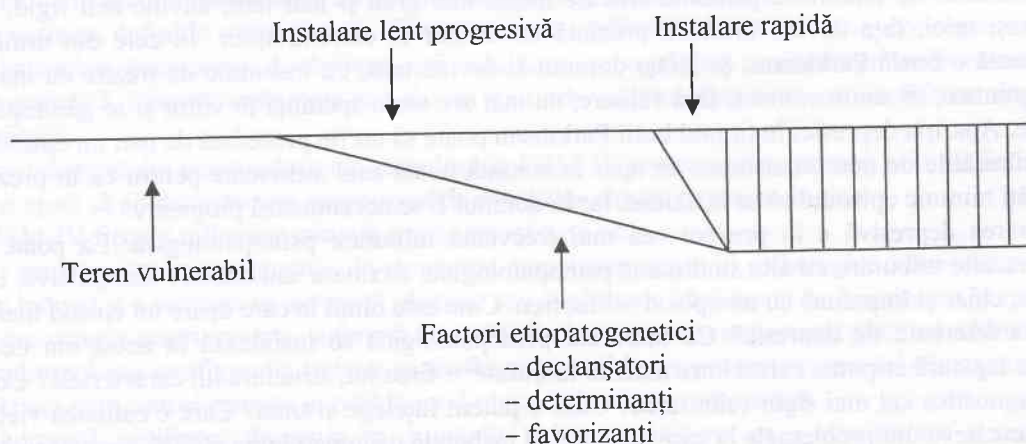


Figura 2. Instalarea episodului psihopatologic.

În cazurile cu instalare lentă, datorită tranziției progresive de la normalitate la episod – de exemplu, în cazul unei depresii – atât pacientul cât și familia nu se sesizează de la început. Sau, se ajunge la consulturi medicale generale pentru astenie, scădere în greutate, insomnie, acuze cardiace etc.

Un ep.pt. se poate desfășura ca o tulburare continuă ce are un început, o durată și o remisiune. De exemplu un episod de depresie, manie, anxietate generalizată, schizofrenie. În cursul evoluției sale simptomatologia poate să nu aibe tot timpul și în toate împrejurările aceeași intensitate și aceeași formă de manifestare. Sunt și ep.pt. în care, pe durata manifestării acestuia, stările psihopatologice se manifestă intermitent. În tulburarea obsesivă și/sau compulsivă manifestarea obsesiv-compulsivă propriu-zisă e scurtă, paroxistică, dar se repetă recurent de multe ori pe zi. Tulburările fobice se pot manifesta intermitent prin atacuri de panică și conduite de evitare corelate unor situații cunoscute. Unele comportamente impulsive pot fi serios influențate și ele de împrejurări (fig. 3).

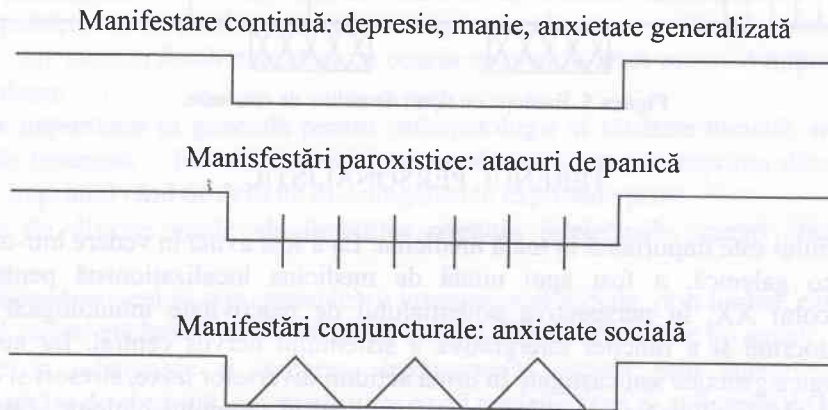


Figura 3. Modul de desfășurare a episodului.

Un ep.pt. se poate remite complet sau poate lăsa după el o vulnerabilitate crescută. În alte cazuri după ep.pt. poate rămâne cu defect clinic sau social. Acesta poate fi specific, corelat cu simptomatologia episodului respectiv și se poate accentua progresiv dacă acesta se repetă. Sunt cazuri în care un ep.pt. odată instalat, nu se mai remite și trece de la început într-o fază de cronicitate, cum se petrece în unele cazuri de schizofrenie. În alte cazuri, prin definiție, o manifestare psihopatologică odată instalată nu se mai remite și prezintă o tendință lent evolutivă spre agravare continuă ca în „procesul organic” din demența Alzheimer (fig. 4).

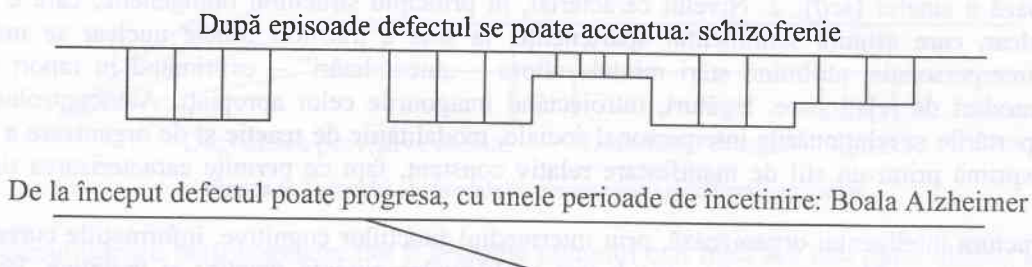


Figura 4. Evoluția cu defect a episoadelor.

Se poate considera că tulburarea mintală constă în esență din apariția la o persoană, de-a lungul timpului, a unui sau mai multor ep.pt. din aceeași clasă. Recăderile pot să fie cu ep.pt. identice sau cu „forme clinice” puțin diferite, eventual cu subtipuri. Un prim ep.pt. de schizofrenie predominant catatonă poate fi urmat de altul predominant dezorganizant sau paranoid. Un prim ep.pt. de agitație maniacială poate fi urmat de altul de manie delirantă, cu tematică congruentă sau incongruentă.

Unele ep.pt. cu tablou clinic diferit sunt considerat ca făcând parte din aceeași clasă. De exemplu ep.pt. depresiv și maniacial, care dacă se succed configurează o tulburare bipolară. Altele, deși diferite, sunt considerat ca apropiate clinic, ca de exemplu anxietatea generalizată, atacul de panică și agorafobia. Sunt și tipuri de ep.pt. care se întâlnesc frecvent împreună, așa cum e depresia și anxietatea generalizată, astfel încât

se ridică cel puțin pentru unele cazuri problema dacă coexistența lor reprezintă sau nu o comorbiditate. Sunt însă și tipuri de ep.pt. care au fost tradițional considerate ca făcând parte din clase – sau boli – diferite, așa cum e schizofrenia, TOC, ep.pt. maniacale. Apariția concomitentă sau succesivă la un pacient a unor astfel de ep.pt. ridică problema comorbidității (fig. 5).

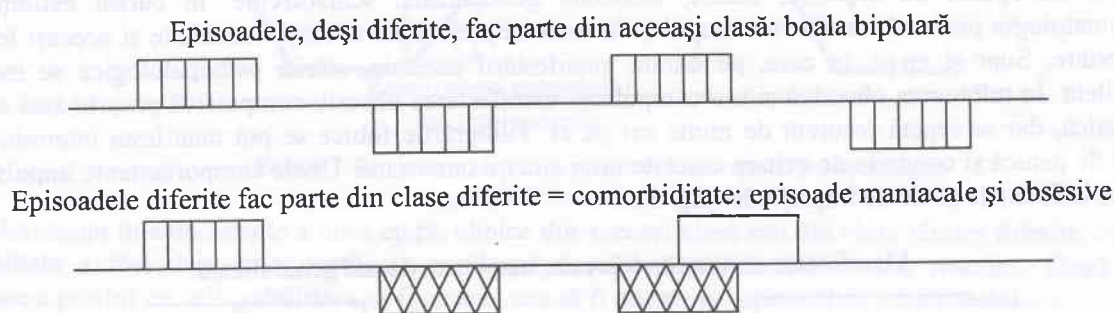


Figura 5. Evoluție cu tipuri deosebite de episoade.

TERENUL PERSONALISTIC

Problema terenului este importantă în toată medicina. Ea a fost avută în vedere într-un mod deosebit de medicina hipocratico galenică, a fost apoi uitată de medicina localizaționistă pentru a fi progresiv redescoperită în secolul XX, în perspectiva potențialului de reactivitate imunologică și anafilactică, a particularităților endocrine și a funcției integrative a sistemului nervos central. Iar apoi, în perspectiva vulnerabilității biologice genetice sau câștigate în urma acțiunii diverselor noxe, stresori și epuizări.

Pentru psihopatologia clinică se menține sensul medical al terenului biologic. Dar se cere avută în vedere o perspectivă mult mai largă. Adică noțiunea de „teren personalistic” care conține mai multe nivele și perspective ale psihismului ce sunt constante sau se modifică lent în cursul vieții. Se pot menționa: corporalitatea, structura temperamental-caracterială, inteligența, cunoștințele și concepția despre viață, modalitățile manifestărilor activ creative etc. Ceva mai detaliat, în terenul personalistic, sunt incluse:

- Nivelul biologic care include: încărcătura de predispoziții genetice; sexul; vârsta; particularitățile și defectele morfofuncționale ale organismului; patologia somatică a persoanei.
- Structura temperamental caracterială. Aceasta e compusă din: 1. Nivelul temperamental, în principiu înăscut, care se afirmă prin dispoziția afectivă de fond, reactivitatea psihică dominantă, energia psihică, ritmul comportamental, sociabilitatea, toate centrate de propriul corp. Corp care este în același timp sediu și reper de bază a sinelui (*self*); 2. Nivelul caracterial, în principiu structurat ontogenetic, care e centrat de sinele nuclear, care asigură sentimentul apartenenței la sine a trăirilor. Sinele nuclear se manifestă în relații interpersonale, atribuind stări mentale altora – „mentalizări” – exprimând în raport cu aceștia atitudini, moduri de relaționare, legături, introjectând imagourile celor apropiați. Autocontrolul pulsional afectiv, raportările și relaționările interpersonal sociale, modalitățile de reacție și de organizare a acțiunilor, toate se exprimă printr-un stil de manifestare relativ constant, fapt ce permite caracterizarea tipologică a oamenilor.

• Structura inteligenței organizează, prin intermediul funcțiilor cognitive, informațiile curente, și cele înmagazinate prin învățare; ea susține rezolvarea problemelor curente practice și teoretice. Pe parcursul ontogenezei și de-a lungul ciclurilor vieții, subiectul acumulează o serie de cunoștințe practice, teoretice și derivând din experiențele trăite. Acestea se manifestă prin abilități și competențe și printr-un univers de cunoaștere care susține înțelegerea de către subiect a lumii, în conformitate cu cunoștințele și credințele lumii umane în care el trăiește. Experiențele de viață trăite împreună cu alții conduc la o anumită reprezentare față de alții și lume, ce poate fi reamintită și reactivată autobiografic. Dar și la o anumită reprezentare față de sine, o atitudine față de sine, o judecare și evocare de sine, la nivel „metareprezențional” și „autonoetic” al sinelui. Lumea pe care subiectul o cunoaște și și-o reprezintă e ordonată după liniile de forță ale unor opinii, convingeri și credințe. Ansamblul acestei cunoașteri stă în spatele raportărilor actuale, situaționale ale subiectului la lume, condiționează înțelegerile și manifestările sale.

• Spontaneitatea manifestărilor subiectului derivă din intenționalitatea definitorie a sinelui, care există prin raportări active, proiecte și reacții. Modul de a delibera și de a opta a subiectului exprimă structura

sinelui și persoanei, autonomia sa, modul în care el trăiește libertatea și responsabilitatea, capacitatea de a se autoconduce în viață. Iar proiectele în care se angajează, colaborând mai mult sau mai puțin cu alții, îl definesc în plan interpersonal social.

Într-un sens lărgit s-ar putea include în aria terenului personalistic și o instanță a persoanei, caracterizată prin:

- Statutul și rolul social al subiectului în arii variate: familial, profesional, civic;
- Rețeaua socială și nișa ecologică umană proprie persoanei;
- Aptitudinile, capacitățile, conștiința morală, forța creativă, angajarea spirituală.

Terenul personalistic centrat de sine (*self*) și persoană joacă un rol important în psihopatologia clinică și în sănătatea mintală. El este cel care susține identitatea cu sine a subiectului atât în plan obiectiv, socio-cultural cât și în perspectiva subiectivă a conștiinței identității personale. În ambele cazuri se petrec și modificări psihopatologice. Tot terenul este cel unde se cantonează vulnerabilitatea și nonvulnerabilitatea pentru tulburări psihice, cel ce conține resursele sanogenetice de care are nevoie persoana după un ep.pt. De aceea, terenul se cere evaluat detaliat nu doar cu ocazia ep.pt ci în orice moment important al existenței unei persoane cu probleme.

Dincolo de importanța sa generală pentru psihopatologie și sănătate mintală, modificări deficitare și disfuncționale ale terenului – incluzând sinele, personalitatea – se pot exprima direct în aria tulburărilor mintale. E vorba în primul rând de deficite disontogenetice exprimate prin:

- deficiențe de diverse grade ale funcțiilor cognitiv intelectuale, cazuri etichetate ca „deficiențe mintale”;
- deficiență predominant în aria comunicării interpersonal sociale, prin limbaj, expresivitate, implicarea sinelui în situație, cazuri etichetate ca tulburări dezvoltamentale pervazive de tip autist;
- deficiențe în relaționare și integrare interpersonal socială prin comportament tensionant, cu transgresarea normelor de conduită, situație în care cazul e etichetat ca o „tulburare de personalitate”.

Primele două eventualități pot fi identificate din mica copilărie, iar ultima după adolescență. Prin faptul că grevează terenul personalistic pe termen lung, în principiu pe viață, aceste tulburări au fost detașate de sistemul DSM-III pe o axa separat de diagnostic, axa II (fig. 6).

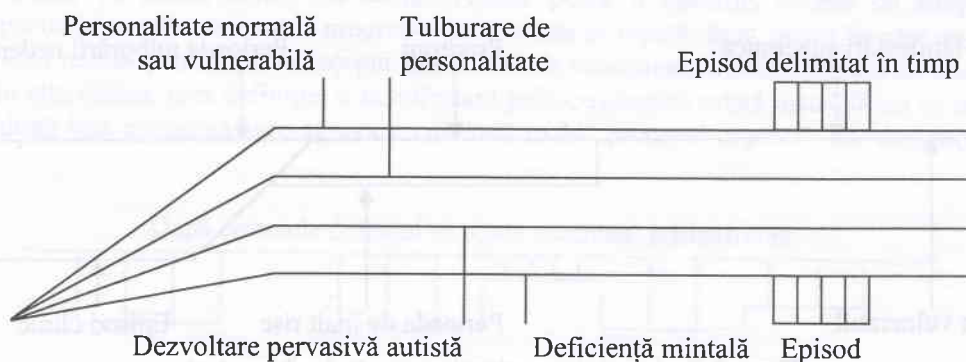


Figura 6. Tulburări ale fundalului personalității și tulburări episodice.

În cursul întregii personogeneze pot fi prezente tulburări mai mult sau mai puțin intense și tranzitorii, pe care le studiază psihopatologia dezvoltamentală. Tot în această perioadă se formează vulnerabilitatea de fond pentru tulburările psihice. Diverse perioade ale ciclurilor vieții exprimă sensibilități specifice pentru unele ep.pt. și condiționează modalități particulare de manifestare a acestora.

ANTECEDENTE PSIHOPATOLOGICE A PERSOANEI CE PREZINTĂ UN EP.PT. ACTUAL

Dacă se ia în considerare un caz care prezintă un ep.pt. actual, în perspectiva psihopatologiei clinice se pot întâlni mai multe eventualități importante.

- Existența unui ep.pt. care s-a încheiat la scurt timp înaintea celui prezent. E posibil să fie vorba de un unic ep.pt. care de fapt nu s-a vindecat și se reactivează.

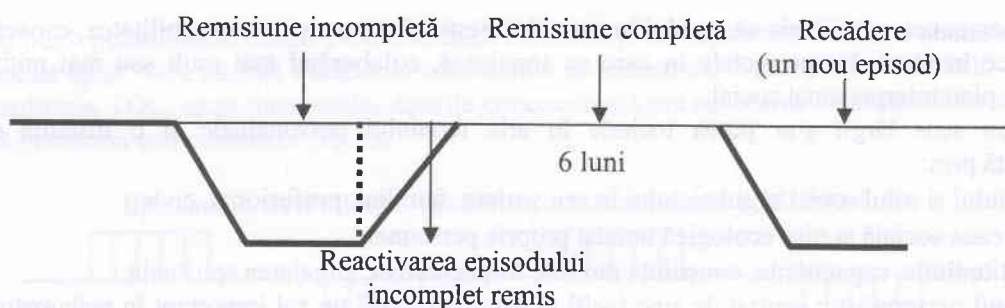


Figura 7. Remisiunea parțială și completă a unui episod psihopatologic.

- Existența în antecedente a unor ep.pt. clinice din aceeași clasă sau din clase clinice diferite. Această eventualitate a fost deja menționată, ea configurând tulburarea mintală în sens restrâns. După ep.pt. anterioare e posibil ca vulnerabilitatea să fi crescut sau să fi rămas un defect clinic și/sau social.

- Existența în antecedente a unor ep.pt. subclinice sau mascate. Așa poate evolua depresia – de exemplu ca depresie mascată prin simptome somatice – anxietatea, stări hipomaniacale, manifestări obsesiv-compulsive, impulsive, addictive ș.a.m.d. Depistarea acestora poate indica vechimea tulburării și vulnerabilitatea, poate orienta spre anumite condiționări etiopatogenice și sugera modalități evolutive sau chiar încadrări nosologice. Astfel, dacă o persoană care are în prezent un ep.pt. de depresie majoră a avut în antecedente episoade hipomaniacale subclinice, orientarea diagnosticului este spre tulburarea bipolară.

- Analiza perioadei ce precede un actual ep.pt. poate clarifica existența unor faze „prodromale”, care se extind uneori pe luni sau ani de zile. Faptul e valabil pentru depresie, anxietate, tulburări alimentare dar și în unele cazuri de psihoză. În ultimii ani s-a analizat, odată cu studierea amănunțită a „primului episod de psihoză”, existența nu doar a unei perioade evolutive în care aceasta se manifestă clar dar nu e depistată și tratată, ci și a perioadelor prodromale de diverse intensități și durate. Uneori acestea ajung la o intensitate marginală celei clinice, în faza de „înalt risc”; altele sunt prezente doar simptome subiective particulare – „simptomele bazale” ale școlii Bonn – care în multe cazuri progresează de-a lungul a câțiva ani spre psihoză. O perioadă prodromală lungă se întâlnește de obicei în dependența etanolică (fig. 8).

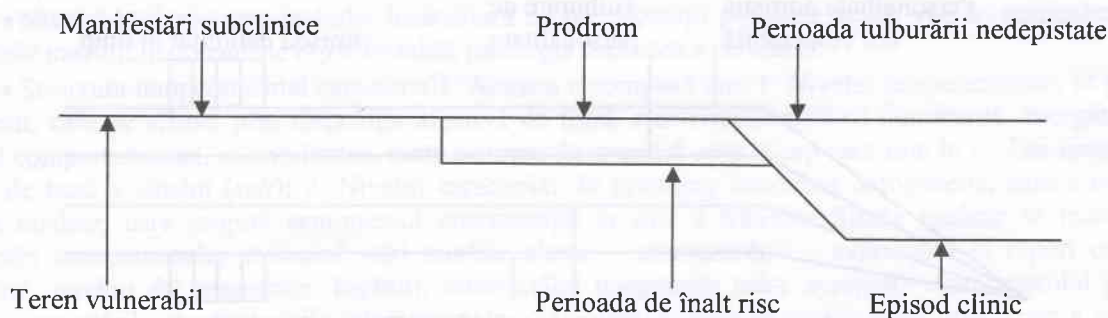


Figura 8. Prodromul și antecedentele unui episod psihopatologic.

- În antecedente se pot întâlni manifestări particulare ce se plasează în marginea comportamentelor uzuale și a manifestărilor integrative social. Așa sunt: tentativele de suicid, delicvența, instabilitate marcată în inserția și funcționarea în roluri sociale, conflictualitate repetată, hobby-uri particulare, comportamente excentrice, reactivitate crescută la evenimentele de viață. Aceste manifestări pot fi corelate cu tulburări de personalitate de diverse tipuri. Sau doar cu particularități temperamentale caracteriale. Toate interesează însă psihopatologia clinică.

- Analiza unui caz în perspectiva psihopatologiei clinice presupune biografia, felul în care a decurs personogeneza și istoria de viață, contextul social, caracteristicile nișei ecologice umane. Această perspectivă a contextului uman depășește stricta definiție oficială a bolii dar interesează în cel mai înalt grad practicianul în domeniul sănătății mintale. Și, de asemenea, interesează și psihopatologia clinică, înțelesă într-un sens mai larg decât cea a definirii tulburărilor mintale practică în manualele de diagnostic și statistică. În plus, pentru caracterizarea și înțelegerea tulburării mintale, joacă un rol important și cunoașterea familiei și a rudelor de gradul întâi.

TULBURAREA MINTALĂ ÎN SENS LĂRGIT

Într-o perspectivă mai nuanțată decât cea sugerată odată cu comentarea ep.pt. tulburarea mintală poate fi circumscrisă și înțeleasă prin luarea în considerare a tuturor factorilor menționați mai sus. Ea s-ar caracteriza prin:

- Manifestarea la o persoană la anumite intervale de timp, a unor episoade psihopatologice centrate de sindroame standard de același tip sau din aceeași clasă, care au diverse durate, intensități și complexități. Primul episod apare pe fundalul anumitor caracteristici demografice ale persoanei privitoare la sex, vârstă, statut social. Ansamblul se caracterizează printr-o anumită respondență terapeutică episodică și preventivă, interepisodică și o anumită tendință evolutivă.

- Terenul personalistic pe care episoadele succesive apar este unul particular, cu o vulnerabilitate specifică în respectiva direcție: anxioasă, bipolară, depresivă, impulsivă, schizofrenă etc. Această vulnerabilitate implică și o încărcătură genetic familială, uneori un temperament specific, trăsături de personalitate specifice sau un anumit tip de tulburare a personalității, anumite particularități ale rețelei sociale, anumite capacități și abilități.

- În unele cazuri înainte de primul ep.pt. sau între episoade, apar manifestări psihopatologice subclinice, subliminare, de același tip sau din aceeași clasă. Sau comportamente particulare care ar putea sugera astfel de episoade.

- Defectul clinic, atunci când se instalează, după unul sau mai multe episoade se manifestă și el cu simptome și trăsături specifice de același tip sau din aceeași clasă cu episoadele.

- Tipul de patologie psihică ce configurează o tulburare mintală se regăsește mai mult sau mai puțin exprimat în familia pacientului, la rudele de gradul întâi, în toate variantele menționate, incluzând manifestări subclinice sau temperamentale caracteriale.

Caracterizarea de mai sus vrea să sublinieze ideea că un ep.pt. singular se cere gândit dintr-o perspectivă mai largă de înțelegere a tulburării mintale chiar dacă se urmează liniile actualei orientări neokraepeliniene a psihopatologiei clinice, bazat pe „sindroame semnificative clinic” și etiopatogenia predominant organic cerebrală. Nu e imposibil ca în această perspectivă să se contureze constructe teoretice ale unor „tulburări mintale ideale” care principial să fie distincte unele de altele. Actualele sisteme de circumscriere și diagnostic care sunt de fapt centrate pe episod, nu pretind acest lucru, dar îl subînțeleg tacit. De aceea se poartă o intensă dezbateră pentru a nu multiplica entitățile clinice „distincte” din manuale. Din același motiv există o amplă discuție despre „comorbiditate” iar cercetările cazuistice de psihopatologie clinică, mai ales cele privitoare la eficiența unor medicamente, întâmpină dificultăți în găsirea de noi cazuri pure, ca să fie incluse în „studii clinice”. Doar în raport cu ideea unor entități psihopatologice ideale se poate discuta despre cazuri „atipice”.

Înțelegerea tulburărilor mintale în sens lărgit, așa cum s-a propus mai sus se menține în limitele unui construct teoretic de tip maladiv, chiar dacă e vorba de aspecte din afara „clinicii”, a diagnosticării curente și tratamentului, ca manifestările subclinice, temperamentul particular sau vulnerabilitatea crescută. Faptul e prezent peste tot în medicină. Această înțelegere lărgită întâlnește în cazul psihopatologiei cel puțin alte două zone particulare ale existenței umane și anume: cea a „problemelor de viață” și cea a „marginalității sociale” (excentrice, anomice). Nici una din acestea nu beneficiază de diagnostice directe de tipul tulburării mintale. Dar întreg acest ansamblu problematic se cere avut în vedere, analizat și studiat cu grijă, atât în perspectiva practică a sănătății mintale cât și în cea teoretică, privitoare la întrebarea: *Ce e tulburarea mintală?*

ASPECTE ETIOPATOGENICE

Acestea nu pot fi ignorate de psihopatologia clinică deși în mod direct ele privesc psihiatria ca ramură a medicinei. În mare, factorii etiologici pot fi considerați ca organic biologici și psiho-sociali, mediatii de vulnerabilitate.

Pentru psihopatologie contează în primul rând influențele psiho-sociale, în specificul lor uman. Acestea nu pot fi însă desprinse ușor de factorii biologici și de cei fizici. Complexitatea problemei constă în multiplele perspective care se întrec. Se cer avuți în vedere nu doar factorii determinanți ci și cei favorizanți și predispozanți. Nu sunt neglijabile aspecte precum: caracteristicile mediului ecologic uman, atmosfera socio-culturală, perioada istorică și chiar anotimpul sau factorii meteorologici; toate acestea, de exemplu, pot influența rata suicidului sau a depresiilor. Toți acești factori se raportează la vulnerabilitatea persoanei, cea de fond și cea modificată circumstanțial. Considerarea printre factorii etiopatogenici a evenimentelor de viață stresante trăite în cursul biografiei, ridică problema cumulării lor în timp, de la antecedente recente la întreg

parcursul biografic. Un alt aspect problematic constă în faptul că din aceeași sursă, de exemplu dintre persoanele care formează rețeaua socială proximală, pot veni în același timp sau succesiv influențe stresante și protective. Apoi, modificarea psihismului în cursul ontogenezei și de-a lungul ciclurilor vieții schimbă și receptivitatea la influențe psiho-sociale. Etiopatogenia în psihopatologie evidențiază factorul mediator al vulnerabilității. Dar în același timp studiază problema rezilienței. Se mai cere ținut cont de faptul că persoana conștientă este o ființă activă, proiectivă, intențională, care se manifestă prin comportamente semnificative și cu sens. O ființă care e prezumată cu libertate de decizie și cu discernământ. Și încă, e dimensionată prin conștiință morală, responsabilitate și posibilitatea conflictului intrapsihic. Evenimentele deosebite pe care subiectul le trăiește pot rezulta din însăși proiectele sale, din inițiativele sau manifestările sale spontane. Legătura strânsă cu alți oameni poate constitui o situație protectivă. Eșecurile și stresurile pot fi compensate prin reușite, împliniri, satisfacții, relaxare. Nemulțumirea de sine sau frământările conștiinței morale pot juca și ele un rol. Un aspect esențial în etiopatogenia psihopatologică constă în faptul că situațiile patogenice nu condiționează integral tulburarea. Ele scot la lumină, „desimplică” aspectele constitutive, structurale și funcții adaptative ale psihismului preexistente pe care persoana le utilizează în mod curent. Doar că acestea se impun acum în variante simplificate și neintegrate, în mod rigid și dezadaptativ.

Toate aceste aspecte indică complexitatea etiopatogeniei specifice psihopatologiei clinice.

1.6. CARACTERIZAREA GENERICĂ A TULBURĂRII MINTALE

Psihopatologia clinică are ca referențial cazul psihiatric. Un ep.pt. sau o tulburare psihică circumscrisă în manuale poate fi echivalat cu un caz tipic exemplar, abstract. Cazul, cazuistica se referă pe de o parte la un subgrup populațional de oameni reali, etichetați ca suferinzi identificați și tratați de medicii psihiatri, de psihopatologi și psihoterapeuți. El se caracterizează prin faptul că prezintă o simptomatologie psihică, un „sindrom relevant clinic”, suferă, are probleme de randament și integrare socială. Cazurile psihiatrice fac parte din marginalitatea normalității psihice. De fapt din zona anormalității marcată de un minus, de un deficit. Și care se plasează la un pol opus față de o altă subpopulație de oameni, cei deosebit de abili și talentați, puternici și creatori.

Pentru diagnosticarea și tratarea cazurilor cu tulburări psihopatologice psihiatrii și psihoterapeuții fac apel la cunoștințe teoretice, la descrierea acestor cazuri în tratate, la circumscrierea și definirea lor prin sisteme nosologice-nosografice în care sunt comentate entități nosologice distincte. Acestea se apropie de varianta „cazului școală” ce însumează o cazuistică, problemă care a fost deja invocată. Ansamblul entităților nosologice, a tulburărilor mintale descrise și comentate de știința psihiatrică trebuie să aibe anumite caracteristici comune care să le definească ca atare și să le reunească împreună.

Toate tratatele și manualele clasice au încercat să comenteze circumscrierea bolii, a tulburării mintale. Manualul de diagnostic al tulburărilor mintale DSM-IV-TR propune și el o definiție. Aceasta e precedată de câteva considerații și anume:

– Expresia de „tulburare mintală” sugerează din păcate că ar exista o diferență față de tulburarea fizică (biologică) în sensul unui anacronic dualism minte/corp, ceea ce nu e cazul.

– Nicio definiție nu poate stabili limite precise pentru „tulburarea mintală” în raport cu normalitatea.

– Lipsesc o definiție operațională. Caracterizarea „tulburării mintale” prin concepte ca: suferință (distres), disconfort, dezavantaj, disabilitate, inflexibilitate, iraționalitate, configurație sindromatică, etiologie și deviație statistică, folosesc indicatori utili dar nu sunt echivalentul unui concept, iar diferite situații solicită diferite definiții.

Autorii manualului mențin definiția introdusă în DSM-III pentru că o consideră utilă (la fel ca orice altă definiție) și ajută să ghideze decizia diagnosticării entităților clinice psihopatologice.

În DSM-IV fiecare tulburare mintală e conceptualizată ca:

– Un sindrom sau o configurație de simptome comportamentale și psihologice semnificativă clinic, ce apare la un individ și e asociată cu suferință (distres) sau disabilitate (deficiență de funcționare în roluri sociale) sau cu un risc crescut pentru moarte, suferință („pain”), disabilitate sau o importantă pierdere a libertății.

– Sindromul sau configurația trebuie să nu fie răspunsul la un eveniment special (de exemplu moartea cuiva iubit) așa cum este el resimțit și trăit în mod obișnuit în cultura respectivă.

– Sindromul, indiferent de cauza sa originală, trebuie considerat ca o manifestare a unei disfuncții comportamentale, psihologice sau biologice a individului.

- Nu se consideră tulburare mintală comportamentul deviant (politic, religios, sau sexual) sau conflictele între individ și societate dacă acestea nu sunt simptome ale unei disfuncții la nivelul individului, așa cum s-a menționat mai sus.

Autorii DSM-IV-TR mai atrag atenția că în manual e vorba despre clasificarea tulburărilor mintale și nu a indivizilor ce le au. De aceea, se cere evitarea unor expresii ca „un schizofren”, „un alcoolic” și utilizarea expresiilor „un individ cu schizofrenie”, un „individ cu dependență alcoolică”. Această remarcă aparent periferică este esențială din punct de vedere ontologic așa cum deja s-a comentat.

Circumscrierea din DSM-IV merită să fie comentată. Înainte de aceasta însă tema se cere plasată în universul său problematic specific și anume în cadrul dezbaterilor privitoare la normalitatea și sănătatea psihică.

*
**

Stările psihopatologice se înscriu în problematica mai generală a normalității, anormalității, sănătății și bolii, din perspectiva psihică a acesteia. Normalitatea psihică a fost înțeleasă ca medie statistică a modelelor comportamentale, a atitudinilor, concepțiilor și modelelor de trăire dintr-o socio-cultură; desigur, în corelație cu statutele și rolurile sociale funcționale. Și la fel, ca și conformitate cu modelele ideale promovate și pretinse de o socio-cultură, pe care aceasta le promovează prin educație, norme, legi, reguli de promovare și eroi ideali vehiculați de tipologia culturală. S-a mai avansat ideea respondenței corespunzătoare la normele ce rezultă din statutul social, la buna comunicare și integrare socială. În general, normalitatea persoanelor este rezultatul unui proces de normativizare ce se desfășoară în paralel cu cel de socializare a copilului și care nu are în vedere particularitățile și idiosincraziile subiectului. Individul ce se manifestă „normal”, respectă normativitățile unei „lumi comune”. În raport cu normativitatea și normalitatea socio-comunitară, devierea de la norme conduce la anormalitate în sens de devianță. Aceasta poate fi în plus sau în minus. Dar devianța exprimă și varietatea existenței omenești, diversitatea ei, pe care metamorfozele istorice o etalează iar democrațiile caută să o respecte.

În contextul câmpului larg a normalității psihice – care este în mare măsură o evaluare exterioară și impersonală – se reliefează sănătatea psihică, ca parte a sănătății în general. Aceasta din urmă a fost circumscrișă de OMS ca „o stare de bine biologic, psihic și social”.

Sănătatea psihică e centrată pe individ, pe persoană. Ea implică o dezvoltare și o maturare adecvată a acesteia în perspectivă corporală, psihică și a integrării sociale, în contextul lumii sale umane. Aceasta presupune achiziția și manifestarea progresivă a unor funcții, capacități, cunoștințe, competențe, performanțe, considerate normale în societatea dată. Faptul e valabil și după adolescență, de-a lungul ciclurilor vieții. Sănătatea psihică mai implică un echilibru interior și o „funcționare” adecvată a structurilor psihice (cognitive, afective, motivaționale, executive) în raport cu destinația lor evolutivă. Și, la fel, o trăire interioară echilibrată, adecvată împrejurărilor și dimensionată printr-o intenționalitate relațională adaptativă. Comunicarea interpersonală, intersubiectivă, funcțională precum și atașamentul interpersonal, ambele producând satisfacție și împliniri, fac și ele parte din sănătatea mintală a individului. Și la fel, performanțele sociale ce permit integrarea și participarea la viața comunitară. Se mai menționează, uneori, următoarele aspecte: capacitatea de autonomie, de independență psihică echilibrată, o bună identitate cu sine; autocontrol pulsional și afectiv, controlul situațiilor problematice și stresante; capacitate de relaxare și satisfacție, capacitate de a se bucura. Normalitatea presupune nu doar o dezvoltare și relaționare adecvată ci și o reactivitate armonioasă. Solicitarea, stresul, situațiile problematice și instabile, frustrările, eșecul, conflictul, pierderile, toate fac parte din experiența curentă a oricărei persoane care între anumite limite, trebuie să le poată face față în cadrul normalității vieții sale. Omul normal trebuie să fie destul de flexibil, să posede o capacitate de adaptare la diverse împrejurări, contexte și raportări interpersonale, aspecte necesare unei existențe sintetice și armonioase.

În sfârșit mulți consideră că o marcă a normalității este și creativitatea. Nu e vorba acum de marea creativitate din lumea științei și culturii. Deși aceasta e luată în considerare prin opoziție, în sensul că boala mintală ar anula capacitatea creativă. Dar însăși viața curentă, normală, presupune tot timpul o sinteză creativă care să facă față noului, surprizelor, neașteptatului, care să reunească cu sens multiplul și diversul existenței cutumiere într-un comportament semnificativ, comprehensibil și integrat. Capacitate creativă curentă e un principiu fundamental al normalității existenței persoanei.

În caracterizarea de mai sus apar o serie de expresii valorice ca: adecvat, corect, echilibrat, armonios, rațional, firesc, natural, funcțional, care în mare măsură sunt tocmai echivalentul „normalității” pe care trebuie

să o caracterizeze. Cu toată această tendință spre circularitate, evidențierea aspectelor și perspectivelor în care normalitatea și sănătatea psihică a persoanei se cere considerată, nu e un fapt tautologic, ci unul care etalează fațetele problemei. Și care indică faptul că nu se poate înțelege normalitatea în afara valorilor. Evaluarea explicită și cantitativă a sănătății în general și a sănătății psihice în special e dificilă. Totuși, ea e importantă pentru medicină iar Organizația Mondială a Sănătății a publicat un manual în acest sens în 1980, reformulat și republicat în 2004: Clasificarea internațională a funcționării, disabilității și sănătății – CIF (International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva WHO – ICF). Scopul declarat al acestuia e de a putea evalua starea de sănătate în perspectiva defectelor, disabilităților, handicapurilor. În obiectiv nu sunt bolile ci consecințele posibile ale acestora, ce se cer comparate cu o funcționalitate considerată ca normală. Se distinge între eventuala perturbare a unor funcții și structuri ale organismului care ar putea conduce la tulburarea unor activități specific umane (învățare, comunicare, rezolvare de sarcini, mobilitate, interacțiuni interumane) toate având drept consecințe dificultăți în integrarea socială. Deși psihopatologia clinică nu operează practic cu acest instrument, el este un important ghid pentru psihopatologi (Nordesfelt, 2007).

Revenind la circumscrierea tulburării mintale așa cum e ea făcută în DSM-IV-TR se pot face următoarele comentarii.

- Caracterizarea tulburării mintale din DSM-IV-TR, se înscrie în spiritul universului de valori promovat de SUA, în prezent cea mai puternică și dezvoltată țară dintre democrațiile occidentale. Dintre valorile ce pot fi ușor identificate în acest manual se remarcă: accentul pus pe individ, care e însă invocată fără de contextul său social și biografic; orientarea empirist pozitivistă centrată de știința biomedicală; pragmatismul; toleranța față de diversitate și grija de a evita discriminarea și stigma, motiv pentru care e evitată și ideea de deficit și negativitate antropologică în psihopatologie.

- Privitor la limbajul utilizat se poate remarca că, în raport cu termenul „mental” care este utilizat pentru caracterizarea ansamblului tulburării, termenul „psihic” pare a avea în primul rând semnificația de trăire subiectivă, de ceea ce e resimțit subiectiv din „perspectiva persoanei întâi”, și se diferențiază astfel de comportamentul vizibil și înregistrabil din exterior, din perspectiva persoanei a treia. Termenii menționați nu sunt nici unde definiți, astfel încât nu e clar dacă aspectul psihic al tulburării cuprinde sau nu, de exemplu, și tulburările cognitive care nu se traduc imediat în limbaj. Prin felul în care noțiunea de „psihic” e utilizată pentru trăirile subiective, se creează o confuzie în raport cu acele aspecte ale psihismului care sunt evident prezente în „psihologia animală”, unde se întâlnesc nu doar principalele funcții psihice (atenție, percepție, memorie, învățare, instinct, afectivitate, atașament, motivație, comportament, scop etc.) ci și aspecte psihologice relaționale (dominația în grup, afiliere etc.).

- Un alt aspect este formularea „un sindrom semnificativ clinic”. Aceasta lasă evaluarea intensității patologiei la aprecierea evaluatorului și are în vedere existența în cultura respectivă a instituției clinicii psihiatrice, cu tot ce aceasta presupune ca practică și teorie medicală, ca personal format și experimentat. Faptul de a pune în centrul caracterizării unei tulburări aspectul semiologic indicat prin numărul și intensitatea simptomelor, este o expresie a unei concepții bio-medicale care, în sens tradițional, privește boala ca rezultând din perturbarea unui organ sau sistem organic, simptomatologia exprimând disfuncția acestuia. În cazul de față, se presupune o anumită disfuncție cerebrală. Identificarea „cazului” prin simptome „semnificative clinic” ridică apoi problema cazurilor subliminare, a stărilor „subclinice”. Problema se pune cu acuitate în psihiatria comunitară unde acestea se cer identificate împreună cu debutul lent progresiv cu prodromul etc., care evident nu au „intensitate clinică”.

Trimiterea la „pierderea libertății” este vagă și neexplicită, putând fi vorba pe de o parte de libertatea interioară, pe care o comentează fenomenologii și existențialiștii, cea care se exprimă în tulburarea obsesiv-compulsivă și în comportamentul impulsiv, în rigiditatea comportamentului celor cu tulburări de personalitate; sau/și de libertatea exterioară, civică, care e surclasată prin internare obligatorie.

- Formularea din DSM-IV e preocupată să nu fie incluse în categoria tulburărilor mintale devieri și excentricități comportamentale care ar putea face parte din spectrul variațiilor antropologice ce intră în sfera largă a normalității – cum e homosexualitatea – și care sunt respectate într-o societate democratică. De asemenea, formularea e atentă la opiniile oamenilor, la convingerile politice, religioase, la conflictul dintre individ și societate. Dar, prin firescul lucrurilor, aceste atitudini sunt expresia unei anumite culturi, cu o anumită concepție despre om, societate și politică, concepție democratică pe care o exprimă explicit viziunea americană asupra lumii cu setul ei propriu de valori. De exemplu opinia privitoare la homosexualitate nu a fost și nu este aceeași nici în prezent în alte culturi.

Între criticile ce s-au adus concepției DSM-IV privitoare la tulburările mintale, principalele se referă la:

– Lipsa de preocupare pentru semnificația bio-antropologică evolutivă a principalelor „sindroame”, ce ar putea fi considerate ca disfuncții a unor funcții adaptative, selecționate prin evoluție (Wakefield, 1991).

– Lipsa de preocupare față de perturbarea, „disrupția”, conexiunilor semnificante ce e prezentă în sindroamele psihopatologice, diferențiindu-le de „comprehensibilitatea” conexiunilor semnificante din normalitate (Bolton, 2008).

– Lipsa de implicare explicită a valorilor în circumscrierea tulburării mintale, deși ele sunt acceptate și utilizate implicit (Fulford, 1989; Sadler, 2005).

Aceste obiecții vor fi comentate în alt capitol. Pentru început se va aduce în discuție și o altă obiecție, corelate cu ultima menționată, și anume:

– Lipsa de acceptare explicită a faptului că în cazul tulburării mintale intervine un deficit – un minus, o lipsă – în plan mintal, psihologic, antropologic. În această direcție este evidentă motivația celor ce au elaborat sistemul DSM-III-IV: ei au vrut să evite o terminologie cu caracter peiorativ, care ar fi putut întreține idei de discriminare, fapt ce nu putea fi acceptat într-o democrație ca cea din SUA. Și cu atât mai mult în perioada anilor '70, când mișcarea antipsihiatrică tocmai acest lucru îl susținea: că psihiatria e un instrument de opresiune, aflat în „mâinile puterii”, pentru a manipula persoanele sensibile și fragile printr-o etichetare care să permită abuzuri.

Totuși, în prezent problema poate fi privită mai calm, mai degajat și obiectiv. Dacă se ignoră sau se eludează comentariul despre deficit în tulburarea mintală – deficit ce poate fi parțial și temporar, reversibil, compensat, tratat etc. – se neagă o întreagă constatare istorică și în cele din urmă, o evidență ușor demonstrabilă.

Psihopatologia, pe cale de a se naște în cursul secolului XIX, a sesizat și teoretizat progresiv aspectul deficitar, a negativității antropologice din boala psihică, a „nebuniei”, a bolnavilor ce trebuiau internați și/sau tratați. De altfel, ideea majoră ce a girat știința secolului XIX european, ideea evoluției, oferea o bună ocazie pentru astfel de construcții și interpretări teoretice. Dacă evoluția înseamnă progres, diversificare, complexificare și sinteză progresivă, această desfășurare temporală trebuie să se înscrie și într-o structură. Iar structura corporal cerebrală a omului dovedește evident această teză. Și astfel, Jackson (Berrios, 1985) a putut formula, inițial pentru neurologie, faptul că există o ierarhie structural funcțională a creierului: nivele inferioare, mai vechi filogenetic, care sunt mai simple, stereotipe și rezistente la perturbare; și nivele superioare, noi, care sunt diferențiate, complexe și fragile. Patologia atinge în primă instanță ceea ce e mai vulnerabil, adică fragilitatea nivelelor superioare, care asigură libertatea și specificul uman. În patologia neurologică și psihică, simptomatologia va rezulta în primul rând din pierderea – deficiența, disoluția – acestui nivel, din absența funcțiilor pe care nivelele superioare le asigură. În urma acestei deficiențe, vor ajunge să se exprime nivele inferioare, a căror manifestare nu era vizibilă. Acestea au astfel ocazia să se „desimplifice”, și se pot afirma necontrolat. În plus, organismul în ansamblu – și desigur creierul, psihismul – încearcă să se readapteze situației, apărând astfel un set nou de manifestări. Reacție adaptativă și/sau compensatorie ce participă și ea la configurarea tabloului clinic.

În spiritul vremii și în continuitatea ideilor lui Jackson, și-a constituit sistemul psihopatologic Janet (Janet). Apoi, Bleuer a aplicat aceleași idei la interpretarea psihopatologiei schizofrene. În cursul secolului XX au fost mai multe încercări de reactualizare a acestor idei, care comentează prezența și modul de manifestare a „minusului psihic” în psihopatologie. Cea mai echilibrată și sistematică a fost concepția organo-dianamistă la Ey (Ey, 1973) dezvoltată în perioada anilor 1950–1970*. Concepții și abordări ca cele ale lui Ey nu au putut însă rămâne funcționale fiind prea monolit restrânse la un concept tradițional de persoana umană, cu insuficient accent asupra relațiilor interpersonal sociale, a perspectivei developmentale și evoluționiste a evaluărilor standardizate etc. După Ey, adică în jurul anilor '80 când se editează și apare DSM-III, ideea minusului antropologic prezent în cazul bolilor psihice – a „tulburării mintale”, a „nebuniei” – nu a mai fost așa clar și explicit formulată, fapt evident în textul din DSM-IV și ICD-10 unde se vorbește doar de disfuncții.

Conceptul de boală mintală, așa cum s-a configurat el în secolele XIX și XX – pe baza unei lungi tradiții – conține următoarele semnificații: excesul, intensitatea neobișnuită a unor manifestări; faptul de a fi altfel decât majoritatea oamenilor „normali”, adică excentricitatea, alteritatea, stranietatea; neintegrarea în comunitate, ruptura relațiilor semnificante și comunicante, alienarea; anormalitatea; suferința intensă; deficitul, negativitatea mai ales în ceea ce privește echilibrul și complexitatea vieții psihice, autocontrolul în relații și manifestări, performanțele sociale și creativitate.

Concepția lui Jackson și a celor ce l-au urmat corelează „excesul” și stranietatea cu deficiența ce le face posibile, atât prin relaxarea sintezei și controlului echilibrant de către instanțele superioare ale creierului și

* A se vedea Anexa 3.

psihismului cât și prin simplificarea manifestărilor, prin reducerea complexității. Anormalitatea psihopatologică este în aceste condiții una minus valorică opusă talentului și creativității.

DSM-III-IV pune accentul în circumscrierea tulburării mintale pe „semnificația clinică a unui sindrom”. Aceasta implică o intensitate crescută a unor manifestări cum ar fi depresia, anxietatea, frica, verificarea, convingerea etc., deci un exces. Este menționat și distresul, ceea ce înseamnă o suferință intensă. Și la fel deficitul în funcționarea socială, disabilitatea care poate conduce la neintegrare. Dar nu se menționează că acestea se desfășoară în condițiile vreunui minus în funcționarea mintală, psihică, minus de complexitate, libertate, disponibilitate, autocontrol al psihismului persoanei conștiente. Problematika minusului este înlocuită cu formularea că psihismului este „disfuncțional”, fără o analiză mai detaliată a acestui concept. Și că are drept consecințe deficiențe în funcționarea socială, eventual o reducere a libertății.

La o abordare neutră, în psihopatologie se pot identifica multiple manifestări care exprimă explicit un deficit. Deficit de energie, de forță asertivă, de identitate și delimitare a persoanei, deficit intelectual global sau a unor funcții cognitive sectoriale, deficit afectiv, de relaționare interpersonală socială, de integrare socială, de spontaneitate, de intenționalitate etc. Această zonă a deficitului nu se extinde doar asupra simptomatologiei „negative”. Ea este prezentă prin deficitul de autocontrol al pulsionilor sau cel care se manifestă în patologia obsesiv-compulsivă, și în adicție. Multe manifestări psihopatologice sunt etichetate ca „rigide” în raport cu flexibilitatea adaptativă din normalitate, ceea ce evident exprimă un minus psihologic. Fapt valabil atât pentru ideea prevalentă și delirantă cât și pentru comportamentul social al persoanelor cu tulburare de personalitate. Reducerea complexității vieții psihice, simplificarea modului de a înțelege și a se relaționa, lipsa de flexibilitate a comportamentului în general ce se întâlnește în psihopatologie, toate sunt fenomene evident deficitare.

O parte din manifestările psihopatologice sunt comentate prin expresii ce sunt introduse prin prefixul „dis”, ceea ce, e drept, nu trimite neapărat la minus. Așa sunt: disfuncție, disabilitate, discontrol. Dar unele expresii cu „dis” au înțeles negativ: distorsiune, disarmonie, disocial, disociere. Și mai ales cele introduse prin „des”: desordine, desintegrare, desadaptare. Se referă explicit la un minus expresii ca cele de: deficit de înțelegere, de integrare, de decizie, de autocontrol, de sinteză; și mai ales expresia „deficiență mintală”. Cu sens negativ sunt expresii ca: neadecvare, necoordonare, depersonalizare, demență. (iar în franceză expresia standard pentru nebunie e „derasion”). Și la fel, o serie de expresii introduse prin prefixul „i”: imaturitate, irațional, iresponsabil, inflexibil.

Problema plasării stărilor psihopatologice într-o zonă de minus, a anormalității negative, deficitare, se cere acceptată și nu privită cu reticență, ca un demers peiorativ. Cum s-a mai menționat, acest deficit poate fi parțial, încadrat într-un psihism în rest normal sau cu valențe superioare, creative. El poate fi temporar, fără să greveze global funcționalitatea și existența diacronă a persoanei, care-și revine ulterior. Și care uneori nici nu face public acest aspect. Reversibilitatea spontană sau prin terapie a stărilor psihopatologice, le încadrează în firescul existenței, în măsura în care societatea nu are o atitudine reactivă și stigmatizantă. În diversitatea existenței umane există și zona psihopatologiei care se cere cunoscută cât mai bine și recunoscută cu toate valențele ei deficitare negative. Iar în cele din urmă minusul și opozitivitatea sunt aspecte structurale ale ființării în general, împletite strâns cu aspectele pozitive, afirmative și creative, fapt ce se știe bine încă de la Heraclit și Aristotel. În măsura în care o societate democratică înțelege și acceptă că nu toți oamenii sunt la fel de bogați și dotați, că există oameni cu inteligență superioară, creativi și alții cu deficiențe intelectuale, nu este nimic aberant să se accepte că „disfuncția” din cazul tulburării mintale se înscrie într-o zonă a minusului antropologic.

Stările psihopatologice sunt înscrise în structura existenței umane iar tulburarea mintală este o modalitate de existență la extreme, la periferia unui centru, într-o zonă a minusului. Prin ea se realizează un „experiment natural” ce nu poate fi eradicat din principiu. Aceasta nu înseamnă că această zonă nu poate fi cunoscută și controlată cât mai bine. Ceea ce își propune și psihopatologia clinică.

1.7. CORELAȚII PSIHLOGICE ALE PSIHOPATOLOGIEI CLINICE

Psihopatologia ca știință s-a dezvoltat în paralel cu știința psihologiei, dar pe linii paralele. Relația între ele este firească și răzbate în toate marile doctrine psihopatologice. Ea este în egală măsură importantă pentru psihopatologia clinică. Aceasta trebuie să țină cont de starea actuală a științei psihologice și în primul rând de psihologia persoanei.

Psihologia persoanei e o direcție de cercetare și elaborare teoretică care deși nu e rigid structurată, are un domeniu oarecum definit. Conceptul de persoană implică individualitate sintetică, biografică a omului, în

relaționarea sa cu lumea, cu alții și cu transcendența. În Europa, termenul a fost folosit inițial în drept și în dogmatica creștină, apoi în etică și în sfârșit în doctrinele psihologice. Psihanaliza s-a apropiat treptat de noțiunea de persoană dar nu a asimilat-o integral, ea nefiind orientată spre relaționare interpersonal-socială publică explicită. În câmpul personologiei s-a dezvoltat tradițional caracteriologia, corelată inițial cu fațeta etică a acestui concept. Perspectiva caracteriologiei este și în prezent o ramură importantă a psihologiei persoanei, în ultima perioadă impunându-se teoria celor cinci mari factori (*Five Factor Theory* – FFT). La sfârșitul secolului XX, pe un loc important a trecut și abordarea cognitivă a psihismului personal, mai ales în perspectiva cogniției sociale. Teoria învățării sociale pune în prim plan conștiința reflexivă și raționalitatea, centrarea persoanei pe un sine reflexiv și pe identitatea cu sine, pe atitudine activă și creatoare a subiectului. Funcționarea sinelui și a întregului psihism personal este concepută în prezent ca bazându-se pe funcționalitatea creierului. Dezbaterile privitoare la relația minte/corp a preocupat și continuă să preocupe filosofi, psihologii și psihopatologii. Ea preia o tradiție Cartesiană fără a eluda însă axioma funcționării corporal cerebrale a psihicului uman în continuitatea psihismului biologic al animalelor, în tradiția lui Aristotel. Identitatea persoanei presupune nu doar perspectiva socială, a identificării acesteia prin mărci exterioare ci și coerența biografică, care poate fi narată de alții și reamintită de subiect. Astfel, teoria narativă a persoanei, dezvoltată de McAdams (McAdams, 1999) și alții, se articulează firesc cu doctrina cogniției sociale. Aceasta ar putea integra însă și moștenirea esențială a psihanalizei, constând în psihologia relațiilor interpersonale și teoria atașamentului. Și la fel cercetările ultimului timp în direcția „teoria minții” (*Theory of Mind* – ToM), a „mentalizării”. Toate aceste perspective de abordare psihologică ale persoanei sunt în prezent integrate în abordarea developmentală a psihologiei și psihopatologiei și se pot articula cu concepția cognitivă și evoluționistă.

În continuare se vor menționa liniile directe ale teoriei cogniției sociale ca important element de referință pentru psihopatologia clinică.

Teoria cogniției sociale a lui Bandura (Bandura, 1986, 1999) concepe persoana ca centrată pe identitatea unui sine – *self* – activ și creativ, dezvoltat pe baza funcționării cerebrale și în continuă interacțiune cu mediul, în special cu ambianța specific umană în care subiectul trăiește. Persoana nu doar se adaptează la acest mediu ci îl și influențează și îl modifică continuu. Atitudinea activă a sinelui este subliniată de Bandura prin calificative ca: proactiv, generativ, creativ. Persoana se definește prin dorințe, intenții, aspirații, dispoziții dinamice, proiecte, credințe, convingeri, scopuri, pretenții, explorări, predicții, expectații. Toate aceste aspecte ale intenționalității sunt susținute de ansamblul cognitivismului contemporan, atât de cel filosofic cât și de cel psihologic, cognitivism cu care teoria cogniției sociale e perfect compatibil. Ea subliniază specificul uman al psihismului persoanei, care se manifestă prin: operații cu simboluri, susținute de limbajul asertiv; capacitatea specială de reprezentare și operarea prin intermediere, prin delegare („*vicarious capability*”); omul nu învață doar din experiența directă ci și prin exemplul modelator al celorlalți pe care-i poate imita, prin exemplele și sensurile din povești, întâmplări relatate, viziuneri de filme etc.; capacitatea de prevedere, de anticipare, care stă la baza înțelegerii evenimentelor în curs de desfășurare și a intențiilor celorlalți; dar care susține și propriile proiecte, scopuri, sensuri; capacitatea de autoreglare a comportamentului și atitudinilor, în funcție de desfășurarea evenimentelor, de rezultate, de autoevaluare, de stima de sine; capacitatea autoreflexivă, manifestată prin atenția acordată propriului comportament și eficienței acestuia. Aceste capacități pun accentul pe dimensiunea conștient rațională a psihismului uman, dimensionat prin logos și valori. Teoria cogniției sociale e consonantă nu doar cu psihologia cognitivă ci și cu cea care urmărește naturalizarea sinelui, cercetând bazele sale biologice, cerebrale. Și de asemenea, se poate articula cu teoria narativă a persoanei care, la rândul ei, întâlnește actuala fenomenologie hermeneutică, narativă.

Teoria cogniției sociale mai trimite și la importanta idee a unui determinism reciproc între subiect și ambianță, în care un rol important îl joacă creativitatea persoanei. Orientarea ei spre învățarea socială deschide orizontul specificului lumii umane, care reprezintă esențialul lumii în care omul trăiește. Aceasta implică ansamblul tehnologiei sale specifice, a formelor de limbaj, a discursurilor și concepțiilor despre lume, mai mult sau mai puțin științifice. Bandura atrage atenția că în perspectivă evoluționistă persoana umană se adaptează de fapt la mediul său specific uman, pe care în același timp îl transformă creativ. Lumea postmodernismului la care omul actual trebuie să se adapteze și în care persoana trebuie să fie în prezent creatoare, e diferită de lumea umană din vremea modernității; precum și de cea din afara modernității europene. În acest sens, evoluționismul pe care-l susține teoria cogniției sociale are un înțeles larg.

Pot fi menționate și perspectivele psihologice asupra cărora teoria cogniției sociale nu se concentrează dar care îi pot fi complementare, cu care se poate articula fără contradicții: 1. Psihologia relațiilor interpersonale înțelese ca și „câmp psihologic” și ansamblul problematic pe care l-a lăsat psihanaliza, centrată de teoria atașamentului; 2. Psihologia developmentală și ansamblul programelor de cercetare bio-psiho-antropologică

cu care aceasta se articulează; un aspect central al acesteia e formarea sinelui nuclear ce se evidențiază odată cu fenomenul mentalizării (ToM); 3. Psihologia evoluționistă, cu punct de plecare în evoluția speciilor, care urmărește la fel ca și cognitivismul, structurarea „creierului social”; 4. Fenomenologia hermeneutică a intersubiectivității care se articulează cu perspectiva „persoanei întâi” din cognitivism și cu interacțiunile și comunicarea interpersonală socială. Toate aceste perspective au în vedere o înțelegere tot mai nuanțată a sinelui personal, ca suport al proceselor de mentalizare și de realizare intențional interpersonală a subiectului. Conceptul de „mentalizare” se impune în ultimul timp în psihologie și psihopatologie ca indicând modul specific de raportare a sinelui la lumea umană (Allen, 2008). Instanța persoanei articulează axul sinelui cu planul socio-cultural, supraindividual și valoric al existenței umane*.

Marile linii directoare ale psihologiei actuale susțin un cadru de referință suficient de bine conturat pentru înțelegerea psihopatologiei clinice. Totuși, aceasta ar beneficia în continuare de clarificări conceptuale și studii sistematice făcute de psihologi și alți specialiști în direcția persoanei umane.

1.8. PSIROPATOLOGIA ȘI PERSPECTIVA TRANSCULTURAL-ISTORICĂ

Abordarea și studierea fenomenelor psihopatologice se reasează totdeauna, cum e și firesc, în actualitate. Dincolo de istoria propriu-zisă a unei specialități practico-teoretice – în cazul de față psihiatria – se ridică problema felului în care au existat și s-au manifestat fenomenele umane pe care aceasta le abordează, în variate culturi și epoci istorice. În cazul psihopatologiei această variabilitate e desigur mare. Totuși, în perspectiva științei contează nu doar ceea ce poate fi studiat empiric pe o cauzistică actuală, ci mai ales ceea ce poate fi transpus într-un model teoretic coerent, cu valoare explicativă pentru o cât mai mare arie de răspândire a fenomenului; dacă nu chiar în perspectivă general umană. Deci un model care să poată lectura explicativ fenomene înregistrate în diverse culturi și perioade istorice. Acest fapt necesită transpoziția fenomenelor psihopatologice într-un limbaj cât mai puțin circumstanțial. Problema e valabilă și pentru conceptele și datele științifice ale psihopatologiei de la începutul secolului XXI. Intenția de a identifica coordonatele unui psihism general uman o afirmă în ultimul timp psihologia și psihopatologia evoluționistă. Dar modelele explicative nu pot să reducă psihopatologia omului doar spre termeni ce derivă din biologie. Frica umană și premisele umane ale acțiunii sunt diferite de cele ale mamiferelor și ale maimuțelor antropoide. Și la fel, sexualitatea și agresivitatea umană se cer lecturate și înțelese și în termeni culturali, fără ocolirea zonei de referință la sacralitate.

Pentru început menționăm câteva aspecte psihopatologice colecționate de cei ce s-au ocupat de psihopatologia transculturală și istorică, ca teme de meditație pentru problematica psihopatologiei clinice (Ellenberger, 1975).

* *

Omul are parte de multe frici diferite de cele ce se întânesc în regnul animal. Și în primul rând frica de zei, de Dumnezeu. Dar multe din fricile sale sunt legate de activitățile zilnice, ele fiind motivate, prin semnificații comprehensive. Există însă și frici mai particulare, mai ciudate.

Vertijul de Kayak (kayaksvimmel) descris de danezi la eschimoși, constă dintr-o trăire anxios-fobică ce apare în condițiile imobilității în kaiak a pescarului singur, într-o zonă de reale pericole, la cei ce au avut în perioada precedentă evenimente neplăcute. Trăirea conduce la un comportament de evitare. Specificul zonal, cultural și profesional nu poate înlătura analogiile cu „vertijul trecerii prin piețe mari și goale” (Platzschwindel) descris de Wetsphel în secolul XIX. Subiectul, aflat departe de casă, într-o zonă neprotejată – deci cu posibile pericole – și în care nu există repere spațial fizice de sprijin, trăiește vertijul, anxietatea căderii în gol, fapt ce are ca bază biologică instabilitatea poziției verticale, ce o asigură în mod normal informațiile din zona vestibulară. În simptomatologia clinică situația a fost descrisă ca „batofobie”, adică frică a căderii în gol, în adâncuri, ce poate fi resimțită și la trecerea pe o punte îngustă, peste o apă sau o prăpastie. Se corelează în acest caz fobia de înălțime, de adâncuri (puțuri, prăpastii, creste de munte, balcoane de etaj înalte, zbor cu avionul etc.) cu cea de traversare a unei piețe largi fără puncte de sprijin spațiale. Căci s-a demonstrat că persoana respectivă poate traversa piața chiar condusă de mână de un copil sau împingând un cărucior. Fenomenul ar fi explicabil, în conformitate cu cercetările empirice ale lui Piaget de la mijlocul secolului XX, prin nestructurarea suficientă – sau structurarea

* A se vedea Anexa 1.

fragilă și disoluția ulterioară – a percepției și reprezentării spațial fizice a lumii percepute în cursul ontogenezei. Practic nu e depășită etapa asimilării relațiilor spațiale în sensul topologic al punctelor de contact în direcția spațiului tridimensional al perspectivelor și a celui euclidian al echivalenței acestora. (Lăzărescu, 1969, 1973). Fragilitatea acestei structurări se poate manifesta în diverse situații, din care derivă fobii spațiale: de spațiu restrâns (claustrofobia), de spațiu prea larg pentru a fi parcurs („Platzschwindel” sau agorafobia în sens restrâns), de înălțime și adâncime. Aceasta deoarece o percepție situațională a lumii ca spațiu al acțiunilor posibile, stă la baza atât a proiectelor de acțiune eficiente cât și a raportării față de lume ca sursă a unor evenimente în raport cu care se cer reacții prin acțiuni eficiente în spațiul lumii înconjurătoare. Fobia de adâncime și deci „Kayaksvimmel” se înscrie în această paradigmă de fragilitate sau deficiență psihică. Faptul de a reduce pe cât posibil principalele sindroame psihopatologice la modele biopsihologice și antropopsihologice bazale, poate constitui o bază pentru noi ipoteze, cât mai riguroase, de cercetare și interpretare a fenomenelor psihopatologice. Esențial este însă ca psihopatologia să poată depăși într-un fel dependența de circumstanțialitate; sau de un anumit univers, de o anumită lume socio-cultural-istorică, spre aspecte antropologice cât mai bazale. Care oricum, implică într-un fel sau altul minusul, fragilitatea antropologică.

*
**

Un comportament particular, aberant sau patologic, poate fi corelat până la un punct și cu permisivitățile și modelele comportamentale admise sau cultivate de o socio-cultură dată. Astfel de exemplu transexualismul, exprimând propensiunea homosexuală, nu numai că a fost acceptat dar a fost și instituționalizat la multe populații, de-a lungul istoriei cunoscute. Primele date le avem din tratatele hipocratice în care fenomenul era semnalat și denumit „maladie a sciților”. Bărbații care preluau obiceiuri, comportamente, preocupări, expresii și haine feminine aveau, în diverse culturi însărcinări specifice. La descoperirea Americii, spaniolii au întâlnit în Antile, Louisiana și Florida o categorie de bărbați care trăiau ca femeile, cu aprobarea și chiar respectul colectivității. În război erau infirmieri și brancardieri. Spaniolii i-au considerat hermafrodiți – deci în legătură cu diavolul – și i-au exterminat. Civilizația și cultura greacă nu doar a tolerat ci a și cultivat homosexualitatea masculină, acceptând-o și pe cea feminină. Iar la sfârșitul secolului XIX Nietzsche a devenit strident prin faptul că a subliniat acest lucru. În acest ultim caz nu e vorba doar de existența la om a unei preferințe sexuale alta decât cea adaptativ biologică, ci de însăși consubstanțialitatea ei cu o epoca de înflorire culturală excepțională cum a fost cea a Greciei Antice. Nu e de ignorat nici că relativ recent, talibanii condamnău pe homosexuali la moarte. Problema poate constitui o temă de studiu pentru psihopatologia evoluționistă. Umanitatea, așa cum s-a afirmat ea după neolitic, a cultivat munca în zone sedentare, administrația, geometria și proprietatea privată, context în care s-a stabilizat și familia (în secolul XIX Engels a scris o carte intitulată „Originea familiei și a proprietății private”). Sexualitatea s-a cantonat, pentru procreere, în zona privată a familiei. Manifestările erotismului în spațiul public au fost inhibitate. Apoi, creștinismul „cultivând modelul ideal de sfințenie a familiei” a condus la prohibirea homosexualității. Deschiderile și permisivitățile culturale ale sexualității au avut și au desigur multiple condiționări. Dar comentariul psihopatologic nu poate evita plasarea în contextul uman cultural, care valorizează totdeauna sexualitatea prin specificitatea unei culturi.

*
**

Acceptarea, cultivarea și ritualizarea unor comportamente particulare în cadrul unor socio-culturi poate fi, până la un punct, o alternativă sau o absorbție pentru unele manifestări excentrice, care ar putea aluneca spre psihopatologie. „Cursa de amok” este deseori citată de psihopatologie în perspectivă transculturală. Ea a fost descrisă inițial în India și arhipealagul Malayez ca o tulburare ce cuprinde unele persoane ce intră într-un fel de transă, devin agresive, ajung să lezeze sau să omoare pe alții și nu pot fi oprite decât prin capturarea și uciderea lor. O astfel de manifestare era însă bine cunoscută și instituționalizată în context războinic, ca „furie sfântă” ca sacrificiu personal, închinat zeului colectivității, pentru victorie. Tavernier descrie (în 1717) în Batania „crize de Mecca” la mahomedani, mai ales la cei care fuseseră la Mecca și care în cursul bătăliei, pleacă cu cuțitul în mână și omoară câți dușmani pot, până ce la rândul lor sunt răpuși de cei din tabăra adversă convinși că vor ajunge după moarte în rai. După aceea, colegii de armată le fac un mormânt frumos, așa cum se cade unor eroi. Documentele ne semnalează însă astfel de „curse” nu doar la mahomedani. Vergiliu descrie în Eneida un fel de cursă de amok a lui Turnus. În același sens s-a vorbit de „furor teutonicos”. Dacii erau și ei celebri prin degajarea cu care plecau spre moarte, în luptă convinși și ei că se sacrifică zeului. Literatura scandinavă a comentat

„beserkerwust” ca și comportament eroic a luptătorilor viteji și foarte iubiți de Odin, zeul războiului. La un moment dat, în iminența atacului, un luptător voinic era cuprins de o puternică criză de furie, începea să urle, își arăta dinții, spumega, ochii i se întorceau în cap și străluceau ciudat. Apoi se arunca asupra a tot întâlnea în cale, omorând pe oricine, mușcându-și buzele etc. Berserkșii se credeau în aceste perioade transformați în lup sau în alt animal feroce omorând un mare număr de dușmani, până ce erau la rândul lor omorâți. Ei știau că vor fi stimați și considerați eroi. Mai târziu textele scandinave menționează că în afara perioadelor de luptă, cei ce aveau astfel de crize puteau omorâ mulți oameni pașnici, fiind ca urmare considerați tâlhari și izolați. După creștinarea Scandinaviei, „beserkerswurt” dispăre odată cu apariția ideologiei creștine despre iubire și condamnarea criminalilor. Comportamente similare cursei amok se întâlnesc mai recent în literatura europeană, de exemplu în texte literare ale lui Selimovici sau Csapek. (Lzărescu, 1989). Ritualul se reduce treptat la esențialul său de dialectică a agresivității: cel pornit în cursă ucide pentru a fi omorât. În final, este vorba, în varianta sa decăzută din ritualul eroic care se corela cu credința în zei și în viața de apoi, de o tehnică de sinucidere indirectă, mascată. O parte din teroriștii sinucigași islamici ai ultimilor ani reactivează înțelesul arhaic al acestui model comportamental. De altfel, rămâne încă de studiat corelația între funcționarea lobului temporal – și unele manifestări din epilepsia temporală – și propensiunea pentru stări de transă mistică și stări crepusculare a celor ce suferă de „morbus sacer”.

..

Fobia de spațiu neprotejat, propensiunea homosexuală, sinuciderea indirectă – derivată din starea crepuscular agresivă a jertfei războinice „plăcută” Zeilor – sunt modele comportamentale care chiar dacă își au rădăcina în comportamente bio-psihologice și antropologice obișnuite ajung uneori să nu mai fie adaptative, prin decontextualizare, pierderea de semnificație, prin intensitate, perturbare a vieții sociale, suferință, neadaptare. Dar și printr-un deficit disfuncțional intrinsec. Incidențele în care se manifestă neobișnuitul trăirilor și comportamentelor este diferit: prelucrarea și sinteza informațiilor despre spațiul ambiental ca și premiză a acțiunilor eficiente; orientarea preferinței sexuale în corelație cu universul socio-normativ și cultural; raportarea la finitudinea propriei existențe în raport cu existența transcendentă și cu sensul existențial. Varietatea istorică culturală a existenței umane relevă multiple variante de normalitate firească, dar și de comportament particular, uneori performant, alteori excesiv sau patologic. În perspectiva psihopatologiei ar fi de dorit să se poată formula acele coordonate transculturale și transistorice – dar nu doar reductivist biologice – coordonate înscrise în structura persoanei și posibile de un deficit disfuncțional, care să permită depistarea vulnerabilităților și să facă comprehensibile stările psihopatologice umane. Și astfel să se ajungă la sprijinirea indivizilor și a colectivităților, pentru ca răul psihopatologic să fie minimalizat și gestionat cu înțelepciune.

..

La sfârșitul acestei scurte intervenții transcultural istorice se poate menționa și faptul că tipul de instituții sociale care au în vizorul lor cazurile cu probleme psihopatologice variază și ele. Tradiția azilară a Europei, care a fost continuată de cea a Spitalelor de psihiatrie izolate de comunitate, a favorizat studierea detaliată a unei populații selecționate și scoasă din mediul său natural. Prin comparație s-ar putea spune că studierea comportamentului animalelor din captivitate conduce la concluzii diferite de studierea nemijlocită a animalelor ce viețuiesc în mediul lor natural, așa cum o practică etologia. Psihopatologia clinică actuală e marcată încă de tradiția acestor studii pe populația intra-azilară, internată în clinici de psihiatrie. Această înțelegere și abordare este și în zilele noastre prezentă în însăși definiția tulburării mintale promovată de DSM-III-IV: prezența unui „sindrom clinic semnificativ”. Această formulare corectă și utilă, care stă nu doar la baza înțelegerii dintre psihopatologi ci și a multor cercetări semnificative, are un fundal de presupozitii fără de care nu poate funcționa, dar care nu e formulat explicit. Acest fundal e centrat de ideea „clinicii psihiatrice”, de faptul că e vorba de oamenii despre care se presupune că ar fi putut face parte din categoria celor internați și izolați în spitale. Și astfel, obiectivați. Desigur azilul de psihiatrie a dispărut în coordonatele sale derfinitorii. Dar în însăși formularea de „caz clinic” sau „sindrom clinic semnificativ” funcționează latent obiectivarea pe care spitalul de psihiatrie a practicat-o atâta timp, așezarea celuilalt în „poziție de obiect”. Poate, e o opozitivitate și o obiectivare necesară, care nu va dispărea niciodată, chiar dacă se va conjuga armonios cu alte perspective. Dar abordarea psihopatologiei clinice „și din alte perspective” e la fel de necesară.

...deosebit de interesant este faptul ca, in cadrul unor cazuri clinice, s-a constatat ca, in unele cazuri, persoanele afectate de aceasta boala au avut in trecut unele probleme de natura psihopatologica, ceea ce sugereaza ca aceasta boala este, in mare masura, o boala psihopatologica.

...Sindromul de anxietate este caracterizat de manifestari episodice sau continue, care pot fi asociate cu simptome somatice, precum palpitatii, transpiratii, tremururi, etc. In unele cazuri, simptomele pot fi asociate cu simptome psihopatologice, precum fobii, obsesii, etc. Aceasta boala este, in mare masura, o boala psihopatologica.

SINDROMUL DE ANXIETATE EPISODICĂ ÎN CADRUL PSIHOPATOLOGIEI

...Sindromul de anxietate este caracterizat de manifestari episodice sau continue, care pot fi asociate cu simptome somatice, precum palpitatii, transpiratii, tremururi, etc. In unele cazuri, simptomele pot fi asociate cu simptome psihopatologice, precum fobii, obsesii, etc. Aceasta boala este, in mare masura, o boala psihopatologica.

PARTEA A II-A

PSIHOPATOLOGIA CLINICĂ ÎN PERSPECTIVA NEOKRAEPELIANĂ, CANTITATIVĂ ȘI OBIECTIVANTĂ

...Psihopatologia clinică este o ramură a psihopatologiei care se ocupă de studierea și tratamentul bolilor psihice. Aceasta este o disciplină care se ocupă de studierea și tratamentul bolilor psihice.

...Psihopatologia clinică este o ramură a psihopatologiei care se ocupă de studierea și tratamentul bolilor psihice. Aceasta este o disciplină care se ocupă de studierea și tratamentul bolilor psihice.

...Psihopatologia clinică este o ramură a psihopatologiei care se ocupă de studierea și tratamentul bolilor psihice. Aceasta este o disciplină care se ocupă de studierea și tratamentul bolilor psihice.

...Psihopatologia clinică este o ramură a psihopatologiei care se ocupă de studierea și tratamentul bolilor psihice. Aceasta este o disciplină care se ocupă de studierea și tratamentul bolilor psihice.

...Psihopatologia clinică este o ramură a psihopatologiei care se ocupă de studierea și tratamentul bolilor psihice. Aceasta este o disciplină care se ocupă de studierea și tratamentul bolilor psihice.

...Psihopatologia clinică este o ramură a psihopatologiei care se ocupă de studierea și tratamentul bolilor psihice. Aceasta este o disciplină care se ocupă de studierea și tratamentul bolilor psihice.

...Psihopatologia clinică este o ramură a psihopatologiei care se ocupă de studierea și tratamentul bolilor psihice. Aceasta este o disciplină care se ocupă de studierea și tratamentul bolilor psihice.

...Psihopatologia clinică este o ramură a psihopatologiei care se ocupă de studierea și tratamentul bolilor psihice. Aceasta este o disciplină care se ocupă de studierea și tratamentul bolilor psihice.

CAPITOLUL 2

EPISODUL PSIROPATOLOGIC

Actuala psihopatologie clinică, așa cum s-a configurat ea în ultimii 30 ani după publicarea DSM-III, este declarat de orientare neokraepeliniană și cantitativă. Tulburarea mintală e considerată ca bazându-se pe episoade psihopatologice ce pot fi circumscrise cât mai obiectiv prin criterii explicite de diagnostic și măsurată cantitativ prin scale de evaluare. Întreaga concepție presupune un determinism predominant cerebral disfuncțional, al tulburărilor. Noile orientări din psihopatologie încearcă să nuanțeze și să flexibilizeze această viziune.

Episodul psihopatologic (ep.pt.) este baza patologiei psihiatrice și a psihopatologiei clinice. O tulburare mintală (t.m.) constă (1.5.d) din unul sau mai multe ep.pt. din aceeași clasă ce apar pe un teren specific și lasă sau nu un defect. În extremis t.m. ar putea fi diagnosticată doar printr-un unic ep.pt. sau prin identificarea unui teren anormal de tipul tulburării de personalitate. Pentru o imagine consistentă a t.m. e nevoie însă de o perspectivă temporală, de mai multe episoade și de o tendință evolutivă, așa cum gândea Kraepelin. Iar terenul presupune mai multe caracteristici specifice în sensul vulnerabilității, episoadelor subclinice, prodromului etc. În plus, e de obicei invocată și perspectiva genetică, familială. Toate aceste aspecte au fost deja aduse în discuție în primul capitol. Cât privește însuși episodul psihopatologic acesta se caracterizează în primul rând prin simptomatologia sa care-l diferențiază de normalitate și de alte ep.pt. Desigur, așa cum s-a precizat deja în primul capitol (1.5) sunt și alți parametri precum intensitatea simptomatologiei, durata, modul de instalare și remisiune, răspunsul terapeutic (fig. 1). Dar manifestarea simptomatologică este aspectul esențial. De aceea la acest prim nivel de abordare a psihopatologiei clinice, cea a episodului, se cere prezentată și comentată în primul rând semiologia psihopatologică care, cel mai firesc, se prezintă ca „sindroame standard”.

2.1. SEMIOLOGIA PSIROPATOLOGICĂ ÎN PERSPECTIVA SINDROAMELOR

Semiologia medicală este comentată din perspectiva simptomelor și sindroamelor. Simptomele (s.) exprimă perturbarea unei funcții simple și au un mare grad de generalitate, de nespecificitate nosologică. Așa este de exemplu scăderea în greutate, febra sau dificultatea de concentrare a atenției. Sindroamele (sd.) constau dintr-un grupaj de simptome ce se întâlnesc frecvent împreună și exprimă perturbarea unei funcții complexe, trimițând ceva mai specific spre nosologie și patogenie. Așa este de exemplu sindromul insuficienței circulatorii periferice, sd. de hipertensiune intracraniană, sd. anxietății generalizate sau cel maniacoal. Se consideră că episoadele malade au la bază din punct de vedere semiologic unul sau mai multe sindroame ce se reunesc într-o constelație specifică.

Considerăm că psihopatologia poate fi comentată descriptiv cel mai bine dacă se începe cu prezentarea principalelor sindroame psihopatologice. Aceasta deoarece sindroamele au corespondențe evidente în tabloul clinic al ep. pt. În epoca DSM-III-IV s-a ajuns chiar ca simptomatologia episoadelor să fie etichetată cu denumirea generică de „sindroame”. Iar pe de altă parte ele corespund unor trăiri umane fundamentale, pe care oricine le poate recunoaște la sine și la alții. Desigur, respectivele trăiri din normalitate, de tipul depresiei, euforiei, obsesiei, dependenței, deciziilor pripite, iluziilor sau convingerilor fanatice, sunt mult mai complexe și nuanțate, prezintă variante și ipostaze ce nu se mai regăsesc în caricatura lor psihopatologică, unde viața psihică e simplificată, împuținată, deficitară. Dar corespondența e evidentă, putând fi urmărit până la un punct un continuum, o tranziție „dimensională”. Dimensiune pe parcursul căreia, totuși, undeva se produce un salt, o mutație. Cât privește simptomele, comentarea lor, făcută după cea a sindroamelor, poate completa util tabloul semiologic al psihopatologiei clinice.

Prezentarea descriptivă a marilor sindroame psihopatologice ridică unele probleme metodologice, fapt care se datorează complexității și varietății unora din ele. Astfel, de exemplu, sd. depresiv luat în ansamblul

său și mai ales în varianta sa inhibată, cuprinde mai multe componente: 1. lipsa de interes, hiporeactivitatea la stimuli noi și anhedonia, care se întâlnesc însă și în sd. deficitar schiziform; 2. deficitul cognitive ale atenției, percepției, memoriei, gândirii cu reducerea randamentului, care se întâlnesc până la un punct în mod asemănător în procesele deteriorative ale vârstei a treia; 3. imobilitatea cu negativism, care se poate întâlni și în stuporul organic sau de altă origine; 4. simptome somatice ca inapetența cu scădere în greutate, insomnie, reducerea libidoului, cenoestopatii și hipocondrie, simptome ce se întâlnesc și în multe suferințe somatice. Alături de acestea întâlnim însă și caracteristici proprii ale depresiei, cum ar fi: dispoziția tristă, lipsa de speranță, autodeprecierea, vinovăția nemotivată, ideea suicidară. Componentele de semiologie modulară menționate mai sus, ar putea fi considerate și ele sindroame mai simple sau „subsindroame” în raport cu „macrosindromul” depresiv.

În altă direcție, un sindrom cum este cel fobic, care în ansamblu poate fi caracterizat destul de clar, prezintă variante în funcție de tipul fobiilor: fobii spațiale, sociale, de separație, agorafobie, fobii anankaste etc. Fiecare din acest tip conține, la rândul său, variante simptomatice. De exemplu, între fobiile spațiale întâlnim pe cea de spații înguste, de spații largi, de înălțime. Într-un caz ca cel al fobiei s-ar putea astfel vorbi de un „grupaj sindromatic”. La fel stau lucrurile în ceea ce privește sindromul comportamentului impulsiv, al adicției etc.

Decuparea și gruparea tematică a sindroamelor poate fi și ea o problemă. Astfel, un domeniu tematic important al psihopatologiei îl reprezintă preocuparea anormală pentru propriul corp, pentru sănătatea și aspectul acestuia. Se constituie în această direcție grupajul sindromatic somatoform și altele. Dar respectivele sindroame – de exemplu hipocondriac, dismorfofob – pot fi trăite în variante anxio-fobice, obsesive, ca ideea prelevantă sau delirantă. Circumscrierea sindromatică orientată de domeniu tematic se conjugă cu o altă orientare sindromatică, în care primul rol îl joacă forma de desfășurare psihopatologică: de preocupare anxio-fobică, obsesivă etc. Și în continuare, tot privitor la zona corporalității trăite, fenomenele de depersonalizare corporală sunt comentate tradițional în cadrul unui sindrom denumit al depersonalizării; dar care în esență e o tulburare de percepere distorsionată a propriei corporalități de către subiect. Practic, este imposibil să se decupeze sindroamele psihopatologice în conformitate cu un criteriu unic. Și totuși, orientarea semiologiei spre sindroame este deosebit de importantă, atât pentru clinica psihiatrică cât și pentru psihopatologie în general.

O altă problemă e aceea că tablouri sindromatice coerente, cum sunt de exemplu depresia, mania, anxietatea, suspiciunea paranoidă, pot avea echivalente în trăsăturile caracteriale ale personalităților patologice. Fapt ce atrage atenția asupra ideii că psihopatologia exprimă disfuncționalitatea și manifestarea deficitar disfuncțională a unor dimensiuni bazale adaptative ale psihismului persoanei umane, care se exprimă atât situațional, cât și constant, diacron. Astfel de exemplu, dependența se poate manifesta atât prin adicția de substanțe psihoactive sau de anumite comportamente, cât și ca dependență de alte persoane, ultima fiind o caracteristică a unei tulburări de personalitate. La fel, tensiunea agresivă se poate manifesta ca iritabilitate, explozivitate sau opozivitate situațională, dar și ca o trăsătură de personalitate. Problema se pune la fel pentru patologia obsesiv-compulsivă, impulsivă etc.

Întreaga tradiție a semiologiei psihopatologice sugerează că numărul principalelor sd.pt. nu e infinit. Ele pot fi apreciate ca fiind mai multe sau mai puține, la fel ca numărul tipurilor de tulburări de personalitate, în funcție de decupajul efectuat. Dar lunga tradiție observațională indică un număr limitat. Faptul e important pentru că sugerează existența unor dimensiuni și structuri bazale ale psihismului persoanei conștiente, pe care psihopatologia, în calitatea sa de experiment natural, le indică și le relevă.

*
**

Descrierea sd. psihopatologic are la bază observații clinice făcute timp de decenii și secole. Cazurile ce au stat la baza acestei observații, cazuistica ce a fost studiată și sintetizată inductiv, a fost desigur variată, descrierea sindromatică reunind și sintetizând aspectele esențiale de caracterizare. Există pentru orice sd. unele simptome sau aspecte mai importante și altele mai periferice. Depresia inhibată ar putea fi caracterizată în esență prin: 1. hipertimie negativă tristă cu lipsă de speranță, anhedonie, autodevalorizare și idei suicidare; 2. bradipsihie și inhibiție generalizată. În manie esențiale ar fi hipertimia euforică cu autoapreciere exagerată și dezinhibiție însoțită de tahipsihie. Dar prezentarea descriptivă a unui sd. trebuie să cuprindă, în cele din urmă, întreaga simptomatologie cunoscută. Aceasta se cere, la rândul său sistematizată. Jaspers a propus să se

comenteze următoarele perspective: 1. simptomele subiective; 2. cele ale performanțelor psihice, în special cele cognitive; 3. simptomele comportamentale expresive, manifeste, în specificul lor uman; 4. simptomele corporale. Nu toate sd. psihopatologice pot acoperi aceste arii sau le acoperă disproporționat, pe unele cu mai multe, pe altele cu mai puține simptome. Mai intervin apoi variantele tipologice, așa cum s-a menționat mai sus privitor la fobie. De aceea descrierea sindroamelor nu poate fi rigid unitară. Mai ales că prezentarea descriptivă a sindroamelor este parțial și un construct teoretic, un fel de „caz tipic ideal” sau „caz didactic”.

În medicină și în psihopatologie sindroamele au individualitatea lor ce poate fi descrisă și recunoscută. Această individualitate rezultă pe de o parte din suma, din configurația simptomatică. Între simptomele ce constituie un sindrom totdeauna unele au fost considerate mai importante, mai „centrale” și altele mai periferice, cu o semnificație mai redusă. Tabloul simptomatic specific sindromului poate fi considerat din perspectiva frecvenței cu care se întâlnesc împreună simptomele ce o compun: mai mare pentru cele importante, mai mică pentru celelalte. Există însă, tot tradițional, un punct de vedere, „configuraționist” care consideră sindromul ca un ansamblu structurat. În plus, în medicină sindromul apare de obicei ca „disfuncția” unor funcții normale. În psihopatologia secolele XIX și XX sd.ps. au fost și sunt considerate ca disfuncții a unor funcționări cerebrale. Mai recent însă ele sunt interpretate de psihopatologii evoluționiști și ca disfuncții a unor funcții psihice adaptative fixate prin evoluție. Această interpretare se poate lărgi în sensul interpretării lor ca disfuncții ale unor funcții adaptative specific antropologice constituite pe mai multe căi.

Prezentarea ce urmează a sd.ps. reunește datele clasice a descrierilor ce se găsesc în manuale și tratate. Lucrările dedicate special semiologiei au fost și sunt puține în plan internațional. Putem menționa: SCAN-OMS, Sistemul european AMDP (2001), cărțile lui Scharfetter (1980), Sims (ultima editare realizată de Oyebode, 2008), Taylor (2009), Casey-Fish (2009). DSM-III-IV este în esență centrat pe sindroame. Fiecare tratat de psihiatrie are un capitol de semiologie. Monografiile tratează pe larg simptomatologia tulburărilor pe care le abordează. În textul ce urmează, pentru câteva din marile sindroame psihopatologice așa cum e macrosindromul depresiv, sindromul maniaco-depresiv și sindromul anxios, simptomatologia e prezentată destul de detaliat. Pentru altele expunerea e mai sintetică. Ordinea prezentării sindroamelor urmează o anumită logică fără a se tenta o sistematizare rigidă. Tot pentru a crește flexibilitatea abordării se prezintă sub expresia generică de „sindrom”, sindroame psihopatologice de diverse complexități, inclusiv mai simple, de rangul „subsindroamelor”. Pe de altă parte sunt comentate și „complexe sindromatice” reunite printr-un anumit criteriu semnificativ. Și, de asemenea, sindroame ce se prelungesc în trăsăturile tulburărilor de personalitate. Descrierea și ordinea sindroamelor este realizată în continuare și cu intenția unei articulări utile și flexibile cu realitatea clinică. Și de asemenea, pentru a sugera dezvoltări în cercetarea teoretică și practică în domeniul psihopatologiei clinice.

Înțelegerea psihopatologiei presupune cunoștințe de psihologie. Psihismul uman se diferențiază de cel al animalelor, fiind mult mai complex, dimensionat prin sinele reflexiv, prin conștiință de sine și logos, prin persoana ce se manifestă într-un mediu socio-cultural, prin norme și valori. Faptul a fost semnalat în primul capitol (1.7). Dar la ora actuală nu avem la dispoziție o elaborare psihologică sistematică și coerentă care să fie un referențial ferm pentru psihopatologia clinică. De aceea, pentru o articulare cu perspectiva normală a psihismului sunt intercalate în expunere câteva cazuri cu „excursuri psihologic antropologice”. Aceste scurte prezentări ale psihismului persoanei umane constituie la acest nivel un puzzle, sugerând ceea ce ar putea fi referențialul în normalitate a psihopatologiei clinice. Coerența acestor trimiteri psihologice sperăm să se evedențieze pe parcurs, mai ales prin referințele la structura și funcționarea sinelui și persoanei (a se vedea și Anexa 1).

*
* *

Lista sindroamelor standard și a excursurilor psihologic antropologice care vor fi prezentate în acest capitol:

1. Sd. instabilității psihomotorii
2. Sd. anxietății generalizate și al atacului de panică
3. Sd. fobic
4. Sd. obsesiv-compulsiv
5. Sd. ticurilor
 - a. Excurs psihologic antropologic (Ex. ps. ant.). Funcțiile executive
6. Sd. abulic

7. Sd. comportamentului impulsiv
8. Sd. de dependență-addicție
9. Sd. depresiei inhibitate
10. Sd. maniacal
 - b. Ex. ps. ant. Dispozițiile afective
11. Sd. comportamentului iritabil-ostil
12. Sd. apatic
 - c. Ex. ps. ant. Corporalitatea trăită
13. Sd. somatoform
14. Sd. dismorfic
 - d. Ex. ps. ant. Identitatea persoanei
15. Sd. dedublării personalității
16. Sd. de depersonalizare-derealizare
 - e. Ex. ps. ant. Relaționare interpersonală
17. Sd. cataton
18. Sd. senzitiv-relațional
 - f. Ex. ps. ant. Convingerile personale
19. Sd. delirant
 - g. Ex. ps. ant. Percepția situațională a lumii
20. Sd. halucinator și al distorsiunii percepției
 - h. Ex. ps. ant. Sinele nuclear și distanțele interpersonale
21. Sd. de transparență-influență și referință
 - i. Ex. ps. ant. Coerența centrală și sinteza psihismului
22. Sd. dezorganizării ideoverbale și motivațional-comportamentale
 - j. Ex. ps. ant. Intenționalitatea psihismului
23. Sd. amotivațional și grupajul sd. Schizo-deficitar
24. Sd. autist
 - k. Ex. ps. ant. Vigilitatea conștientă
25. Sd. de delirium: denivelarea vigilității conștiente
26. Sd. demential.

2.2. DESCRIEREA PRINCIPALELOR SINDROAME STANDARD

SINDROMUL INSTABILITĂȚII PSIHOMOTORII, AL DEFICITULUI DE ATENȚIE ȘI HIPERKINEZIEI. *ATTENTION-DEFICIT / HYPERACTIVITY DISORDER – ADHD*

Animalul și omul sunt ființe ce trebuie să investigheze continuu ambianța pentru a supraviețui și a progresa. În stare de veghe, individul nu doar reacționează la stimulii provocatori ai lumii ci este deseori într-o stare de atenție investigatorie, mai ales când apar stimuli care să îi stârnească curiozitatea. Acest fapt stă la baza detectării informațiilor noi, a celor utile și/sau periculoase. Investigarea activă are, în forma sa bazală o componentă psihomotorie, care crește în momentele de alertă. În acest context al tensiunii investigatorii există o disponibilitate crescută pentru o reactivitate psihomotorie imediată, care să fie eficientă pentru adaptare.

Atitudinea investigatorie menționată mai sus este mai pronunțată în aspectul său psihomotor în copilărie și prima parte a vieții, ulterior predominând, în mod natural, curiozitatea intelectuală. Sindromul ADHD exprimă deficiența disfuncțională a funcției adaptative mai sus menționate care se manifestă excesiv și disfuncțional. El se caracterizează prin:

- Deficit de atenție, în sensul unei mobilități atenționale crescute ce nu poate fi centrată mai mult timp pe un obiectiv, fiind lipsită de persistență. Dar nu e prezentă o alertă investigatorie tensionată, ca în anxietate; ci un fel de curiozitate; cu reactivitate crescută pentru orice stimul
- O tendință la dezinhibiție psihomotorie, la neliniște hiperreactiv impulsivă: subiectul nu e liniștit, nu e capabil să păstreze o atitudine motorie calmă și controlată, se mișcă în permanență, psihomotricitatea sa

scapă de sub control, deranjează ambianța, în cadrul jocurilor cu colegii și a activităților educaționale. La fel ca în cazul atenției, persistența e deficitară și în acțiune: copilul nu duce la capăt lucrurile începute. Se produc reacții scurtcircuitate adverse, explozive și comportamente impulsive, fapt ce perturbă integrarea socială și întreține, prin reacție și sancțiune, tulburarea.

Sindromul ADHD este considerat, în principiu specific copilăriei, oricum primei perioade de viață a persoanei; deși în prezent, tot mai multe cercetări evidențiază prezența sa la adult. El se diferențiază de anxietatea generalizată, în care dominantă e tensiunea de așteptare în fața unui pericol potențial cu sentimentul vulnerabilității crescute. Și de asemenea de stările hipomaniacale – prezente mai des la adult – în care predominantă e hipersociabilitatea și o asertivitatea euforică centrată pe prezent.

SINDROMUL ANXIETĂȚII GENERALIZATE ȘI AL ATACULUI DE PANICĂ. ANXIETATEA GENERALIZATĂ

Anxietatea e trăită frecvent în normalitate ca sentiment al unui pericol neprecizat (ca temă, timp și loc). Ea se manifestă prin hipervigilență, tensiune de așteptare investigatorie, neliniște, nesiguranță. Sub această formă e prezentă și la animale, ca stare de alertă, care e adaptativă pentru condiția apariției bruște a unor informații noi și neprecizate; sau a prezenței unor informații insuficiente care ar sugera un posibil pericol. Și la om poate fi condiționată de informații insuficiente sau greu de sintetizat, de lipsa de repere, de conștiința incapacității de-a face față unor solicitări majore și periculoase, de incapacitatea de a controla situațiile. Are multiple manifestări somatice condiționate de alerta generală în care se află organismul.

Anxietatea generalizată în sensul de sindrom psihopatologic, este o trăire anormală, intensă, constând din sentimentul unui pericol neprecizat și starea de alertă biopsihică corelativă, care se instalează și persistă fără o cauză evidentă, timp de zile, săptămâni, luni, inducând o stare disfuncțională. În această perioadă în prim plan pot trece diverse componente ale sindromului, care se caracterizează prin:

Din punct de vedere subiectiv pacientul trăiește:

– sentimentul continuu al unui pericol neprecizat, nelocalizat în timp și spațiu, preocuparea că ar putea să apară un pericol necontrolabil;

– îngrijorare excesivă privitor la ce se poate întâmpla într-un viitor apropiat, lui sau celor apropiați suflătește, cu imaginarea unor eventualități sau întâmplări nefavorabile ce le-ar putea trăi; – poate apare chiar sentimentul unei catastrofe iminente, a morții sau înnebunirii sale iminente; – sentiment de încordare, de tensiune interioară, iritabilitate, irascibilitate, nerăbdare; – imposibilitate de relaxare psihică; – reținere față de necunoscut, față de contactul cu noul, cu persoane necunoscute, față de situații problematice; – neplăcere de a rămâne singur, neplăcere față de întuneric; – atenție exagerată acordată funcționării propriului corp cu interpretarea catastrofică a senzațiilor corporale ca posibili indici de boală sau a unei disfuncții fatale.

– în perspectiva timpului trăit subiectul se concentrează pe un prezent punctiform, intens trăit, deschis spre un viitor problematic și periculos, nefavorabil. Trecutul nu interesează decât în măsura în care ar putea informa despre eventuale pericole. Viitorul nu poate fi abordat într-o perspectivă îndepărtată. Prezentul nu e controlat în perspectiva desfășurării activităților firești și a celor performante.

– în raport cu sine, subiectul se simte nesigur, vulnerabil și neajutorat, cu nevoie de protecție din partea unor persoane puternice, nevoie de contact social. Pe alții îi împarte în persoane apropiate cărora le cere ajutorul și persoane necunoscute, posibil periculoase; dar în perioadele de anxietate crescută este dorită prezența oricui.

Din punct de vedere al performanțelor cognitive se constată:

– atenția este hipermobilă investigatorie, dispersată, cu dificultăți de concentrare și persistență; – hiperatenție față de stimuli externi și interni (informații, senzații, percepții) care ar putea fi relevanți pentru evenimente periculoase; – percepții corporale neplăcute, ceneștopatii, dureri musculare;

– memoria și imaginația pot fi crescute în raport cu anumite teme posibil relevante pentru un eventual pericol; – cursul gândirii este segmentat din cauza dificultății de persistență; – acordă o semnificație majoră, periculoasă, catastrofică unor informații banale, ca palpațiile; – deși subiectul este hipervigil, randamentul intelectual este de obicei scăzut, din cauza dificultăților de concentrare și persistență.

Din punct de vedere comportamental și al expresiei, se constată:

– neliniște psihomotorie: subiectul nu poate sta într-un loc, își frământă mâinile, își roade unghiile; – neliniștea corporală este echivalentul stării de tensiune investigatorie din biologie; – tensiune musculară (tonus muscular

crescut, care poate duce la dureri musculare); – postură încordată, cu reacție de tresărire la zgomot; – imposibilitate de relaxare; – iritare; – tremor al mâinilor; – voce tremurată și precipitată; hiperreactivitate la stimuli. E prezentă o nevoie crescută de contact social (dificultate de a sta singur, mai ales seara și noaptea), cu solicitare de protecție.

Expresia mimicii este de investigare tensionată, cu mișcări permanente ale ochilor, care exprimă frică; fruntea e încrețită după modelul mirării, uneori încruntare; fața poate exprima îngrijorare.

Din punct de vedere bio-corporal, vegetativ se constată:

Dissomie, cu adormire dificilă (din cauza dificultății de relaxare, a nesuportării întunericului, a fricii de coșmaruri); – somn neliniștit, coșmaruri de cădere în gol sau imposibilitatea de a se deplasa, treziri nocturne, uneori cu atacuri de panică; – tulburări de bioritm cu rău vesperal (spre seară anxiosul se simte mai rău, nu poate sta singur, nu poate adormi sau se culcă cu lumina aprinsă); – ritm cardiac crescut, uneori cu creșterea TA; – tahipnee; – tranzit intestinal accelerat, scaune moi și frecvente, balonări, borborigme, regurgitații, eructații, uneori greață și dureri abdominale; – polakiurie; – ejaculare precoce, frigiditate, amenoree, pierderea libidoului; – transpirații (mai ales în palme și axile); – dermografism crescut, piloerecție, – parestezii (senzații de arsură, furnicături, roșeață); – la nivelul extremității cefalice uscarea gurii, încețoșarea vederii, roșeață și paloare a feței; – amețeli.

Anxietatea generalizată se poate asocia cu diverse boli somatice cum ar fi hipertiroidismul sau hipertensiunea arterială. Ea se asociază frecvent cu atacurile de panică, cu alte tulburări anxioase și cu depresia.

Anxietatea poate fi și de intensitate majoră, psihotică, întâlnindu-se în delirul paranoid, schizofrenie și în diverse tulburări organice generale și cerebrale.

Sindromul anxietății generalizate poate fi o ocazie pentru a ilustra cum scalele de evaluare cantitativă psihopatologice selectează un număr de simptome din ansamblul existent, simptome pe care le consideră destul de semnificative și le evaluează ca intensitate. Se face în final un scor total. Repetarea la intervale regulate a evaluării indică tendința evolutivă a sindromului.

Scala Hamilton de evaluare a anxietății generalizate conține următorii itemi ce se evaluează cu una din 5 valori de la absent la sever.

1. Stare anxioasă (îngrijorare, teamă de ceea ce urmează, irascibilitate).
2. Tensiune (senzație de tensiune, obosește ușor, reacție de tresărire, tremurături, senzație de neliniște, incapacitate de a se relaxa).
3. Teamă (de întuneric, de persoane necunoscute, de singurătate, de animale, de trafic, de aglomerație).
4. Insomnie (adoarme cu dificultate, somn intermitent, somn neodihnit, oboseală la trezire, vise, coșmaruri, spaime nocturne).
5. Intelectual (dificultăți de concentrare, memorie slabă).
6. Stare depresivă (pierderea interesului, lipsa plăcerii în exercitarea hobby-urilor, depresie, trezire devreme, oscilații diurne).
7. Somatic (muscular) (dureri, spasme, blocaje, tresăriri mioclonice, scrâșnire din dinți, voce tremurată, tonus muscular crescut).
8. Somatic (senzorial) (tinnitus, vedere încețoșată, senzații de cald și de frig, senzație de slăbiciune, înțepături).
9. Simptome cardio-vasculare (tahicardie, palpitații, dureri în piept, vase de sânge palpitând, senzații de leșin).
10. Simptome respiratorii (apăsare sau greutate în piept, senzație de sufocare, oftat, dispnee).
11. Simptome gastrointestinale (dificultate de înghițire, gaze, dureri abdominale, senzație de arsură, balonări, greață, vomă, borborigme, diaree, pierdere în greutate, constipație).
12. Simptome urogenitale (polakiurie, micțiuni imperioase, amenoree, menoragie, frigiditate, ejaculare precoce, pierderea libidoului, impotență).
13. Simptome vegetative (uscăciunea gurii, congestie, paloare, tendință de a transpira, vertij, cefalea datorată tensiunii musculare, piloerecție).
14. Comportamentul la interviu (postură încordată, neastâmpăr, neliniște, tremurături ale mâinilor, încruntare, facies încordat, oftat, polipnee, paloarea feței, înghițire în sec, eructație, reflexe osteotendinoase vii, pupile dilatate, exoftalmie).

Se constată că unii itemi cuprind mai multe simptome, așa cum e itemul 3, teama, pe când cei referitori la simptomatologia somatică sunt țintiți și detaliați. Depresia e inclusă datorită marelui sale comorbidități cu anxietatea.

Atacul de panică

În normalitate echivalentul atacului de panică este spaima intensă condiționată de pericole reale.

Atacul de panică în calitate de manifestare psihopatologică este o tulburare paroxistică, delimitată în timp ca o „criză” ce apare brusc și fără motiv aparent, comprehensiv. Subiectiv persoana trăiește sentimentul morții iminente sau alte fenomene neplăcute; sunt prezente importante manifestări corporale, mai ales fenomene neurovegetative. Trăirea poate induce o anxietate de așteptare privitoare la apariția unui nou atac.

În cursul atacului de panică, care poate dura câteva minute, rareori peste o oră, apar următoarele simptome.

Din punct de vedere subiectiv pacientul trăiește:

- sentimentul foarte neplăcut a ceva rău care urmează să se producă iminent, trăirea cea mai frecventă fiind cea a sentimentului de moarte iminentă, de dispariție; – frică de a-și pierde autocontrolul, de a înnebuni;
- senzație de prăbușire, de cădere în gol; – trăire de depersonalizare și de derealizare; – senzație de plutire;
- senzație de sufocare, lipsa de aer; – senzația că inima i se oprește dintr-un moment în altul, motiv pentru care stă continuu cu mâna pe puls; – dureri în diverse zone corporale, predominant abdominal;

- subiectul e în stare de alertă psihică, hipervigil, atent la funcționarea propriului corp, nu se poate debarasa de fixarea sa pe evenimentul neplăcut de spaimă pe care îl trăiește foarte intens; imaginează eventualități negative grave ale evoluției stării sale, în principiu iminența morții.

Din punct de vedere comportamental și expresiv:

Solicită ajutor continuu și insistent, prezența altora (pe care îi poate ține de mână), intervenția cadrelor medicale (transportul la spital); – uneori se precipită cu orice mijloc spre un spital; – alteori poate fi siderat, neclintit sau agitat; – este tensionat, preocupat de funcționarea propriului corp, își verifică pulsul, aspectul în oglindă; – faciesul exprimă frică, spaimă, teroare.

Corporal biologic și neuro-vegetativ se constată:

- tahicardie paroxistică, cu posibile tulburări de ritm și creșterea tensiunii arteriale; – hiperpnee, uneori senzația că e nevoie de un efort pentru a respira; – tranzit intestinal accelerat, balonări, eructații, dureri abdominale (uneori în bară care conduc la suspectarea unei pancreatite); – polachiurie, poliurie; – transpirații profuze mai ales în palme și axile; – paloare marcată;

- cefalee (uneori migrenoasă); – vertij; – încețoșarea privirii; – uscăciunea gurii; – dificultate de deglutiție; – roșeață sau paloare a feței; – dermatografism accentuat; piloerecție; ROT vii.

Atacul de panică poate fi facilitat de unele suferințe organice generale, endocrine și neurologice. El poate apărea în contextul anxietății generalizate (mai ales seara și noaptea), a tulburărilor fobice (la contact cu obiectul fobogen), în depresie (predominant dimineata) și în cadrul altor tulburări psihice (schizofrenie, tulburare bipolară). Ridică probleme importante de diagnostic diferențial cu suferințe somatice. Dintre tulburările psihice se cere diferențiat de crizele conversive hiperexpresive care se desfășoară în prezența unui public semnificativ, pentru a-l impresiona – și nu doar pentru a cere protecție anxioasă – și nu prezintă tulburări neurovegetative importante ci manifestări conversive corporale pe musculatura striată.

După apariția unuia sau mai multor atacuri de panică subiectul trăiește o anxietate de așteptare; dacă apar circumstanțe asemănătoare cu cele în care s-a produs precedentul atac el devine încordat, deosebit de atent mai ales la funcționarea propriului corp, își analizează toate senzațiile corporale ca posibili indici ai apariției atacului, fapt care favorizează în cele din urmă chiar reapariția acestuia.

SINDROMUL FOBIC. GRUPAJUL SINDROMATIC FOBIC

Fobia este replica în psihopatologie a trăirii fricii care este un fenomen biologic și uman normal și adaptativ, foarte răspândit și variat. În normalitate, la om, majoritatea fricilor se învață în cursul personogenezei. Frica constă din cunoașterea, amintirea, reprezentarea sau imaginarea unei situații periculoase care din acest motiv e evitată; sau individul desfășoară conduite de asigurare când știe că are a se confrunța ele. Există tranziții firești între frică, ce se bazează pe nivelul metareprezentational al psihismului și anxietate și spaimă care sunt resimțite direct și nemijlocit, situațional.

Fobia psihopatologică poate fi considerată o frică insuficient sau deloc motivată pentru subiect și pentru alții, care e trăită intens, e neadaptativă, induce suferință și perturbă funcționarea normală a subiectului. Fobia, la fel ca frica, este centrată de teme fobogene – obiecte, ființe, situații – care sunt

cunoscute de subiect, sunt evitate sau confruntate după ce s-au făcut asigurări (în sensul de a fi protejat, sprijinit de cineva puternic). Aproximarea de situația fobogenă este însoțită de o anxietate de așteptare cu hipervigilență, stare de alertă și atenție exagerată acordată stimulilor ce anunță situația fobogenă, pericolul. Iar confruntarea conduce la o trăire neplăcută subiectiv care e însoțită de fenomene neurovegetative; de obicei apare un atac de panică sau un echivalent al acestuia. Sindromul fobic nu poate fi comentat după același model ca anxietatea generalizată, fiind o tulburare ce se derulează în timp după schema:

Cunoașterea de către pacient a fenomenului fobic corelat unor situații care duc la atac de panică	Anxietate anticipatorie în apropierea contactului cu situația fobogenă	Conduită de evitare – asigurare	Atac de panică (sau o trăire echivalentă) la contactul cu obiectul fobogen
---	--	---------------------------------	--

Sindromul fobic, de fapt grupajul sindromatic fobic, este comentat în raport cu tipul fobiei. Principalele forme de fobie sunt: Fobiile speciale; Fobiile spațiale; Fobia (anxietatea) socială; Fobia (anxietatea) de separare; Agorafobia; Fobia (anxietatea) de sănătate; Fobiile anankaste.

Fobiile speciale

Acestea se referă la fobii față de diverse ființe sau situații. Ele sunt frecvente la populația normală, în unele cazuri rezultând din experiențe neplăcute. Dar pot avea și o origine neclară biografic. Iar în cazuri psihopatologice intensitatea lor e mai mare decât la populația generală. Se menționează:

– Fobia de animale: poate fi vorba de animale mari, cai, boi, câini; sau de animale mici, șoareci, gândaci, aceștia inducând mai degrabă scârbă. Foarte răspândită e fobia de șerpi. Fobiile de animale se întâlnesc și în prima copilărie de obicei estompându-se ulterior.

– Fobia de elemente naturale: apă, foc, tunete, fulgere.

– Fobia de sânge (se consideră că e în mare măsură înăscută), fobia de medic (deseori indusă), de medicamente, de stomatolog, de injecții. Fobia de boli și cea de contaminare constituie o categorie specială.

Fobiile spațiale

Acestea sunt similare precedentelor, dar centrate evident pe raportarea la situații spațiale. Se descriu:

– Fobia de înălțime (de a se urca într-un turn, a sta pe balcon la un etaj înalt, a traversa o creastă de munte).

– Fobia de adâncime, ca variantă a precedentei (a privi de pe un pod înalt, a trece o punte peste un pârâu, a privi într-un puț adânc).

– Fobia de spații largi: a trece printr-o piață largă goală, a trece singur o stradă largă dacă nu vine nici un vehicul, dar mai ales dacă este unul, chiar foarte îndepărtat; de precizat că pacientul ajunge de obicei de cealaltă parte a pieței mergând pe lângă case sau însoțit de o altă persoană, chiar un copil mic sau împingând un cărucior, acestea putând constitui un „punct de sprijin” spațial. Sindromul a mai fost denumit „vertij de piață” („Platzschwindel” descris de Westphal) sau agorafobie în sens restrâns.

– Fobia de spații înguste, strâmte, închise, fără o posibilitate ușoară de a le părăsi, denumită claustrofobie. Poate fi vorba de coridoare strâmte, camere mici și închise (celula de detenție), cabină de lift, interiorul unui tramvai sau tren în mers, al unui avion (în ultimul caz se adaugă fobia de înălțime la fel ca în cazul deplasării în cabina unui teleferic).

În fobiile spațiale e de presupus o perturbare a percepției spațiale, a distanțelor și punctelor de sprijin fizice. Dar ele se pot combina – cel mai clar în cazul agorafobiei – cu prezența oamenilor. Astfel fobia poate fi maximă într-un tramvai aglomerat, în mijlocul unei săli de spectacol sau pur și simplu într-o aglomerație umană. Aceste situații sunt de obicei incluse în patologia mai amplă a agorafobiei.

Fobia (anxietatea) socială

Fobia socială constă în teama exagerată și disfuncțională a subiectului de a se manifesta în fața unui grup relativ mic de oameni, a unui public puțin cunoscut, care l-ar putea evalua și aprecia negativ, critica. Pe măsură ce subiectul se manifestă într-un grup social, apare o stare emotivă tot mai pronunțată cu inhibarea funcționării psihice adecvate și cu fenomene neurovegetative (echivalentul unui atac de panică): tahicardie, dispnee, fenomene vasomotorii, roșeața feței, transpirații, tremurături, greață, nevoia de a urina. Desfășurarea comportamentului respectiv e perturbantă, blocantă și deseori subiectul renunță să se mai manifeste. Ulterior evită situația respectivă, cu anxietate anticipatorie, argumentată de fobia de a nu roși în public (ereutofobia) și de a atrage astfel atenția asupra sa.

Situații fobogene din această clasă sunt: a vorbi în fața unui auditoriu, a prezenta un examen oral, a se prezenta într-un spectacol, a conversa cu o persoană necunoscută, a mânca în public, a scrie sau a face orice acțiune sub privirile altora, a vorbi de la telefoane publice, a utiliza WC-ul public (cu inhibiția micțiunii) etc.

Subiectul care prezintă fobii sociale are de obicei o asertivitate redusă.

Fobia (anxietatea) de separare

Se manifestă până la un punct normal și adaptativ în primul rând la copil în perioada 1–3 ani în corelație cu constituirea relației de atașament (Bowlby). După 8 luni copilul devine sensibil și reacționează comportamental cu indici de neliniște, anxietate, atunci când pleacă mama și apare o persoană necunoscută. În funcție de felul în care se realizează relația de atașament (atașament sigur, nesigur, ambivalent, fuzional, dezorganizat) anxietatea la despărțirea de mama protectoare poate fi mai mică sau mai mare. Situația separării de ființele și spațiul protectiv se poate constitui într-o temă fobică.

Fobia de separare se poate defini ca teamă de a se îndepărta de ființe și locurile resimțite ca protectoare, care dau siguranța subiectului; îndepărtare care condiționează anxietatea și chiar atacuri de panică. Situația se poate realiza fie prin plecarea ființei protectoare, fie prin depărtarea subiectului de aceasta și de spațiul familiar și cunoscut, care dă siguranță; contactul cu persoane și situații necunoscute accentuează anxietatea.

Anxietatea de separare se întâlnește și în biologie unde animalul, mai ales puii, intră în alertă dacă se îndepărtează de părinți și de cuib (vizină).

La om ea se poate prelungi dincolo de vârsta primei copilării în perioada școlară fiind o componentă importantă a fobiei de școală.

La vârsta adultă se poate corela cu dependența de o persoană puternică și sigură a subiecților cu personalitate dependentă.

Fobia de separare se poate întâlni separat, dar ea este cel mai frecvent întâlnită – mai ales în perspectivă spațială – în cadrul agorafobiei.

Agorafobia

Constă în teama subiectului de a se deplasa și manifesta în afara spațiilor familiare și protejate, mai ales de a fi prezent și a acționa departe de acestea, în aglomerațiile umane. În cadrul agorafobiei se conjugă fobii spațiale, fobia de separare, fobii sociale.

- Forma cea mai simplă e deplasarea în afara casei, chiar în spații nepopulate; mai anxiogene sunt zonele intens populate, magazinele, bazarele aglomerate, deplasarea cu mijloacele de transport în comun, mai ales dacă sunt aglomerate, deplasarea departe de locurile familiare cu tramvaiul, autocarul, autobusul, trenul, avionul (deplasarea cu automobilul în prezența persoanelor familiare nu ridică probleme).

- Este dificilă participarea la spectacole, în săli aglomerate, la ședințe, la reuniuni unde este multă lume, nunți, botezuri etc.

În toate aceste împrejurări apare o anxietate crescândă ce conduce la atac de panică. Uneori atacul de panică apare relativ brusc, neașteptat de către subiectul care până atunci nu a remarcat sensibilitatea sa față de spațiile publice, cu manifestări ce solicită o intervenție medicală de urgență. După o astfel de experiență subiectul evită situațiile fobogene respective (departe de spațiul familial și protector, în zone aglomerate, închise, cu ieșire dificilă din ele). Parcurgerea unor astfel de spații și situații poate fi uneori posibilă împreună cu o persoană de încredere (conduită de asigurare). Variante ale agorafobiei, în combinație cu alte fobii, pot fi: frica de a se deplasa cu trenul sau avionul; dificultatea sau frica de a călători și a sta singur în locuri îndepărtate și necunoscute. Nu toate situațiile menționate au o intensitate anormală, patologică.

Fobia (anxietatea) de sănătate

Subiectul e preocupat în manieră anxioasă de eventualitatea de a avea o anumită boală care să-i greveze viața sau să-l conducă la moarte. De obicei are în vedere boli cardiace, cancer, ciroză, demență sau alte suferințe grave. Indici pot fi diverse manifestări subiective, corporale, comportamentale sau psihice, care prin sine sunt nesemnificative dar care sunt supraevaluate de subiectul ce le acordă o importanță exagerată. El se află mereu în tensiune de așteptare pentru a constata dacă respectivele semne se manifestă; le notează detaliat, consultă mulți medici, citește literatura de specialitate. Sindromul este intermediar între anxietate, fobie, preocupare somatoformă hipocondriacă și obsesionalitate, putând aluneca mai mult într-o direcție sau alta. Tematica hipocondriacă se regăsește și la nivel delirant.

Fobiile anankaste

Acestea se referă la fobii de obiecte și situații care condiționează obsesii și compulsii. Principalele sunt:

– Fobia de murdărie și spații ce pot fi ușor infestate, fapt ce declanșează obsesia de contaminare și compulsia de spălare.

– Fobia de dezordine în spațiul intim, ce declanșează obsesia și compulsia de ordonare.

– Fobii corelate cu obsesii agresive: fobia de înălțime corelată cu compulsia de a se arunca în gol; fobia de obiecte ascuțite și tăioase corelate cu compulsia de a le utiliza împotriva sa sau a altora.

– Fobia de impulsuri agresive: fobia de a nu rezista tentației de a agresa pe cineva verbal sau fizic; de exemplu de a agresa sau ucide propriul copil sau altă ființă apropiată; obsesia se accentuează în prezența acestuia, fapt ce conduce la conduite de evitare fobică.

Fobiile anankaste se îndepărtează parțial de condiția obișnuită a trăirilor fobice care sunt corelate mai mult obiectelor și situațiilor externe și mai puțin reprezentărilor interne.

Fobiile se corelează în primul rând cu atacul de panică și anxietatea generalizată, împreună constituind clasa tulburărilor anxioase. Există interferențe importante și cu depresia, obsesionalitatea și patologia dependenței. Fobia poate avea o intensitate psihotică, mai ales sub forma fricii paranoide de intențiile rele a altor oameni, în care caz ea e absorbită de obicei de simptomatologia sindromului delirant.

SINDROMUL OBSESIV-COMPULSIV

În normalitate, după evenimente deosebite, mai ales neplăcute, pot apărea reamintiri pe care subiectul nu le dorește dar de care nu poate scăpa. La fel, grija și preocuparea pentru ceva important care urmează sau ar putea să se întâmple, poate declanșa trăiri recurente nedorite privitoare la posibilitățile eventuale de desfășurare. Atașamentul crescut față de o persoană se poate însoți de o grijă obsesivă de a nu i se întâmpla ceva rău mai ales prin participarea sa neglijentă. Nesiguranța privitoare la efectele acțiunii proprii poate condiționa verificări repetate. Cele menționate pot fi câteva aspecte ale trăirilor normale a căror echivalent psihopatologic se întâlnește în sd. obsesiv compulsiv.

Sindromul obsesiv-compulsiv – TOC – se manifestă prin trăiri subiective și comportamentale neplăcute recurente, involuntare, de care subiectul ar dori să scape și împotriva cărora luptă fără succes; se exprimă astfel o egodistonie de fond. Simptomatologia are următoarele caracteristici:

– Trăirile obsesiv-compulsive sunt resimțite ca impunându-se subiectului din interioritatea sa, fără dorința, voința și acceptul său. Ele nu pot fi îndepărtate sau oprite cu toate eforturile depuse (încercări de ignorare, stopare, îndepărtare). Sunt trăiri scurte, repetitive (recurente), neplăcute (supărătoare, nepotrivate, absurde) care parazitează psihismul, persistând cu tot dezacordul egodiston al subiectului. Ele creează o pronunțată stare de disconfort, repliind subiectul asupra lui însuși, interferând cu activitățile zilnice și cu viața socială.

– Obsesiile sunt trăiri subiective (amintiri, gânduri, ruminatii, reprezentări, frici, disconfort, intenții de act) care apar spontan; și deși sunt criticate nu pot fi îndepărtate. Așa sunt: sentimentul de contaminare prin microbi sau murdărie, disconfortul creat de dezordine, ideea subiectului că a cauzat un rău cuiva, reprezentări indecente sau inacceptabile, mai ales sexuale în raport cu persoane cunoscute și percepute, inclusiv față de imaginile sfinte din biserică; intenția de a agresa pe cineva prezent sau a distruge ceva din jur; îndoiala dacă a făcut sau nu un lucru, mai ales reprobabil. Prin ruminatii se înțelege preocuparea obsesivă față de idei sau întrebări care nu au răspuns; de exemplu: există viață după moarte? Există Dumnezeu?

– Compulsiile se referă la acte simple care se repetă fără voia subiectului; mare parte din compulsii sunt corelate cu obsesiile pe care încearcă să le contracareze. Așa sunt spălatul pe mâini compulsiv, ordonarea compulsivă, verificare repetată, ritualuri „magice” pe care subiectul le efectuează pentru a contracara un eventual rău care s-ar putea întâmpla, pe care l-ar fi putut sau l-ar putea face. Executarea compulsiei reduce pentru moment tensiunea și disconfortul creat de obsesii sau de starea de tensiune ce-l precedă. Se comentează și compulsiiile „ascunse”, mintale; de exemplu un act mintal cum ar fi o rugăciune făcută pentru a contracara ideea de a blasfemia pe Dumnezeu în biserică. Există și compulsii ce au o legătură mai laxă cu obsesiile ca de exemplu numărul compulsiv (aritmomania), colecționarismul și unele acte ceremoniale compulsive. Compulsiile se pot corela și cu mișcări involuntare cum sunt ticurile. Dar există o zonă în care obsesiile și compulsiiile sunt foarte strâns legate în cadrul fenomenului ce se numește „fuziunea

act-gândire”; subiectul este aproape convins că actul la care s-a gândit sau pe care și l-a reprezentat l-a și făcut efectiv, motiv pentru care efectuează verificări obsesive interminabile.

– Patologia obsesiv-compulsivă e strâns corelată cu nehotărârea, hiperdeliberarea, îndoiala. Deseori e prezentă o preocupare exagerată față de acțiune, față de ordine și curățenie, perseverență în acțiune (încăpățânarea), perfecționism și conștiinciozitate (acestea din urmă fiind și trăsături de personalitate).

– Obsesiile și compulsiile creează o stare de nemulțumire de sine, vinovăție, anxietate, rușine, egodistonie. De aceea, subiectul evită să le comunice altcuiva și simptomatologia e depistată cu greutate.

– Simptomatologia obsesiv-compulsivă se desfășoară într-o stare de luciditate, de hiperreflexie cu tendință la autoanaliză, la control exagerat a situațiilor și la autocontrol exagerat. Obsesiile patologice nu sunt doar simple îngrijorări legate de problemele vieții.

– Atât obsesiile cât și compulsiile sunt resimțite ca produsul propriei minți și nu impuse din afară ca în simptomele de „insertie a gândirii”.

– Simptomatologia obsesiv-compulsivă poate include unele fobii speciale (fobiile anankaste) deja menționate. Sunt aspecte de obsesionalitate care prezintă unele caracteristici fobice așa cum ar fi obsesia de contaminare cu microbi, sau fobia de locurile murdare, care sunt evitate și împotriva cărora se iau măsuri de asigurare. Dar, în esență, patologia obsesiv – compulsivă, care repliază subiectul pe sine, e distinctă de cea fobică care orientează subiectul spre exterior.

– Obsesivul structurează greu prezentul trăit pe care nu-l poate configura din cauza fragmentării trăirii prin obsesii și compulsi; el își poate face proiecte și planuri dar trece greu la act datorită nehotărârii și finalizează dificil din cauza perfecționismului și verificărilor; trecutul îl trăiește obsesiv, ca o parazitare a prezentului prin reamintiri.

– Relaționarea obsesivului cu alte persoane e dificilă datorită nehotărârii și ambivalenței, astfel încât preferă să le țină la distanță. Față de sine se raportează printr-o exagerată autoanaliză și cu exagerat autocontrol, de obicei cu o insuficientă încredere în sine și nesiguranță.

– Trăirile obsesiv compulsive sunt mari consumatoare de timp. Cel ce suferă astfel de trăiri efectuează mult mai încet actele obișnuite ale vieții de zi cu zi. Astfel performanțele scad, fiind necesar un mare efort pentru ca obiectivele să fie îndeplinite. Un parametru de evaluare a gravității simptomatologiei obsesiv-compulsive este, pe lângă suferința subiectivă, gradul de interferență cu activitatea zilnică și efortul necesar pentru asigurarea vieții curente.

– În sindromul obsesiv-compulsiv se exprimă frecvent o atitudine ostil agresivă involuntară a subiectului față de alții, exprimată mai ales în compulsiile de a face rău, uneori chiar de a omorî, inclusiv propriul copil. E de subliniat poziționarea obsesivului la un pol opus față de trăirile paranoide în care resimte atitudinea ostil agresivă a altora împotriva sa, până la anihilarea propriei persoane.

– Trăirile obsesiv-compulsive – TOC – pot avea variate intensități, de la cea foarte puțin exprimată, „subclinică”, până la forme extrem de accentuate, „psihotice”.

Poate exista comorbiditate între simptomatologia obsesiv – compulsivă și cea depresivă, anxioasă (anxietate generalizată, atacuri de panică, fobie socială), impulsivă, delirantă precum și cu simptomatologia schizofrenă dezorganizantă. În prezent se discută despre „spectrul tulburărilor obsesiv – compulsive” care se întinde în trei direcții: de la nehotărârea obsesivă spre certitudinea delirantă; de la compulsiie spre comportament impulsiv; de la trăire obsesiv – compulsivă spre mișcări involuntare neurologice.

Tradițional, patologia obsesiv-fobică a fost plasată în grupul tulburărilor anxioase. În raport cu anxietatea generalizată, manifestările TOC transgreveză nivelul situațional nemijlocit de trăiri manifestându-se în instanța metareprezentatională a psihismului, chiar într-o modalitate mai accentuată decât trăirile fobice. La acest nivel TOC se conpenetrează cu sd.abulic, care uremază să fie comentat.

SINDROMUL TICURILOR

Ticurile sunt mișcări involuntare care apar brusc, sunt repetitive și stereotipe dar neritmice; ele se pot manifesta și ca vocalizări. Ticurile pot cuprinde fața, părți ale feței, trunchiul etc. Ele sunt simple sau complexe, se repetă de multe ori pe zi, pot fi favorizate de anumite circumstanțe, creează în mod secundar neplăceri subiectului prin perturbarea activității și reacția socială față de omul ce le prezintă.

Ticurile mai complexe pot apărea ca fragmente de comportament sau vorbire. În boala Tourette se descriu manifestări coprolalice și ecolalice. Un tic motor poate fi acela de a atinge anumite obiecte sau

anumite persoane în mod repetat, într-o anumită modalitate. S-a descris și atingerea repetată a propriei persoane.

Există o tendință de a împărți ticurile în patru mari grupe: cu simptome pur motorii și fobice; cu comportament impulsiv (a atinge alte persoane); cu comportament agresiv (a da din picioare, a se manifesta furios, „țâfnos”); „toping and absence of grunting”.

Ticurile sunt distincte de tulburarea obsesiv compulsivă putând exista comorbiditate și chiar fenomene de tranziție. De asemenea, ticurile nu îndeplinesc condițiile comportamentului impulsiv, deși se apropie de formele simple ale acestuia (tricotilomania, grataj impulsiv). Pot interfera cu sindromul instabilității psihomotorii.

Sindromul ticurilor, în forma sa tipică, apare în perioada copilăriei, ca o tulburare developmentală. Patologia ticurilor se plasează într-o zonă intermediară între psihopatologie și neuropatologie.

a) Excurs psihologic antropologic. Funcțiile executive *

În momentele mai importante ale vieții omul trebuie să delibereze serios înainte de a lua o decizie, înainte de a se angaja într-o activitate cu consecințe importante pentru alții și pentru sine, consecințe pe care trebuie să le evalueze de la început prin discernământul său. Comportamentul omului are nu doar cauze ci și motive, argumente și justificări, pe care subiectul și le înfățișează sieși și altora. Cu toate influențele ce acționează în permanență asupra individului – din partea situației, memoriei sau altora – în cele din urmă decizia aparține subiectului, care urmează să și-o asume, el fiind sau resimțindu-se responsabil pentru ceea ce face. Atât în perspectiva deciziei cât și a executării acțiunii, subiectul dezvoltă imaginari diverse eventualități posibile, inclusiv în ceea ce privește organizarea și etapele comportamentului realizator.

Decizia este un aspect al autonomiei și independenței persoanei, a identității sale cu sine. După trecerea la act – care și ea ridică uneori probleme psihopatologice, – pe parcursul desfășurării acțiunii cu scop subiectul trebuie să fie atent la ceea ce face, să se autocontroleze și să evalueze mereu etapele pe care le-a parcurs și le parcurge. El trebuie să facă periodic bilanțuri calculând strategiile ulterioare de acțiune până la finalizare, la capăt evaluând rezultatul și devenind disponibil pentru alte proiecte.

Acest model schematic al acțiunii cu scop, autoreglat pe parcurs, este modelat de teoria acțiunii și de cibernetică. Pentru om, în desfășurarea sa joacă un rol important relațiile interpersonale, limbajul, actele de limbaj, universul normativ și valoric, moral, în care el există și în care se afirmă. Se consideră că fiecare subiect evaluează consecințele actelor sale pentru sine și pentru alții fiind astfel responsabil de comportamentul său.

Funcțiile executive se inseră în situație prin nivelul decizional și al trecerii la act. Dar ele transgresează situațiile nemijlocite, în plan metareprezentational, atât din perspectiva motivației cât mai ales de cea a execuției, care se poate extinde pe perioade îndelungate de timp.

Instabilitatea psihomotorie este o expresie a disfuncției procesului de investigare, anxietatea – a stării de alertă la stimuli necunoscuți, fobia – a comportamentului de evitare a pericolelor cunoscute; obsesionalitatea – a deciziei și executării actelor voluntare. În continuare se vor comenta, în marginea perturbării funcțiilor executive: sindromul abulic, sindromul comportamentului impulsiv, cel al comportamentului iritabil ostil. Unele aspecte ale sindromului de dependență, mai ales dependența interpersonală, se corelează strâns cu problematica funcțiilor executive. Aceste funcții se deteriorează și în sindromul demențial precum și în unele aspecte ale psihopatologiei schizofrene.

SINDROMUL ABULIC. INDECIZIA, HIPERCONTROLUL COMPORTAMENTAL, PROBLEMATIZAREA FINALIZĂRII

Una din dimensiunile de bază ale psihismului uman a fost considerată de mult timp capacitatea de a se decide și acționa, care era comentată sub expresia generică de voință.

Decizia, trecerea la act și persistența în acțiune, controlul acesteia precum și finalizarea se pot desfășura problematic, deficitar. Se pot întâlni următoarele simptome:

– Indecizia: subiectul se hotărăște dificil, inclusiv pentru actele minore ale vieții de zi cu zi; ezită, cântărește valoarea eventualităților, amână decizia. Uneori poate fi ambitendent: începe o direcție de acțiune

* A se vedea 9.7.

apoi o părăsește pentru alta, chiar contrarie, pentru ca ulterior să revină. În unele cazuri face multe proiecte de acțiune și imaginează în detaliu felul în care va realiza lucrurile, dar totul rămâne în plan ideatic. Trecerea la acțiunea propriu-zisă, după ce decizia a fost luată, poate fi și ea dificilă, chiar imposibilă uneori, astfel că subiectul poate rămâne inactiv.

– Autocontrolul exagerat se referă la atenția crescută față de felul în care se desfășoară acțiunea, cu verificări și evaluări repetate. Atenția analitică hiperreflexivă, e crescută și față de situația în care subiectul se află, față de parametrii acesteia, cu dorința de a avea totul sub control. Controlul exagerat exprimă nesiguranța, induce o stare de încordare și se apropie de anxietate.

– Persistența în desfășurarea acțiunii până la capăt poate fi deficitară, subiectul părăsind la un moment proiectul, insuficient de justificat. În mod curent se vorbește de oameni lipsiți de voință. Uneori subiectul se încapătânează însă să persiste, chiar cu repetate întreruperi și reluări, apropiindu-se încet de final. Poate interveni perfecționismul, în sensul că subiectul nu declară lucrul încheiat – deși practic acesta este finalizat – dorind să-l execute cât mai bine, perfect. Sau, chiar dacă a terminat cele începute are sentimentul straniu al neterminatului. Verificările și evaluările repetate sunt prezente și la acest nivel. Încheierea acțiunii lasă un gol psihic interior, cu nevoia de a începe cât mai repede un alt proiect. În intervalul dintre acțiuni mai poate fi prezentă o permanentă astenie, cu sentimentul lipsei de energie, sfârșeală, epuizare, incapacitate de a se mobiliza.

Sindromul abulic așa cum a fost prezentat mai sus e caracteristic în primul rând patologiei obsesive, mai ales în perspectiva caracterială a acesteia. El este parțial distinct de sd. obsesiv-compulsiv înțeles ca patologie episodică și care a fost tocmai descris. Se poate însă combina cu acesta, mai ales prin intermediul verificărilor repetate. În sindromul obsesiv-compulsiv standard, verificările sunt mai ales corelate cu ideea obsesivă agresivă, cu gândurile sau intențiile de a face un rău, a încălca o normă, a agresa, a blasfemia, a face un act care indirect poate avea consecințe negative. Sindromul abulic se poate întâlni în afara obsesionalității în clinica depresiei și a schizofreniei dezorganizant deficitară. În formele grave de schizofrenie, abulicul nu mai face nimic, nu se poate decide să treacă la act, stă și vegetează tot timpul. În aceste cazuri se combină de obicei cu alte aspecte ale macrosindromului schizo-deficitar, adică cu sindromul apatic, amotivațional, autist.

SINDROMUL COMPORTAMENTULUI IMPULSIV

Comportamentul uman normal presupune deliberare și argumentare, astfel încât deciziile se iau în funcție de amploarea și semnificația problemei în cauză, mai repede sau mai lent, presupunând evaluarea consecințelor actelor și implicând libertatea și responsabilitatea persoanei.

Situațiile normale, în care decizia este dificilă, mult deliberată și cele în care ea este luată rapid, fără multe analize, ele se prelungesc în psihopatologie. Hiperdeliberarea și indecizia se întâlnesc mai ales în patologia obsesivă – incluzând sd. abulic – iar scurtcircuitarea motivațională în comportamentul impulsiv și cel maniaco.

Sindromul psihopatologic al impulsivității se caracterizează prin decizie rapidă cu trecere la act fără suficientă deliberare care să evalueze consecințele actelor pentru sine și pentru altul; și/sau prin imposibilitatea subiectului de a se opune pulsivității ce o resimte.

Decizia e luată în urma unei tensiuni, a unei pulsivități interne, cu minime solicitări externe; ambianța furnizează de obicei doar ocazia desfășurării actului. Totuși în, anumite împrejurări, subiectul ce se află sub tensiune impulsivă poate să influențeze el însuși împrejurările în raport cu care, ulterior, se poate descărca. Pulsivitatea spre act e resimțită ca irezistibilă; ea e însoțită de o stare de tensiune, încordare, uneori neliniște, anxietate. De multe ori subiectul își dă seama că actul pe care tinde să-l întreprindă nu e recomandabil sau e nociv, dar lupta cu sine însuși durează puțin. După care cedează și se angrenează în comportamentul respectiv.

În timpul comportamentului impulsiv subiectul e complet absorbit de acesta, nu mai reacționează la stimuli sau argumente exterioare care l-ar putea opri; el se află într-o stare de încordare maximă, de excitație.

Actul impulsiv are o finalitate hedonică. Desfășurarea lui și mai ales rezultatul produc satisfacție de moment subiectului, îl detensionează, uneori îi produc plăcere. După ce comportamentul sau ciclul comportamental impulsiv s-a încheiat, subiectul resimte aspectul nefavorabil, de nedorit sau nociv al comportamentului său și trăiește sentimente de nemulțumire, vinovăție, rușine, dezaprobare. El proiectează în viitor renunțarea la un astfel de comportament. Dar după o perioadă de timp, ciclul se reia.

Caracterizarea de mai sus se aplică, în mare măsură tuturor comportamentelor impulsive, cu particularități de la caz la caz. Aspectul specific constă în pierderea autocontrolului asupra comportamentului și a libertății de acțiune.

Patologia autocontrolului impulsurilor constă din trăiri secvențiale, unele din acestea fiind scurte ca durată, altele având o desfășurare mai amplă. Aceste comportamente se repetă la anumite intervale de timp. În acest sens fenomenul se aseamănă până la un punct cu tulburarea obsesiv-compulsivă. Pe de altă parte, patologia comportamentului impulsiv are o intersecție semnificativă cu unele forme ale sindromului addictiv, exemplul clasic fiind cel al jocului patologic de noroc.

Comportamentele impulsive sunt foarte variate. Ele pot fi împărțite în mai multe clase, în funcție de diverse criterii, cum ar fi: complexitatea, obiectul de raportare (la sine, la alte persoane, la lumea fizică), sau durata desfășurării.

Câteva grupe clasice sunt:

– Comportamentul impulsiv simplu al tricotilomaniei (smulgerea firelor de păr); în aceeași clasă intră zdrobirea coșurilor de pe față, gratajul patologic, roaderea unghiilor.

– Compulsii instinctive: Bulimia se referă la consumul irezistibil al unei mari cantități de alimente în interval scurt de timp. Masturbarea patologică se apropie de această clasă, fenomenul fiind în parte impulsiv în parte compulsiv, în sensul declanșării printr-o tensiune obsesivă și în urma unei perioade de luptă interioară. Alte comportamente sexuale aberante se pot desfășura după același model. Comportamentul heterosexual impulsiv de tip viol e mai frecvent la persoane disarmonice de tip antisocial (psihopate).

– Cleptomania constă din însușirea impulsivă a unor bunuri de care pacientul nu are nevoie și nu le utilizează.

– Piromania se referă la incendierea impulsivă lipsită de un obiectiv pragmatic.

– Dipsomania definește consumul periodic impulsiv de băuturi alcoolizate, care odată declanșat (uneori după o scurtă luptă interioară) durează câteva zile, urmat de o perioadă de abțință.

– Jocul impulsiv de noroc se desfășoară după toate regulile unui comportament impulsiv; el poate avea aspecte variate și se poate repeta după anumite intervale. În unele cazuri este interpretabil și ca o adicție comportamentală. Cumpărutul impulsiv se plasează în aceeași subclasă; dar se cere exclusă o stare hipomaniacală.

– Comportamentul exploziv sau impulsivitatea heteroagresivă este de obicei declanșată de evenimente ce nu sunt evaluate suficient sau sunt interpretate deformat de subiect. El se corelează cu o dispoziție afectivă instabil agresivă.

– Comportamentul interpersonal impulsiv cu diverse modele de raportare se întâlnește la persoanele dizarmonice de tip borderline (cu treceri frecvente de la heteroagresivitate la submisiune și autoagresivitate).

– Comportamentul parasuicidar sau suicidar impulsiv, la fel ca heteroagresivitatea impulsivă, este declanșat de evenimente minime la persoane disarmonice sau/și care se află într-o perioadă de viață specială.

Situațiile de comportament impulsiv menționate mai sus se diferențiază, așa cum deja s-a menționat, prin complexitate, durată și mod de instalare. În unele comportamente impulsiv agresive există un fond de dispoziție instabilă și factori declanșatori, chiar dacă sunt minimi, iar perioada de deliberare este foarte scurtă. În bulimie sau dipsomanie impulsul se poate naște endogen, iar perioada de luptă cu acesta e redusă. Piromania poate avea o perioadă mai lungă de elaborare și deliberare. Cleptomania poate fi favorizată de circumstanță, de ocazie (prezența într-un magazin, într-un loc în care sunt lucruri interesante). La fel, cumpărutul impulsiv patologic poate fi influențat de ocazii, reclame, disponibilitate financiară. În comportamentul heterosexual impulsiv poate interveni destul de mult atracția situațională, chiar seducția. În ansamblu, patologia impulsivă a insuficienței autocontrolului în decizie și trecere la act este mai influențată de ambianța decât patologia obsesiv-compulsivă, stimularea, șansa și seducția jucând un rol important. Ritmul de desfășurare este de asemenea diferit de cel din cazul sindromului obsesiv-compulsiv.

SINDROMUL DE DEPENDENȚĂ, ADDICȚIE

Viața și sănătatea omului depinde de multe aporturi exterioare și variate comportamente personale fără de care nu ar fi posibilă. Astfel e aportul de alimente – uneori și de medicamente – sau comportamentul de autoîngrijire și muncă.

În stări psihopatologice subiectul ajunge în mod exagerat dependent de unele aporturi de substanțe și modele comportamentale care nu mai sunt adaptative și sanogenetice ci nocive, pe termen scurt și/sau lung. Dependența nu poate fi controlată și combătută fără sprijin.

Addicția ca sindrom psihopatologic e comentată în două mari direcții: – în legătură cu consumul de alcool și alte substanțe psihoactive mai mult sau mai puțin licite; – în direcția unor adicții comportamentale.

Există și o dependență anormală, psihopatologică de alte persoane, care se desfășoară predominant în planul tulburării de personalitate. Adicția de alcool care a fost studiată cel mai mult, poate fi luată ca model în comentariul caracterizant. Ea se manifestă prin:

- Consum continuu, care tinde să devină zilnic, în cantități nocive;
- Consum neadecvat – ca loc, moment, stil – subiectul pierzând autocontrolul consumului atât în ceea ce privește cantitățile cât și stilul (își „pierde libertatea” în raport cu consumul);
- Tendința la creștere a dozelor, prin scăderea toleranței, cu nevoia unei doze mai mari pentru a obține același efect;
- Consumul este nociv pe termen scurt și/sau lung prin efectele biologice și/sau prin cele psihice și sociale; deși ajunge să cunoască nocivitatea subiectul nu se abține;
- Consumul răspunde unei nevoi psihologice pe care subiectul o resimte în absență aportului – tensiune, anxietate, iritare, depresie –, putându-se ajunge la nevoie irezistibilă de consum imediat și în cantități patologice;
- Consumul modifică starea biologică și psihică, reducând starea neplăcută inițială, conducând de obicei la satisfacție și plăcere de moment; dar în absența substanței starea subiectivă de rău re apare, accentuat;
- Starea psihică modificată prin consum nu e adaptativă; apar modificări ale funcțiilor psihice – cognitive, instinctive, afective, comportamentale – perturbări în comportamentul interpersonal care sunt dezadaptative. De obicei se instalează și o detașare de ambianță, de realitate, cu trăire într-o lume proprie;
- În cursul consumului pot apărea stări psihopatologice descrise în sindroamele standard: delirium, anxietate, delir, halucinații;
- Oprirea consumului induce o stare de sevraj caracterizată prin:
 - stare subiectivă neplăcută cu anxietate, depresie, iritare, tensiune, neliniște, agitație, insomnie, nevoie irezistibilă de consum;
 - uneori pot apărea în sevraj și tulburări psihice grave, psihotice ca: delirium, halucinații, delir, agitație;
 - prezența unei stări biologice alterate cu disfuncții cardio-circulatorii, respiratorii, deshidratare, tremor, fenomene neurologice (crize comițiale etc.).
- După starea de sevraj, dacă aceasta e depășită, sau dacă abstința e doar circumstanțială, subiectul poate rămâne mult timp, cu o vulnerabilitate crescută, astfel încât se poate ajunge din nou ușor la consum și dependență cu ocazia unor mici stresuri sau după consum incidental.

Dependența de alcool și substanțe psihoactive poate conduce la multe complicații somatice ca urmare a modalității neadecvate de administrare (injecții în cazul drogurilor), a efectului nociv direct al substanțelor asupra organismului și a stilului de viață (subalimentație, promiscuitate). Pot coexista variate comorbidități psihopatologice atât precedând adicția cât și ca o consecință a ei.

• Pe lângă adicția de substanțe psihoactive se studiază tot mai mult adicția comportamentală. Se comentează: – adicția de muncă, fenomen descris inițial în Japonia; – adicția de privit la TV și mai recent preocuparea adictivă față de internet, cu consecințe nefavorabile asupra dezvoltării psihice și integrării în societate. În ultimul timp se comentează în termeni de adicție mare parte din comportamentele ce devin prea frecvente, intense și sunt disfuncționale (exemplu, adicția de jogging). La acest nivel se cere analizată tranziția dinspre „pasiunile” și „hobby-urile” obișnuite ale oamenilor și adicție.

Un fenomen clasic este adicția de jocuri de noroc fenomen care este și un comportament impulsiv. În același sens se comentează comportamentul cumpărăturilor psihologice. Interrelația între comportamentul impulsiv în general și adicția favorizată de acest comportament se cere analizată la fiecare tip de patologie și la fiecare caz.

• Dependența interpersonală care se manifestă cel mai evident la tulburarea de personalitate dependentă, poate să se exprime și circumstanțial, episodic.

SINDROMUL DEPRESIEI INHIBATE. MACROSINDROMUL DEPRESIV

Depresia patologică are ca echivalent în normalitate tristețea ce apare ca urmare a oricărei pierderi; sau, în perioada unor importanțe epuizări sau bilanțuri de refacere, existențiale. În psihopatologie, depresia se diferențiază de tristețe nu doar prin împrejurările de apariție și prin intensitate ci și prin unele calități ale trăirii și manifestării psihocorporale.

Depresia psihopatologică are multe forme de manifestare. Ca „sindrom standard” în continuare se va lua în considerare depresia inhibată. Aceasta poate fi caracterizată pe scurt prin: dispoziție tristă, anergie, lipsă de speranță, autodeprecieri, ideatie suicidară, retragere socială, inhibiție și bradipsihie generalizată. În continuare se va prezenta o descriere detaliată a depresiei inhibitate.

Din punct de vedere subiectiv individul trăiește:

– Dispoziția depresivă, tristă, cu o calitate deosebită față de tristețea normală, uneori cu dificultate sau incapacitate de a plânge; lipsă de speranță: viitorul nu are sens, nu există sau nu aduce nimic bun pentru subiect și ceilalți; se poate ajunge la sentimentul de ruină sau catastrofă generală, inevitabilă; viața, existența în ansamblu nu mai are sens, e resimțită ca o povară insuportabilă; anhedonie, incapacitate de a se bucura de ceva, de lucruri care înainte îi făceau subiectului plăcere; dezinteres față de ambianță, față de evenimente și persoane; reducerea sau absența oricărei dorințe, intenții, preocupări, interese; reducerea sau absența proiectelor de acțiune, a planurilor de viitor; lipsă de energie, oboseală (astenii), sentiment de incapacitate, de neputință; nehotărâre, dificultate sau incapacitate de a se mobiliza pentru a acționa sau a persista în acțiune; senzații corporale neplăcute, corpul e resimțit greu, apăsător, ceneștopatii, algii; preocupări hipocondriace față de boli grave, incurabile; trăiri de depersonalizare, devitalizare (îmbătrânire corporală).

– În perspectiva timpului trăit subiectul nu mai are încredere în viitor, e lipsit de speranță, pesimist; prezentul nu-l interesează, e detașat de el; depresivul se repliază pe trecut din care selecționează evenimente negative, de care se preocupă monoțemic; are sentimentul scurgerii lente a timpului.

– Față de sine manifestă neîncredere, autodeprecieri, se simte incapabil, inutil, fără valoare, are o stimă de sine scăzută, consideră că e o povară față de alții, se consideră vinovat din motive minore sau fără motiv.

– În raport cu alții depresivul e retras, detașat social, nu e atent la alte persoane decât cu gândul că e posibil să fie vinovat față de acestea sau că alții au dreptul să-l judece, să-l disprețuiască și să-l condamne.

– Sentimentul de vină, lipsă de speranță și ansamblul trăirilor negative pot să-l conducă la concluzia că nu merită să mai trăiască; apare ideea că moartea e preferabilă, chiar dorită, apar idei suicidare, planuri și tentative de suicid.

Din punct de vedere al performanțelor cognitive: Atenția e deficitară ca și concentrare, persistență, mobilitate, volum; percepția e diminuată, obiectele și ambianța sunt percepute fără pregnanță și detalii, în culori cenușii; hipomnezie de fixare și concentrare; ideatie redusă cantitativ, lentoare a cursului ideativ, gândire inefficientă, stereotipă cu revenirea la aceleași teme; decizie intelectuală dificilă; rezolvarea de probleme e înceată și neproductivă.

Din punct de vedere comportamental și expresiv: Mișcărilor sunt lente și reduse cantitativ; se poate ajunge la inhibiție motorie cu nemișcare și opozitivitate (stupor); reducere globală a activității și performanțelor; reducere a contactelor sociale, retragere socială, comunicări interpersonal sociale reduse; vorbire redusă cantitativ, scurtă, lentă, cu intensitate scăzută, se poate ajunge la mutism; reacționează încet, tardiv și scurt sau deloc la solicitări de orice fel; decizie dificilă, trecerea la act e lentă se realizează cu dificultate, abulie; reducerea și neglijarea activităților de autoîngrijire, de gospodărire, cu neglijarea de sine și a obligațiilor familiale; expresivitate specifică cu repliere corporală, mers aplecat, capul în piept, privire în jos, comisurile gurii căzute, fruntea încrețită ca „omega”, mâinile în piept; comportament suicidar.

Din punct de vedere bio-instinctiv și corporal: Reducerea somnului cu insomnie predominant matinală (numărul de ore cu care se trezește mai devreme poate fi un indicator de gravitate); modificare de bioritm cu rău matinal; inapetență cu scădere în greutate progresivă și marcată, aceasta poate fi un indicator de gravitate a depresiei; se poate ajunge la refuz alimentar; spasme pe organele cavitare: constipație, crize biliare, favorizarea migrenelor și crizelor de astm bronșic; ceneștopatii, algii (scăderea pragului de sensibilitate la durere, durerea subclinică devine clinică); scăderea imunității; scăderea ritmului de refacere biologică.

În unele forme particulare de depresie insomnia e înlocuită de hipersomnie, iar inapetența de hiperfagie și îngrășare.

Simptomatologia depresivă poate fi modificată de comorbiditatea cu alte sindroame standard. Asocierea cea mai frecventă este cu anxietatea generalizată. În depresia anxioasă tabloul e parțial diferit de cel configurat mai sus atât din punct de vedere subiectiv (tensiune interioară, neliniște, nesiguranță) cât și comportamental (comportament neliniștit, cu mișcări permanente) și disvegetozic (cu alte manifestări de disfuncție corporală). Tristețea depresivă se poate asocia și cu iritabilitatea. Pe fond depresiv pot apărea atacuri de panică.

Componentele cognitive ale sindromului depresiv se cer diferențiate, mai ales la vârsta a treia, de deteriorările cognitive organice.

Sindromul depresiv poate apare în combinație cu oricare alte sindroame psihopatologice standard, depresia fiind cel mai răspândit sindrom din psihopatologie. El poate avea diverse intensități, durate și condiționări. Formele ușoare, subclinice pot fi deseori mascate de simptomele somatice sau de adicția de substanțe („depresie mascată”).

Sindromul depresiv poate fi luat ca exemplu pentru felul în care sunt construite criteriile de diagnostic. Acestea sunt mult mai reduse decât multitudinea de simptome menționate mai sus așa cum rezultă din criteriile prezentate în DSM-IV-R.

Criteriile de diagnostic DSM-IV-TR pentru depresie:

1. Dispoziție depresivă, indicată subiectiv sau obiectiv (sau dispoziție iritabilă);
2. O pronunțată diminuare a interesului sau a plăcerii în ceea ce privește toate sau aproape toate activitățile;
3. O semnificativă scădere în greutate în lipsa unei cure de slăbire (mai mult de 5% din greutatea corporală/lună) sau scădere/creștere a apetitului;
4. Insomnii/hipersomnie;
5. Agitație psihomotorie sau lentoare psihomotorie (observate și de către alții, nu doar senzația subiectivă);
6. Fatigabilitate, energie vitală scăzută;
7. Idei de inutilitate sau vinovăție (până la delir);
8. Dificultatea de a gândi sau de concentrare a atenției, indecizie (subiectivă, obiectivă);
9. Gânduri recurente despre moarte (nu doar frica de a muri), idei recurente suicidare fără un plan specific.

În depresie se utilizează frecvent scale de evaluare cantitative care au fost amintite la sindromul anxios. Din multitudinea de simptome, scalele selecționează câteva, considerate semnificative. Astfel, de exemplu, scala de evaluare cantitativă a depresiei Hamilton HAMD cu 17 itemi, care se referă și la depresia anxioasă, cuprinde următorii itemi care se evaluează pentru ultima săptămână, cu 5 valori, între absent și extrem: 1. Dispoziția depresivă (tristețe, neajutorare, fără valoare); 2. Sentiment de vinovăție; 3. Idei de suicid; 4. Insomnia de adormire; 5. Insomnia din mijlocul nopții; 6. Insomnia de trezire; 7. Munca și activitatea (reducerea acestora); 8. Lentoare (încetinirea gândirii și a vorbirii, afectarea abilității de a se concentra, scăderea activității motorii); 9. Agitația; 10. Anxietatea psihică; 11. Anxietatea somatică; 12. Simptome gastrointestinale; 13. Simptome generale somatice; 14. Simptome genitale; 15. Hipocondrie; 16. Pierderea în greutate; 17. Conștiința bolii.

SINDROMUL MANIACAL

În normalitate mania are corespondent în stările de expansivitate, însoțite de energie crescută, curaj și performanțe pozitive, realizate fără oboseală, mai ales dacă sunt însoțite și de hipersociabilitate gregară cu dezinhibiție sexuală. Sugestivă este și euforia sărbătorească, cea cultivată de marile sărbători populare, dar și cea consecutivă unui succes, când subiectul e mulțumit, bine dispus, prezintă o veselie contaminantă, cu deschidere optimistă și superficială spre viitor.

În ansamblu sd. maniacal se caracterizează prin: dispoziție afectivă pozitivă, energie și activitate crescută, optimism, buna încredere în sine și viitor, lipsa reticenței, tahipsihie, dezinhibiție generalizată.

Simptomologia poate fi împărțită, la fel ca în cazul sd. depresiv și anxios în mai multe clase.

Din punct de subiectiv se constată:

Dispoziție afectivă pozitivă, euforică, veselie ce se transmite celor din jur și pe care nimic nu o poate schimba; de obicei subiectul își apreciază starea subiectivă la superlativ: „mă simt foarte bine”, „sunt fericit”. Alteori poate fi prezentă o stare de tensiune, de iritare; optimism, încredere în viitor. Maniacalul are multe proiecte, planuri, fiind convins că le poate realiza; orice îi apare ușor, simplu de rezolvat, nu problematizează prezentul și viitorul.

În perspectiva timpului trăit subiectul trăiește într-un prezent deschis, spre un viitor optimist, în care totul va fi bine și se poate realiza orice; resimte sentimentul scurgerii rapide a timpului.

Părerea despre sine este bună; simte că are energie, forță; nu e obosit deși doarme puțin; sentiment de capacitate și abilitate crescute; are încredere în sine, în propriile capacități; stimă de sine crescută, se simte valoros, important; grandiozitate.

Celelalte persoane îl interesează puțin în detaliul vieții lor, considerându-se superior altora; e deschis în relații și comunicare cu oricine, fără diferențiere; poate fi convins că alții ar putea (trebui) să-l admire, să-l invidieze; nu se preocupă de consecințele actelor sale pentru alții.

Din punct de vedere cognitiv se întâlnește:

Vigilantă crescută; atenție hipermobilă, cu mari dificultăți de concentrare și persistentă; percepție intensificată: percepe realitatea din jur cu multe detalii, imaginile sunt colorate; memoria e bună, dar de obicei nefuncțională din cauza derulării rapide a cursului ideativ; presiune a gândirii; idee rapidă cu schimbare bruscă a ideilor și cursului gândirii; fugă de idei (asociații ideative rapide, imediate dar superficiale, prin asonață); sare de la o idee la alta. Conținutul ideatic e consonant în buna părere despre sine și cu optimismul pacientului.

Din punct de vedere comportamental și expresiv, maniacalul este dezinhibat psihomotor:

– Se mișcă mult și cu o viteză crescută; vorbește mult și repede; este sociabil; realizează ușor, spontan, rapid, contacte interpersonale; transmite altora bună dispoziție (îi contaminează cu veselie); este lipsit de reticență, ce gândește spune imediat fără a fi inhibat de norme și reguli sociale.

– Decizia este rapidă cu scurtcircuitarea motivației, subiectul trece repede la act fără deliberare; nu persistă în acțiuni schimbându-și frecvent obiectivele. Este dezinhibat. Se angajează în mai multe activități, chiar dacă acestea sunt dificil de realizat, cu convingerea că le va putea duce la bun sfârșit. În faza incipientă (a stării hipomaniacale) subiectul poate avea inițial un randament crescut; dar ulterior nu mai perseverează în cele începute. Se poate angaja în acțiuni riscante, uneori iresponsabile, pentru sine și pentru alții. Are predispoziția de a cheltui necontrolat mulți bani pentru cumpărături, jocuri de noroc etc.

– Expresiv, este adesea extravagant, strident în ținută, îmbrăcăminte, podoabe. Uneori e neglijent în îmbrăcăminte. Se poate dezbrăca de haine fără podoare. Faciesul exprimă buna dispoziție, cu privirea ancorată în realitatea imediată, pe care o observă cu acuitate (uneori făcând observații surprinzătoare). Vorbește repede, mult, deseori necenzurat, fără rușine, coprolalic; poate recita poezii, cânta, improvizează cu ușurință. Gestica e expansivă cu mișcări largi. Se poate angaja în dans sau comportamente extravagante; râde ușor și mult.

Din punct de vedere biologic, corporal se constată:

Somn redus, dar fără oboseală și cu energie fizică crescută; creșterea performanțelor fizice; dezinhibiție sexuală, creșterea libidoului și a performanțelor sexuale cu pierderea pudorii (până la exhibiționism); alimentarea poate fi normală sau crescută, fără creștere în greutate datorită catabolismului crescut; agresivitate crescută, predominant verbală.

Sindromul maniacal poate avea diverse intensități.

În faza incipientă, ușoară, unele performanțe pot fi crescute iar prezența socială plăcută. Odată cu accentuarea sindromului apar comportamente deviante: cheltuirea exagerată de bani, începerea multor proiecte pe care subiectul nu le finalizează, infidelitate sexuală, comportamente riscante.

Forma clinică descrisă în caracterizarea sd. maniacal standard poate fi predominant euforică sau iritabilă. Formele accentuate se însoțesc de agitație, comportament riscant și perturbator social, confuzie, delir halucinator.

În clinica psihiatrică sd. maniacal e caracteristic tulburării bipolare; dar poate fi comorbid cu majoritatea entităților clinice.

b) Excurs psihologic antropologic. Dispozițiile afective *

Stările psihice așa cum sunt anxietatea, depresia, enforia maniacală, exprimă un mod de trăire prin care subiectul se afirmă și se raportează, se poziționează într-un anumit fel la o situație, la sine, la lume și la alții. Similare sunt și dispozițiile iritabil ostile și indiferent apatice. Această poziționare atitudinală, trăită subiectiv și manifestată situațional, nu implică explicit prin ea însăși logosul, formularea discursivă în limbaj, nivelul cognitiv al judecării evaluative al preocupării tematice, al convingerii într-o anumită idee. Depresivul se poziționează astfel încât atitudinea față de sine e nefavorabilă, lumea îi apare fără rost, alții contează doar pentru a-l condamna, pe drept. În măsura în care această atitudine e conceptualizată, face obiectul unei judecării evaluative ce ajunge la o concluzie, e verbalizată, tematizată ca o convingere într-o idee ce poate fi formulată în limbaj, se ajunge la delirul de vinovăție. În enforia maniacală părerea despre

* A se vedea Anexa 2.

sine e bună, lumea și alții apar la dispoziția subiectului. Conceptualizarea și tematizarea acestei stări sub forma unei idei aberante formulabilă în limbaj, ne plasează în zona delirului.

La nivelul dispozițiilor afective, relaționarea interpersonală e la un nivel superficial. Raportările mai diferențiate ca dominația, supunerea, manipularea, captația, se desfășoară ca stil de raportare la alții a celor cu tulburări de personalitate.

SINDROMUL DISPOZIȚIEI IRITABILE OSTILE

În cursul vieții omul e deseori „nervos”, iritabil, manifestând o tensiune agresivă față de lumea din jur. În aceste împrejurări el reacționează la evenimente neplăcute în mod agresiv. E susceptibil în relațiile cu alții simțindu-se ușor provocat și manifestându-se ostil. Aceste trăiri pot aluneca spre variante psihopatologice.

– Disforia constă într-o stare de permanentă tensiune iritabilă. Subiectul e lipsit de calm, „nervos”, e nerăbdător, iritat de orice detaliu care nu corespunde dorinței sale imediate, nemulțumit dacă nu i se satisfac pe loc pretențiile. Reacțiile sale au o caracteristică agresivă, verbală, atitudinală sau fizică. În psihopatologie disforia se poate manifesta ca atare, dar cel mai adesea în combinație cu o dispoziție afectivă anxioasă, depresivă sau maniaçală.

– Ostilitatea patologică se manifestă printr-o opozitivitate tensionantă, agresivă față de celelalte persoane. Acestea sunt ținute la distanță psihologică, contrazise, amenințate, se află în iminența unui atac.

Atitudinea disforic ostilă poate fi conjuncturală, situațională. În psihopatologie ea se manifestă de obicei prin perioade sau episoade în timpul cărora sunt prezente și reacții explozive, care pot avea intensitate clastică sau implicații medico-legale.

Atitudinea disforic ostilă se corelează deseori și cu suspiciunea, care în variante psihopatologice poate avea aspectul paranoidei.

Datorită complexității reduse și a combinării frecvente cu alte sindroame, sd. dispoziției iritabil ostile ar putea fi calificat ca un subsindrom. Prezentarea sa separată e făcută din motive teoretice, deoarece se referă în principiu la alt tip de dispoziție afectivă decât cea anxioasă, depresivă, euforic maniacală sau indiferent apatică, originându-se în raportarea agresivă față de lume, față de alții, la un pol opus în raport cu deschiderea „agreabilă” spre comunicare și cooperare.

SINDROMUL APATIC

Atitudinea și reactivitatea față de evenimente se poate manifesta în unele situații sub forma indiferenței. Indiferența poate marca și raportarea persoanei față de sine și alții, ca o variantă de atitudine și dispoziție afectivă. Atunci când e indiferent față de altul, subiectul nu e impresionat de suferința acestuia, nu rezonează afectiv.

Indiferența accentuată și neargumentată față de lume și alții stă la baza sindromului apatic care se caracterizează prin:

– Deficit de emotivitate, de reacție afectivă adecvată față de toate evenimentele semnificative, mai ales în relațiile interpersonal sociale. Lipsește emoția socială ce apare la contactul cu persoane noi, necunoscute; și mai ales în situațiile de manifestare performantă în fața acestora, fapt pe care-l trăiesc neplăcut cei cu anxietate socială. Subiectul e indiferent față de succes și eșec, față de laudă sau blam.

– Deficit important în relația de atașament, cea care stă la baza legăturilor interpersonale intime și susține rezonarea afectivă din dragoste, prietenie, ură. Apaticul are față de toată lumea o atitudine distantă, neutră, indiferentă. Se vorbește de „răceală afectivă”, sărăcie afectivă, iar în unele cazuri de „pustiire afectivă”, „tocire afectivă”. Atitudinea față de sine poate fi și ea indiferentă, cu neglijarea autoîngrijirii. Dar alteori ea se păstrează, cu urmărirea egoistă a unor interese sau plăceri hedonice.

Sindromul apatic se întâlnește în schizofrenia deficitară, dar și în tulburarea schizotipală, la tulburarea de personalitate schizoidă și la alte personalități patologice.

Sindromul apatic prin complexitatea sa redusă și particularitățile sale ar putea fi considerat și el un subsindrom. Este menționat la acest nivel tot din considerente teoretice, indiferența fiind o dispoziție afectivă distinctă de celelalte, de exemplu de euforie, depresie, anxietate. Ea are o poziționare mai aparte și prin faptul că nu se poate dezvolta tematic ca delir, așa cum se întâmplă frecvent în cazul depresiei, maniei și chiar a anxietății suspicioase.

c) Excurs psihologic antropologic. Corporalitatea trăită

Corpul este suportul existenței biologice și antropologice a persoanei. El este instanța ce se poate îmbolnăvi somatic, dar și suportul identității persoanei, toposul de înrădăcinare a sinelui, a tuturor nivelelor sinelui și persoanei conștiente. Corpul propriu este locul din care emerg inițiativele, acțiunile omului și cel în care este resimțit ca fiind localizat sufletul, mintea personală, distinctă de mintea celorlalți. Corporalitatea este trăită de orice om ca o parte importantă a propriei personalități, a propriului sine. Psihologia și psihopatologia acceptă, în perspectivă antropologică, conceptul de „persoană corporală”, sau de instanța corporală a sinelui trăit, de „corp trăit” (exprimat prin „leib” în germană, „lived body” în engleză, cu echivalent posibil de „trup” în românește). În mod normal omul nu-și resimte în mod conștient corporalitatea cea mai mare parte a timpului, deși ea reprezintă o constanță perceptivă. Corpul este perceput doar în oboseală, emoții, oscilații instinctive și boli. Pe de altă parte subiectul își resimte și percepe preconștient corporalitatea în permanență ca bază a identității cu sine, ca sediu al propriului psihism subiectiv, zona din care emerg toate intenționalitățile sale; și la fel ca instrument bazal, ultim, pentru acțiune și comunicare, pentru orice manifestare situațională. De aceea există o continuă preocupare preconștientă pentru buna funcționare și apariție a acestei instanțe a persoanei.

Preocuparea pentru sănătatea corporală este o dimensiune importantă și constantă a existenței umane. Resimțirea unor senzații corporale neplăcute și neobișnuite alertează subiectul în direcția unei posibile boli, preocupare care în variantă psihopatologică conduce la sindromul hipocondriac și alte sindroame somatoforme.

Preocuparea preconștientă constantă a subiectului pentru apariția sa corporală în raportarea față de alte persoane, este și ea o dimensiune importantă și constantă a omului. Ea se poate manifesta psihopatologic prin sindromul relațional dismorfofobic, ce constă în sentimentul subiectului că este în atenția altora care-l evaluează negativ.

Deoarece corporalitatea este nu doar punctul de plecare și baza practicării limbajului vorbit și scris ci există și un limbaj expresiv corporal direct, pe care omul îl moștenește din biologie unde joacă un rol important în atracția sexuală și comunicarea intraspecifică, există la oameni și o preocupare de a atrage atenția altora asupra sa, prin manifestări corporale expresive, de a se valoriza pe această cale. În combinație cu preocuparea față de sănătatea corporală, la acest nivel se manifestă fenomenele converseive.

GRUPAJUL SINDROMATIC SOMATOFORM. DISFUNCTIILE PREOCUPĂRII PENTRU SĂNĂTATEA CORPORALĂ

În acest cadru se reunesc un grupaj de sindroame și anume:

– **Sindromul hipocondriac** constă într-o preocupare exagerată, prevalentă, centrată de o idee supraevaluată privitoare la existența unei boli somatice, fapt ce motivează repetate și variate solicitări de examinare medicală, analize, formulări de diagnostic, încercări terapeutice. Totul se desfășoară în absența unei boli somatice reale. Subiectul are însă o referință permanentă la trupul său, caută să clarifice dacă nu e afectat un anumit organ sau dacă nu suferă de anumite boli. De aceea, e deosebit de atent la funcționarea corporală și interpretează exagerat, distorsionat, orice semn minor trupesc și orice analiză aflată la limită.

Hipocondria este un derivat psihopatologic al preocupării normale și adaptative pentru sănătate. Aspectul central al sindromului constă în faptul că propriul corp nu mai e trăit spontan, ca un implicat al vieții firești căruia nu-i acordăm atenție ci devine un obiect, o temă de preocupare. Preocuparea hipocondriacă, ca temă, poate fi prezentă și în anxietate, fobie, obsesie, depresie sau să capete intensitate delirantă.

– **Sindromul de somatizare** Subiectul trăiește senzații neplăcute (cenestopatii) localizate în anumite părți ale corpului: precordial, epigastric, toracic, lombar, în membre. Acestea pot fi resimțite constant în aceeași zonă, pot fi migratorii sau sunt resimțite în întregul corp. Ele sunt descrise variabil ca arsură, apăsare, tensiune, furnicături etc. și deranjează subiectul. Investigările medicale nu identifică o boală organică precizabilă dar pacientul se adresează insistent altor persoane și specialiștilor pentru aceste suferințe solicitând tratament. Uneori manifestările sale sunt hiperexpresive și descrierile făcute într-un limbaj colorat. Corporalitatea e resimțită neplăcut și în anxietate și depresie.

– **Sindromul algiei psihogene** se referă la o durere localizată (abdominal, lombar, toracic) care e descrisă cu toate caracteristicile medicale ale durerii dar căreia medicii nu îi găsesc un substrat organic.

Durerea, ca simptom subiectiv, nu poate fi evaluată cantitativ de examinator. Dar trăirea și afirmarea ei e un argument important în preocupările pentru sănătatea corporală a pacientului.

Cenestopatiile și durerile sunt resimțite subiectiv de pacient ca probleme de sănătate, iar adresarea către medic este făcută, la fel ca în hipocondrie, verbal. În sindromul conversiv adresarea se bazează în mare măsură pe expresivitatea corporală.

– **Sindromul de conversie somatică** constă din manifestări corporale vizibile, care sugerează o patologie somatică, de obicei neurologică; dar care nu au un substrat organic și apar în condiții care sugerează o condiționare psihogenă. Se descriu:

- Conversia corporală cu paralizii și pareze. Acestea se manifestă la membrele superioare sau la cele inferioare, uneori mimează o hemipareză sau astazo-abazie. Mai poate apărea o afonie care durează zile sau săptămâni.

- Mișcări involuntare de tip coreo-atetozic, parkinsonian, tremor generalizat etc.

- Leșinul psihogen, care mimează o criză comițială; dar se diferențiază de acesta prin faptul că: – se produce în prezența altor persoane; – nu apar brusc, uneori subiectul anunțând anturajul că va cădea și își va pierde cunoștința; – căzând, el nu se lovește, nu-și mușcă limba; – chiar dacă mimează mișcări tonico-clonice nu prezintă midriază, clonus, sau semnul Babinski, durează mai mult (uneori mai multe ore); – se menține o anumită legătură cu ambianța, la „trezire” din „leșin” deseori subiectul plânge.

- Manifestări senzitiv-senzoriale care sugerează diverse boli neurologice, anestezii, care nu respectă zona de inervație a nervilor, lipsa vederii, a auzului.

- Se mai descriu în acest cadru: pseudosarcină, vărsături, pseudocrize de astm bronșic. Poate exista o tranziție spre fenomene psihosomatice.

Preocuparea față de sănătatea corporală orientează persoana spre consult și îngrijire medicală. În psihopatologie se descriu și sindroame care constau în adoptarea statului și rolului de pacient cu suferințe somatice, așa cum e sindromul Münchhausen, sau de bolnav mintal grav, așa cum e sindromul Cotard. Acestea depășesc cadrul prezentei decupări sindromologice. La fel convingerea în „posesiunea” sau „locuirea” propriului corp de alte ființe – animale, ființe supranaturale etc. – se plasează în alt cadru sindromatic, de obicei în cel al delirului corelat dedublării depersonalizante.

SINDROMUL DISMORFIC. DISFUNCȚIA PREOCUPĂRII PENTRU APARIȚIA CORPORALĂ

În cadrul raportărilor interpersonal sociale persoana folosește pentru comunicare și expresivitatea sa corporală. Aceasta constă în limbajul mimico-gestual care e utilizat situațional. Dar sunt expresive și îmbrăcămintea, podoabele, sau aspectul general al corpului și mai ales a feței, al extremității cefalice. Prin limbajul expresiv corporal și prin aspectul său, subiectul poate atrage atenția asupra sa, poate impresiona pozitiv, poate fi captativ. Dar subiectul e preocupat în mod normal, preconștient și conștient, și ca aspectul său să nu fie perceput negativ, defavorabil. În psihopatologie această preocupare e în prim plan în cadrul câtorva sindroame psihopatologice.

– **Sindromul dismorfofobic** se referă la impresia – părerea, convingerea centrată de o idee supraevaluată – subiectului, că aspectul său corporal, în primul rând cel al feței, nu este armonios, firesc, echilibrat, frumos. Uneori el se consideră dismorfic, urât. Fenomenul poate fi resimțit ca progresând în timp, ca accentuându-se în mod nefavorabil. Subiectul e convins că acest fapt atrage atenția altora și comentariile lor negative. În consecință își studiază mult aspectul, practică un comportament exagerat de îngrijire sau modificare corporală prin diverse metode, inclusiv prin solicitări cosmetice și de chirurgie estetică. Poate fi vorba și de dimensiunile corporale, de ideea subiectului că este prea gras sau prea slab, fără mușchi puternici, fapt pentru care practică excesiv exerciții. Aspectul central al sindromului este cel centrat de o idee supraevaluată, dar se poate manifesta și anxios fobic, obsesiv sau la o intensitate delirantă.

– În apropierea sindromului dismorfofobic se plasează și **sindromul siluetei din anorexia mintală**. Aspectul central al acestuia constă în dorința tinerelor fete (proporția este de 10 fete/1 băiat) de a păstra o talie subțire, refuzând creșterea corporală și preocupându-se prevalent – sub forma unei idei supraevaluate – de a nu se îngrășa. Pacienta verifică constant creșterea ponderală prin cântărire, măsurători, și verificarea aspectului, ține diete hipocalorice și își provoacă vărsături, consumă diuretice, diareice, medicație catabolică. Sindromul stă la baza unei entități nosologice astfel denumită, în descrierea căreia se prezintă și alte

caracteristici (disfuncții ale menstrui, alte probleme endocrine). Preocuparea pentru talie poate avea o intensitate delirantă.

– Un alt sindrom apropiat de dismorfofobie este **sindromul „delirului osmotic”**. Pacientul este convins că emană un miros corporal neplăcut pe care alții îl simt, fapt ce conduce la o evaluare negativă a sa, la situații penibile, la comentarii negative. În majoritatea cazurilor pacienții afirmă că simt acest miros, deci o formă specială de halucinație. Urmează un comportament de evitare socială, de îngrijire corporală deosebită prin spălare, utilizare de parfumuri etc. Deși sindromul nu e condiționat de un „aspect” corporal, el e strâns corelat cu corporalitatea trăită.

– Tot în apropierea dismorfofobiei se plasează **sindromul ereutofobic** asociat fobiei sociale. Pacientul fiind hiperemotiv roșește când este privit de alții în manifestările sale publice, iar această „infirmitate corporală” îl face să evite societatea și să aibe un comportament special. Și alte manifestări corporale pot intra în aceeași arie de preocupări: să nu aibe flatulență, să nu se bâlbâie.

Distorsiunea preocupărilor pentru corporalitate, ca sănătate și ca apariție, se poate manifesta ca sindrom central al unui episod psihopatologic susținut de o idee prevălită sau delirantă. Sau, aceste sindroame se pot combina cu altele în cadrul episoadelor psihopatologice complexe.

d) Excurs psihologic antropologic. Identitatea persoanei și a sinelui

Persoana umană, sinele conștient înrădăcinat în propria corporalitate, resimte și afirmă în normalitate o continuă identitate cu sine, în diverse situații și în variate raportări interpersonale. Noțiunea de persoană se referă mai ales la identitatea sinelui (self) ce se exprimă în mai multe nivele ierarhice și în plan social. Și anume:

– Nivelul corporal al protosinelui, urmat de nivelul sinelui nuclear care, din punct de vedere subiectiv asigură sentimentul „agenției”, a originării în sine a intenționalității subiectului. Și la fel sentimentul apartenenței la sine a propriilor trăiri subiective, intime, ca distincte de trăirile, intențiile și deciziile altora. Sinele nuclear centrează raportările situaționale ale subiectului față de lume, delimitând-o de aceasta. Acest nivel e și punctul de plecare și baza pentru identitatea transsituațională și constanța manifestărilor expresive ale subiectului.

– Nivelul sinelui biografic care se plasează în continuitate, bazându-se pe memoria episodică, sintetizează experiențele de viață trăite în cadrul unei identități diacrone, ce are în fundal durata existenței proprii. La un prim nivel, dincolo de experiențele situaționale imediate, se pot identifica preocupările de durată ale subiectului, corelate cu situații problematice mai ample și cu proiecte în care el își afirmă identitatea. La un nivel superior se exprimă punctul de vedere constant al subiectului în raport cu poziția sa în lumea sa umană în cadrul relațiilor cu alții. Aceasta are la bază nivelul metareprezentational și autoetic al sinelui care se raportează la sine analizându-se, judecându-se, evaluându-se, modelându-se. Cunoașterea de sine se corelează cu stima de sine și idealul de sine, toate fiind funcții identitare.

Tot la acest nivel subiectul organizează cunoașterea pe care o are asupra lumii după liniile de forță ale unor opinii și convingeri, în cadrul unei proprii concepții despre lume, care se articulează cu cea comunitară.

Nivelul persoanei reunește toate nivelele sinelui sub cupola identității sociale pe care o asigură numele, actele de identitate, statutul și rolul social, biografia sa publică. La acest nivel identitatea subiectului se afirmă și prin rețeaua sa socială, prin conștiința sa morală și prin creativitatea spirituală.

Identitatea persoanei și sinele presupune la fiecare nivel trăirea limitelor între lumea interioară subiectivă și lumea exterioară subiectului. Identitatea subiectului se conjugă dialectic cu metamorfozele sale, atât în perioada ontogenetică de creștere cât și în perioada adultă și la vârsta a treia.

Identitatea sinelui și persoanei sunt implicate în majoritatea sindroamelor psihopatologice.

SINDROMUL DEDUBLĂRII PERSONALITĂȚII

Disfuncția mestic comportamentală a continuității biografice

Subiectul își resimte și afirmă identitatea cu toate că starea de vigilitate conștientă se suspendă zilnic în cadrul somnului. La fel se petrec lucrurile după suspendări patologice ale conștiinței, ca de exemplu în comă. În unele cazuri după diverse suferințe cerebrale, însoțite de obicei de comă poate apărea o amnezie, o deficiență de rememorare a unor perioade de viață, de dinaintea sau imediat după perioada respectivă

inconștientă. În psihopatologie se întâlnesc situații în care subiectul nu-și amintește și nu integrează în persoana sa conștiință anumite perioade de viață în care s-a manifestat public și a fost înregistrat ca atare de alții. Principalele sunt:

– Sindromul stărilor disociative de conștiință. În modalitatea standard, acesta se caracterizează printr-o manifestare delimitată în timp a persoanei care, în perioada respectivă, are o redusă reflexivitate a conștiinței de sine; perioadă despre care ulterior el nu-și amintește. Tulburarea a fost descrisă și ca „stare crepusculară a conștiinței”, „fugă patologică”, „dromomanie”. Durata poate fi de minute, ore sau zile. Subiectul se deplasează, acționează – dar în manieră relativ simplă, stereotipă; percepe realitatea suficient de adecvat pentru a desfășura acte de complexitate medie și a nu se accidenta, dar acuitatea perceptivă este redusă, nu recunoaște persoane și locuri, nu răspunde adecvat la interpelări. Reflexivitatea și autocontrolul deliberativ sunt mult reduse sau absente; După revenire, există o amnezie completă sau parțială a episodului.

Stările disociative de conștiință au fost mult observate și comemorate la sfârșitul secolului XIX și începutul secolului XX, fiind mai rare în prezent. Ele au fost corelate în mare măsură cu patologia histerică și cu hipnoza. În aceeași serie se înscrie și comportamentul „lunaticilor”, „afectul patologic”, „stările pasionale”. Iar în medicina legală e descrisă beția patologică. Deficiența de reamintire în stare lucidă a episodului nu anulează identitatea biografică, deoarece aceasta persistă într-un plan mai adânc al psihismului. Stările disociative prelungite se înscriu într-o tranziție cu dubla personalitate. Cele scurte, se apropie de „leșinul psihogen”, altă manifestare ce era considerată ca specifică patologiei „histerice”.

– Dubla personalitate; personalitatea multiplă. Persoana se afirmă interpersonal social, pentru o perioadă de obicei mai lungă, de luni sau ani, într-un anumit context cu o anumită identitate, pe care și-o asumă din toate punctele de vedere; deci și subiectiv și prin parametrii de identificare socială. Iar în alt context se manifestă succesiv cu alte caracteristici comportamentale și alți indici de identificare. Aspectul alternativ al trecerii succesive dintr-o modalitate în alta, este unul din elementele caracteristice. Intervalele de alternanță pot fi mai scurte sau mai lungi. În prim planul conștiinței, recunoașterea celeilalte personalități nu există, dar ea poate fi identificată preconștient sau inconștient. S-au descris cazuri de identitate multiplă. Spre deosebire de stările disociative de conștiință, subiectul nu prezintă o reducere a funcționării cognitive în cursul acestei alternanțe.

– Amnezia electivă. Simptomatologia constă din neamintirea dintr-o situație trăită a unor aspecte, cu reamintirea altora. Reamintirea, la fel ca percepția, este și în mod normal selectivă. În acest caz însă secvențele neamintite apar ca o evidentă disfuncție, care sugerează o semnificație anumită a blocării reamintirii.

SINDROMUL DE DEPERSONALIZARE

Disfuncția resimțirii identității persoanei corporale și psihice

Resimțirea identității cu sine a persoanei, în toate planurile sale, este un fenomen spontan, căruia subiectul nu-i acordă în mod normal atenție. Identitatea socială, cea a statutului și rolului social, a manifestărilor înregistrabile și relatabile biografic, pot fi sesizate și de alte persoane, la fel ca identitatea corporală, caracterul, inteligența, cunoștințele. Există însă și un plan al identității care în esența sa este subiectiv. Este vorba de domeniul resimțirii, a percepției identității corporale și psihice, ca o realitate delimitată de alții și de lume, ca o zonă intimă și subiectivă, care este sursa raportărilor intenționale la lume.

Tradiția psihopatologiei clinice a decupat în această direcție un sd. al depersonalizării, care se întâlnește mai pregnant în schizofrenie.

Acesta vizează pe de-o parte persoana corporală, pe de altă parte persoana psihică.

Depersonalizarea corporală constă din tulburări ale percepției propriului corp în perspectiva limitelor sale și a „vitalității”. Printre simptome se menționează:

- Iluzii de schemă corporală: unele părți ale corpului sau corpul în totalitate e resimțit mai mic sau mai mare decât în realitate sau deformat: corpul poate fi simțit mare până în tavan, degetele se lungesc, corpul în ansamblu e resimțit mic;
- Sentimentul pierderii limitelor corporale, acestea dispar, „se topesc”, corpul nu mai are limite;
- Sentimentul vulnerabilității limitelor corporale pentru agenți fizici din lumea exterioară, vizibili sau invizibili; ultima situație e frecvent întâlnită în patologia obsesiv-compulsivă unde subiectul simte că e infestat de murdărie, microbi, virusuri, substanțe chimice;

- Impresia modificării formei unor părți din corp fapt ce duce la repetate verificări în oglindă, la chestionarea altor persoane asupra situației;
 - Nerecunoașterea propriului corp, a propriei fețe în oglindă;
 - Sentimentul de transformare corporală locală, de exemplu modificarea mărimii și formei organelor sexuale, sau transformarea lor în sexul opus;
 - Un simptom special este heautosopia, care constă în faptul că subiectul se vede pe sine în afara sa, din spate, din față;
 - Devitalizarea corporală: subiectul resimte și afirmă „*corpul meu nu mai are viață, e ca de piatră, de lemn, de sticlă*”, „*corpul meu e mort, a intrat în putrefacție*”;
 - Negarea organelor interne: eu nu mai am inimă, creierul meu s-a micșorat, s-a topit.
 - Sentimentul „*dedublării*” corporale; subiectul resimte și crede că corpul nu mai e unitar, e dedublat.
- Această trăire stă la baza dezvoltării convingerilor delirante despre posedarea sa zoopatică, constând în ideea că în corpul său se află un animal.

Depersonalizarea în planul persoanei psihice înregistrează printre simptome:

- Subiectul resimte o modificare a identității: „*eu mă schimb, nu mai sunt același, devin altul*”;
- Sentimentul pierderii identității „*eu nu mai sunt eu*”;
- Subiectul se simte nereal, lipsit de spontaneitate, „*ca o marionetă care joacă un rol*”;
- Sentimentul de gol interior, de vid sufletesc, de plictis extrem;
- Subiectul se simte detașat de propriile trăiri ca și cum le-ar vedea de departe, „*de la capătul unui telescop*”;
- Subiectul poate simți că „*trăiește într-o lume paralelă*” cu lumea celor din jur, ca și cum ar fi mort și ar funcționa ca „*altcineva*”;
- Un simptom special este cel al dedublării interioare „*eu sunt o persoană dublă, cu decizii contradictorii care uneori se opun celei conștiente*”.

Depersonalizarea trăită corporal și psihic se însoțește deseori de o modificare a percepției lumii exterioare care e resimțită ca „*ciudată*”, „*stranie*”, „*bizară*” fenomen ce e numit derealizare.

Depersonalizarea surprinde doar aspecte negative ale trăirii propriului corp și psihism. Convingerea într-o schimbare efectivă de identitate cade de obicei sub incidența delirului.

e) Excurs psihologic antropologic. Relaționarea interpersonală

Persoana se află în relații interpersonale nu doar în situații circumstanțiale ci printr-o raportare constantă, prin legături interpersonale. În normalitate, relaționările interpersonale nu doar mențin ci și consolidează și diversifică identitatea persoanei. Formarea ontogenetică a psihismului uman se realizează de la început prin relația duală cu mama, „relația de atașament” prin care imagoul structurant al acesteia e introjectat în cel al copilului (prin procesul ce duce, după Bowlby, la „internal working model”). Raportarea interpersonală de durată poate fi mai intimă sau mai superficială și e marcată de diverse atitudini: protectivă, de grijă și îngrijire, dominatoare, sumisivă, ostilă, amenințătoare, de susținere, colaborativă etc. Un aspect bazal e deschiderea subiectului spre apropierea față de celălalt, spre receptare, cunoaștere, cooperarea cu aceasta. Dar în dinamica relaționărilor e prezentă și respingerea sau distanțarea, ostilitatea, suspiciunea, neîncrederea, îndepărtarea afectivă de celălalt. O relație specială e cea de dragoste în cadrul căreia există o mare intimitate, o întrepătrundere afectivă benefică pentru parteneri. Ei se simt ca susținându-se reciproc, rezonând împreună la evenimente, amplificându-se existențial. În afara legăturilor interpersonale profunde și durabile există și relaționări sau raportări mai circumstanțiale și superficiale. Dinamica relaționărilor se împletește cu dispozițiile afective și se bazează pe identitatea persoanei, care se păstrează chiar și în cazul legăturilor puternice ale dragostei.

În contextul relaționărilor subiectul are o părere despre ceilalți. Pe de-o parte în sensul evaluării calităților, a capacităților acestora. Pe de altă parte în ceea ce privește intențiile lor mai circumstanțiale, sau mai de durată, inclusiv în raport cu propria persoană. În plus, concomitent cu o constantă evaluare de sine, subiectul evaluează și își formulează continuu o părere evaluativă privitor la opinia și atitudinea altora în raport cu sine. Aceasta poate fi considerată ca fiind favorabilă, de admirație, iubire, sau nefavorabilă, de dispreț, ură și în general de ostilitate.

Raportându-se una la alta, persoanele se și influențează reciproc. Acest fapt se realizează prin expresivitatea unor atitudini și prin acte de limbaj. Pot fi menționate în primul rând modalitățile tranșante

ale imperativelor, așa cum sunt ordinele, poruncile ce privesc interdicții și obligații. Corelate acestora sunt permisivitățile. Apoi sunt modalitățile mai nuanțate ale sfatului, îndemnul, recomandării, sugestiei, rugăminții, solicitării. Influențarea interpersonală e corelată cu gradul de dependență față de celălalt, de atașament față de acesta. Și la fel influențarea depinde de considerația și respectul ce i se poartă, de puterea și drepturile sale în raport cu persoana asupra căruia acționează. Sugestia sau recomandarea are o pondere diferită în funcție de acești parametri.

În raport cu altă persoană subiectul se poate manifesta prin supunere totală sau parțială, imitare, eschivare, opoziție, ripostă.

Manifestarea distorsionată a atitudinilor și relaționărilor interpersonale se întâlnește în psihopatologie în primul rând în cadrul tulburărilor de personalitate unde pot fi identificate comportamente relaționale excesiv de dominante și manipulative sau submisive, reținute, suspicioase, schimbătoare etc. Acestea se manifestă, în contextul derulării obișnuite a vieții de zi cu zi. În al doilea rând, în deliruri se întâlnește frecvent o interpretare aberantă, a atitudinii altora în raport cu sine, în sensul admirației, iubirii, dar mai ales al curiozității excesive, a disprețului sau a ostilității, exprimate prin intenții agresive. Perturbări ale relaționării interpersonale se întâlnesc și în patologia dispozițiilor afective, în manie, depresie, anxietate, iritabilitatea ostilă. În acestea însă, în prim plan este o distorsiune a raportării și poziționării față de sine, a evaluării de sine, relaționarea față de alții fiind în plan secund.

SINDROMUL CATATON

În situații de pericol major, individul poate rămâne nemișcat și hiporeactiv. Această mimare a morții constituie pentru unele specii un mod de reacție adaptativă. Nemișcarea poate fi prezentă și în contextul „fascinației” pe care o exercită un agresor față de victimă. În cadrul relațiilor interpersonale, în situația de dominație și fascinație, dependentul poate fi manipulat psihomotor de către dominator, pe care-l poate și imita. În situația de transă hipnotică subiectul poate executa comportamentele ce i se sugerează sau poate lua diverse posturi induse de hipnotizator. Variate modele de comportament pasiv și inhibat fac parte din repertoriul individului animal și uman, putând fi declanșate și de anumite afecțiuni cerebrale.

Sindromul cataton este un sindrom psihomotor în care raportarea psihică la ambianță e mult redusă sau îngustată iar motricitatea se poate manifesta ca nemișcare (stupor), imitație (fenomene de ecou) sau agitație, cu posibile treceri dintr-o variantă în alta. Se descriu ca fenomene ce pot fi succesive.

- *Stuporul cataton*: Subiectul stă nemișcat, în poziție fixă, uneori ciudată, cu hipertonie; el poate păstra timp îndelungat aceeași poziție; nu răspunde la comenzi și poate manifesta opoziționism (se opune mișcărilor imprimare ale mâinilor, ale gurii); alimentarea poate fi dificilă; nu reacționează sau reacționează foarte redus la stimuli exteriori sau la adresarea prin cuvinte.

- *Flexibilitatea ceroasă*: subiectul păstrează pozițiile imprimate de alții.

- *Fenomene de ecou*: ecolalie – imită vorbirea interlocutorului, ecomimie – imită mimica interlocutorului, ecopraxie – imită actele interlocutorului.

- *Agitație catatonă*: subiectul se mișcă în permanență dar cu mișcări stereotipe, în „spațiu restrâns”, nu dispune de tot spațiul ce-l are la dispoziție, nu e atent la ambianță și nu reacționează la evenimente și solicitări.

SINDROMUL SENZITIV RELAȚIONAL ȘI DE SUPRAVEGHERE

Orice om este în permanență preocupat, de obicei preconștient, să-i observe și pe alții în cadrul interrelațiilor zilnice, pentru a putea realiza o relaționare adecvată, pentru a le evalua intențiile și proiectele în vederea coordonării propriului comportament cu al acestora. La fel, fiecare om resimte constant preconștient că este și el, în același scop, observat și evaluat în permanență de către alții. În anumite împrejurări poate exista, motivat, și o curiozitate crescută în raport cu detaliile vieții altuia, pe care acesta nu intenționează spontan să le dezvăluie.

Fenomenul adaptativ menționat mai sus poate căpăta forme patologice care se manifestă pregnant la nivelul psihotic al delirului, a unor distorsiuni perceptivă și a patologiei sinelui. La acest nivel vor fi menționate doar manifestările prepsihotice, de intensitate ușoară sau medie, în care subiectul trăiește nemijlocit astfel de fenomene pe care nu le tematizează.

Sindromul senzitiv relațional constă în sentimentul neplăcut al subiectului că este în mod special în atenția altora. El are impresia că alții îl privesc parcă prea insistent și îndelungat, „se uită la el în mod special”, ciudat, că este în „vizorul” altora care-l „urmăresc cu privirea”. Faptul de a atrage atenția e firesc în normalitate dacă există o stigmă fizică, o înfățișare neobișnuită, o îmbrăcăminte specială. De asemenea un om poate avea asemenea trăiri dacă a trăit o rușine publică, dacă a făcut o faptă culpabilă.

La un alt nivel subiectul apreciază că acest interes al altora se corelează cu o evaluare a sa. În fobia socială el se teme de o apreciere negativă, de a nu avea un eșec, de a nu se face de rușine, de răs. În dismorfofobie subiectul are impresia că lumea comentează urâtenia sa, în anorexie se teme că alții îl consideră prea gras. O altă stare psihopatologică constă în preocuparea privitor la faptul că el ar putea emana un miros neplăcut care atrage atenția celorlalți. Subiectul e atent la comentariile altora și uneori poate supraevalua și interpreta distorsionat unele expresii. În tulburarea de personalitate paranoidă această trăire a interesului crescut a altora față de sine se asociază cu suspiciunea față de atitudinea lor posibil ostilă. În cazul tulburării de personalitate histrionică subiectul provoacă el însuși atenția altora, este captativ, dorește să fie în centrul atenției celorlalți, pentru a fi admirat sau compătimit.

Subiectul poate avea impresia că există o supraveghere publică specială a sa, că aceasta se desfășoară activ, că este urmărit în diverse locuri. În aceste cazuri e presupusă o atitudine ostilă a altora deoarece în normalitate urmărirea se face de obicei de către dușmani, cu intenții agresive. Dar într-o formă incipientă poate să nu existe o tematizare clară. Persoana are doar impresia că „parcă cineva e în spatele său”, deci în zona care scapă percepției vizuale directă; sau că „alții sun pe urmele sale”.

Subiectul poate avea impresia că e supravegheat în intimitate, mai mult decât e firesc de către cei ce sunt în mod natural în apropierea sa. Poate avea impresia că i se umblă prin lucrurile personale, că „este parcă cineva străin în casă” etc.

Simptomatologia senzitiv relațională și cea de supraveghere se manifestă pregnant în varianta delirantă, când flanchează delirul paranoid; adică delirul cu tematică de atitudine ostilă a altora, dându-i o coloratură specială.

f) Excurs psihologic antropologic. Convingerile personale

În cursul personogenezei subiectul asimilează cunoașterea de ansamblu a lumii pe care o vehiculează socio-cultura din care face parte, inclusiv convingerile comunitare în transcendență și în cauzalitățile sociale. Această cunoaștere interiorizată este organizată după liniile de forță ale unei proprii concepții despre lume și despre poziția subiectului în această lume.

În raport cu contextul său social proxim, subiectul este în permanență angajat împreună cu alții în situații problematice de diverse amplori și semnificații. El se preocupă constant de semnificația pentru el a evenimentelor pe care le trăiește, inclusiv de atitudinea altora în raport cu sine. În perspectivă cognitivă metareprezentatională, subiectul își reprezintă problemele situațiilor de care se preocupă, poziția sa în aceste situații, sub forma unor teme-teze ce sintetizează preocupările sale și se cristalizează ca idei cu un grad important de certitudine, ca și credințe personale. Credința în anumite teme sau idei poate deveni prevalentă, centrând atitudinile și comportamentele sale în raport cu alții, cu sine, cu situația, cu lumea. Dintre acestea se evidențiază și convingerile delirante.

Convingerile personale corelate situațiilor trăite, sunt distincte de convingerile pe care subiectul le împărtășește cu restul comunității; precum și de certitudinile perceptive. Ele sunt distincte și de dispozițiile afective – depresive, euforice, anxioase – care sunt resimțite situațional direct și nemijlocit. Convingerile personale ce preocupă subiectul mai mult timp – și din care derivă credințele delirante – derivă din probleme situaționale curente, firești și adaptative. Acestea se mută în instanța metareprezentatională a sinelui și ajung să exprime o poziționare atitudinală constantă și fermă a subiectului în raport cu respectiva situație problematică: atitudine prin care el evaluează poziția sa în situație, atitudinea altora în raport cu sine și în cele din urmă însăși poziția sa în lumea umană.

SINDROMUL DELIRANT

Delirul ar putea fi considerat o variantă psihopatologică a credințelor fanatice. El se definește tradițional ca o convingere anormală, nerațională, într-o idee neadevărată, care nu poate fi modificată prin argumente. Ca pentru

orice sd.pt. referința se cere făcută la o variantă tipică care în acest caz poate fi considerat delirul monotematic sistematizat. Convingerea delirantă este neargumentată din punct de vedere rațional, comprehensibil, ea este exagerată, rigidă, preocupă centrul subiectului; tema delirantă e falsă, aberantă, neobișnuită, imposibilă, absurdă; inpenetrabilitatea la argumente se referă atât la experiența proprie cât și la încercarea de persuasiune întreprinsă de alții. Convingerea delirantă condiționează atitudini, stări afective și comportamente anormale. Complexitatea psihismului e redusă. Convingerea delirantă centrează, rezumă și își subordonează restul psihismului astfel încât subiectul își pierde disponibilitatea pentru alte preocupări. Ca o consecință existența delirantului se simplifică, se decontextualizează, devine marginală și disfuncțională social. El nu se mai poate integra firesc în viața socială multifacetată.

Există și preocupări monotematice prevalente care centrează un timp existența subiectului absorbindu-i toate energiile și care pot fi marginale realității, dar până la un punct permeabile argumentării. Acestea ocupă o poziție intermediară între normalitate și delir și sunt etichetate în prezent ca preocupări centrate de o idee supraevaluată. Psihopatologia are în vedere, desigur, doar variantele minus valorice ale preocupărilor prevalențiale și nu cele plus valorice, creatoare.

Tematica delirantă derivă din preocupările firești și adaptative ale subiectului față de sine, alții și lume, referindu-se la:

- Preocuparea față de propria sănătate, capacitate, valoare, identitate;
- Raportarea față de alții și felul în care alții receptează subiectul, îl consideră, îl evaluează; importantă e și atitudinea, intenționalitatea celorlalți în raport cu subiectul care poate fi considerată ca pozitivă dar mai ales ca negativă; o temă specială e atenția ce i-o acordă subiectului alții, care poate evolua spre convingerea patologică de supraveghere a intimității;
- Raportarea subiectului față de societate, istorie, cosmos, transcendență.

Cunoașterea și convingerile comunitare sunt de obicei preluate în tematica delirantă prin intermediul preocupărilor sale situaționale.

În esență, convingerea delirantă exprimă atitudinea subiectului față de lume, sine și alții, în cadrul relaționării cu aceștia; mai precis, evaluarea subiectului privitor la propria poziție în lume, în cadrul unei situații problematice în care el se simte implicat. Preocuparea și convingerile delirante se desfășoară la un nivel metareprezentational al psihismului și sinelui. Nivel structurat prin logos, prin narativitate, care are în vedere biografia și raportarea reflexivă, autoonetică la sine.

Sindromul delirant coexistă deseori cu alte sd.pt., relația cu acestea putând fi de concomitență dar și de condiționare reciprocă.

Dispozițiile afective de tip depresiv și euforic maniacal exprimă prin ele însăși, o poziționare atitudinală specifică a subiectului în raport cu sine, alții și lume. Aceasta e trăită însă situațional, direct, nemijlocit. Dacă ea se exprimă mai intens și diferențiat, implicând planul metareprezentational, astfel încât ajunge să fie formulabile ca temă de vinovăție sau de capacitate și identitate excepțională, atunci avem o variantă delirantă a depresiei sau maniei.

Corelațiile delirului cu tulburările perceptivă este clasică. Ea e totuși minoră la nivelul delirului monotematic sistematizat, unde pot interveni iluzii. Sau, pur și simplu decuparea unor elemente perceptivă cărora li se atribuie o semnificație specială. Se evidențiază astfel de la început că percepția se referă în egală măsură la aspectul senzorial sintetizat de forma dar și la semnificația acestuia. În mod frecvent stările delirante sunt însoțite de halucinații. O formă marginală o constituie „halucinațiile funcționale” care se bazează pe percepții neutre ce capătă o nouă configurare și semnificație. Faptul e mai frecvent în cazul halucinațiilor proxime corporalității, olfactive, gustative, chinestezice, intracptive, cutanate, sexuale; dar se întâlnește și în cazul celor auditive și vizuale. Faptul că în percepție se are în vedere și semnificația, convingerea într-o anumită semnificație, face să existe stări intermediare între tulburările senzoriale și delir. Un rol special îl joacă tulburările perceptivă globale, neformale, ca: derealizarea, dispoziția delirantă, fenomenele de referință, sentimentul de supraveghere. Tulburările perceptivă implică, aproape totdeauna, o perturbare a limitelor sinelui.

Delirul se poate desfășura și concomitent cu tulburări ale coerenței centrale, care se exprimă mai ales prin relaxarea sintezei psihice, dezorganizare și fragmentare psihică. Această concomitență se exprimă sub forma delirului nesistematizat.

O altă variantă este delirul încapsulat „parafreniform”. În acest caz trăirile delirante sunt bine delimitate, coexistând cu o parte echilibrată și normală a psihismului și manifestându-se doar în anumite împrejurări. În

mod tradițional delirul parafren este considerat ca „fantastic”, la el participând intens imaginarul, prin confabulații.

Intervenția imaginarului în delir face ca el să fie uneori fluctuant și nu toate afirmațiile subiectului să se exprime sub formă de convingere fermă. Chiar și în cadrul delirului neconfabulator, mai mult sau mai puțin sistematizat, convingerea poate fi fluctuantă. Apoi în cursul terapiei și a evoluției, subiectul ajunge de obicei să ia distanță față de convingerile delirante, să le poată considera ca străine de nucleul psihismului său.

În raport cu varianta standard a delirului monotematic, în psihopatologie se pot întâlni stări delirante cu teme multiple, în combinație cu halucinații variate și alte manifestări psihopatologice.

Un aspect particular îl constituie stările halucinator delirante din delirium, când se produce o denivelare a vigilității conștiente cu manifestări de tip oneiroid, halucinațiile fiind predominant vizuale, scenice.

*
**

Tematica delirantă se configurează cel mai pregnant tot în delirurile monotematice. Ea se referă la preocupări față de sine și față de relaționarea subiectului cu alții. Universul tematic al delirurilor trebuie să țină cont de manifestarea acestuia într-o arie largă a psihopatologiei.

Nivelul persoanei corporale, a sinelui corporal, este vizat în tematica hipocondriacă. Subiectul poate fi convins că are o boală incurabilă, sifilis de exemplu prin care infestază toată țara. Sau că unele organe nu funcționează (inima a încetat să bată de ani de zile, nu a urinat săptămâni sau luni iar urina va inunda casa). Corpul poate fi considerat „devitalizat”, „mineralizat”, deformat (reduc la un punct). Dedublarea persoanei corporale și psihice face loc delirului de posesiune zoopatică (subiectul e convins că în burta lui se află un șarpe și solicită intervenții chirurgicale); sau că e posedat de diavol sau de o altă ființă supranaturală. La limita cutanată a corporalității poate apare „delirul dermatozic”: pacientul este convins că sub pielea sa circulă animale mici și cere insistent tratamente dermatologice. Obsesivul e deseori convins că tegumentele nu-l mai pot proteja de infestarea cu microbi sau alte substanțe, motiv pentru care se spală continuu pe mâini.

Raportarea la propria persoană psihică conduce la teme ca: Modificări de identitate, descendența dintr-o persoană ilustră, repudierea părinților, identificarea cu eroi mitici, istorici sau personaje actuale importante. Prezența unor capacități deosebite, convingerea în invenții excepționale (crearea omului în laborator, perpetuum mobile, terapia cancerului), în posesiuni excepționale (este extrem de bogat) etc. La un pol opus apare tematica „micromană” constând în autodeprecieri, nimicnicie, vinovăție, inexistență.

O altă zonă tematică gravitează în jurul apariției publice a subiectului, a felului în care el va fi receptat de către alții. Delirul dismorfofobic constă în convingerea subiectului că propriul corp este deformat, are un aspect necorespunzător, este urât și va atinge atenția altora care-l vor comenta nefavorabil. În anorexia mintală aceeași preocupare este în legătură cu talia, tinerele fete făcând multe eforturi pentru a nu crește în greutate și a nu avea forme rotunde. „Delirul osmotic” constă în convingerea subiectului că emană un miros urât care e sesizat de alții, care îl evaluează negativ. Un aspect deosebit este delirul senzitiv relațional care constă în convingerea subiectului că este în centrul atenției altora care-l studiază atent și îl comentează. Acesta e punctul de plecare pentru delirul de supraveghere ce se manifestă în paranoide.

Tematica delirantă se desfășoară și în aria relațională afectivă. Subiectul poate fi convins, fără argumente, că este iubit de o anumită persoană (delir erotoman) sau că persoana de care e legat îl înșală (delir de gelozie). În aria relațională cel mai important este însă delirul paranoic care constă în convingerea în atitudinea ostilă a altora. Aceasta va fi comentat separat.

Tematica delirantă poate viza instanța ființelor supranaturale. Pot apare convingeri privitor la relații speciale cu acestea, misiuni divine etc. La nivel popular e invocată acțiunea altora realizată prin vrăji, descântece.

Alte zone tematice se referă la implicarea în cunoștințe științifice, istorie, cosmos. Aceasta se corelează mai ales cu tematica de invenție sau cu variante confabulatorii a delirului.

– *Delirul paranoic*. Una din cele mai frecvente teme delirante se referă la atitudinea ostilă a altora în raport cu subiectul. Aceasta se corelează deseori, mai ales în cazul schizofreniei, cu sentimentul punerii sub supraveghere a intimității.

Atitudinea ostilă a altora poate fi resimțită în multiple variante: alții intenționează să îl înșele (inclusiv partenerul afectiv sexual), să îi creeze un prejudiciu moral (a-l face de râs, a-l pune în situații penibile), a-l prejudicia material (a-i lua bunurile, banii, averea, a-l fura, a nu-l promova, a-l face să-și piardă sursa de venit), a-l

claustra, închide, a-l chinui, a-l îmbolnăvi, omorâ (prin otrăvire, gazare, injecții) etc. Intențiile ostile sunt atribuite altor persoane, cunoscute sau mai puțin cunoscute. Această atribuire poate evolua într-o direcție depersonalizantă în sensul că „dușmanii” ajung să fie persoane abstracte, membri ai unor organizații internaționale, sau însăși aceste organizații considerate ca entități abstracte; sau ființe nenaturale (extraterestre) etc. Se poate ajunge în situația în care subiectul trăiește sentimentul ostilității fără nominalizare: „sunt persecutat!”.

Delirul paranoid se poate însoți de tema punerii sub supraveghere. Aceasta are ca punct de plecare trăirea senzitiv-relațională, în care subiectul se simte în centrul atenției altora. Trăirea poate avea diverse elaborări. Subiectul se simte urmărit pe stradă, uneori de echipe complexe care se schimbă între ele; apoi, e convins că e observat și înregistrat de la distanță prin diverse aparate: ocheane, telescoape, camere de luat vederi, aparate de fotografiat și filmat, ascultarea telefonului, microfoane, prin aparatul TV sau prin internet. Pe aceste căi „ceilalți” se apropie de intimitatea sa pe care o țin mereu sub control. Uneori subiectul are impresia că a fost vizitat la locuința sa, că i s-a umblat prin dulapuri și sertare. Un alt fenomen este substituirea de persoane ca în sd. Capgras: subiectul are impresia că o persoană apropiată (soția) a fost substituită cu un dușman, deși fizic nu apare modificată; sau că, în diverse locuri, persoanele pe care le întâlnește sunt de fapt substituite cu un persecutor care îl urmărește peste tot.

Fenomenele de supraveghere, care sunt considerate uneori ca un aspect special al delirului paranoid au o continuitate evidentă cu sindromul de transparență influență. În cazul acestuia subiectul e convins că însăși gândurile sale cele mai intime sunt cunoscute de alții, astfel încât limitele sinelui nuclear sunt străpunse. Acest sindrom este însă comentat de obicei separat. La fel sunt stările psihopatologice comentate ca „dispoziție delirantă” și ca „fenomene de referință”.

g) Excurs psihologic antropologic. Perceperea situațională a lumii

Existența oricărei persoane se desfășoară prin derularea unor evenimente succesive. În orice moment al existenței sale subiectul se află angajat în preocuparea față de rezolvarea unor situații mai mult sau mai puțin problematice. Soluționarea acestora se face prin comportamente cu scop care se realizează în urma unor decizii personale și care au diverse termene. Situațiile în care persoana e angajată la un moment dat au diverse semnificații și durate. Dar el se află mereu și într-o situație experiențială actuală, în contact nemijlocit cu lumea prezentă acum și aici. Din aceasta subiectul selectează, receptează, interpretează și înțelege o serie de informații actuale. Acest proces constituie substanța percepției.

Prin percepție experiențială s-ar putea înțelege reflectarea psihică sintetică, structurată ca formă și semnificație, a informațiilor actuale. Informațiile disponibile sunt reflectate și ierarhizate prin atenție, comparate cu datele mnestice, în sinteza perceptivă intervenind și imaginația. Percepția se conturează întotdeauna ca o „figură” pe un fundal perceptiv, având o anumită semnificație pentru subiect și fiind integrată în intenționalitatea sa de raportare, de obicei în acțiuni ce rezolvă probleme. Cele mai multe din datele perceptivă sunt recunoașteri. Datele nou percepute sprijină obținerea unor certitudini cognitive, răspund la întrebări sau ridică probleme, intrând apoi în fondul mnestic.

Există o percepere continuă reflexivă a propriei persoane: a propriului corp și psihism. Și în raport cu aceasta, o percepere variabilă a ambianței, a altor persoane și a semnificației situației. Aceasta e structurată spațial, cu distanțe și direcții care au ca referință centralitatea propriului corp. Percepția se poate referi la datele imediate sau la o perioadă mai îndelungată, caz în care se realizează o sinteză diacronă.

În normalitate percepția experiențială poate fi mai clară sau mai vagă, mai mult sau mai puțin exactă și detaliată. Așteptările, emoțiile și imaginarul modulează percepția. Omul, la fel ca și animalul, desfășoară aproape continuu o activitate investigatorie pentru a obține informații perceptivă detaliate și exacte, care după ce sunt înțelese, sunt interpretate.

Un aspect special e perceperea altor persoane. Acestea sunt întâi identificate ca fiind persoane umane. Apoi li se descifrează pe cât posibil identitatea; urmează perceperea și înțelegerea intenționalității lor în situația dată, inclusiv în raport cu propria persoană. Acest fenomen se realizează printr-un proces special pe care l-a studiat „theory of mind”.

Percepția situațională realizează legătura dintre structura și identitatea persoanei, – cu toate cunoștințele obținute de-a lungul biografiei și care sunt organizate după limite de forță a opiniilor și convingerilor – și, pe de altă parte, situația dată, cu informațiile sale curente și cu semnificația sa. Între acești doi poli există în mod firesc o distanță care e umplută de structuri psihice intermediare. Această structură se prăbușește în psihopatologie, atunci când apar iluziile, halucinațiile și fenomenele de referință.

Visul e o trăire de tip perceptiv ce se desfășoară în contextul reducerii vigilității conștinte și a aportului informativ din ambianță, el alimentându-se cu date mnestice.

SINDROMUL HALUCINATOR ȘI AL DISTORSIUNII CÂMPULUI PERCEPTIV

În mod normal perceperea lumii date depinde de nivelul de vigilitate, de interesele și preocupările subiectului, de expectanțe, de focalizarea atenției. Și la fel, de fondul de cunoștințe, de experiențele anterioare și de sinteza imaginarului. Percepția se petrece la limita dintre interioritatea psihismului subiectului și exterioritatea lumii cu care acesta intră în contact.

Psihopatologia ne relevă atât perturbări ale ansamblului câmpului perceptiv, incluzând și propriul corp; cât și tulburări formale, incluzând apariția neoformațiilor halucinatorii.

Halucinațiile sunt trăiri de tip perceptiv care nu au la bază o informație actuală reală, corespunzătoare. Caracterul perceptiv constă, în esență, în plasarea lor în spațiul extracorporal și în calitățile lor senzoriale, ca distanță, mărime, intensitate, formă, timbru; dar, orice percepție se caracterizează și prin configurația semnificativă. Halucinațiile se pot produce în toate ariile senzoriale perceptiv astfel încât putem distinge: halucinații vizuale, auditive (audio-verbale), olfactive, gustative, cutanate, sexuale, kinestezice.

Trăirile halucinatorii resimțite în interiorul propriului corp (în limitele spațiului corporal) au fost numite și halucinații psihice. De exemplu imagini sau voci plasate în abdomen, inimă sau cap (voci ce sunt auzite în cap se cer diferențiate de propriile gânduri și de simptome din sindromul de transparență influență).

Halucinațiile, ca neuroproducții perceptiv, se desfășoară de obicei concomitent cu perceperea destul de corectă a ambianței. Dar aceasta e percepută nepregănit ca un fundal estompat, halucinațiile insinuându-se printre elementele acesteia. Halucinațiile vizuale și auditive implică lumea exterioară ca un spațiu structurat; cele gustative, olfactive, cutanate, sexuale, interoceptive și kinestezice gravitează în jurul propriului corp sau sunt resimțite din interiorul acestuia. Acestea sunt uneori greu de diferențiat de interpretarea unei iluzii sau de o halucinație funcțională.

Halucinațiile funcționale constau din trăiri de tip halucinator care se produc pe baza unei informații externe reale, care e însă nestructurată specific. De exemplu în zona auditivă, pe fondul unui zgomot real subiectul aude clar voci de oameni ce i se adresează. Halucinațiile funcționale pot fi comparate cu fenomenul normal al paraeidoliei ce constă în structurarea imagianativă a unei informații vagi, cum ar fi configurația norilor, o pată de mucegai, fundul unei cești de cafea. Paraeidolia este însă un fenomen acceptat conștient, controlat și reversibil. Uneori e dificil de decis dacă e vorba de o halucinație funcțională sau obișnuită; de exemplu în cazul halucinațiilor gustative când pacientul, alimentându-se, afirmă că mâncarea are un gust schimbat, suspicionând otrăvirea. Halucinațiile funcționale subliniază faptul că materialul de bază a halucinațiilor vine din interioritatea psihismului subiectului, lumea informațiilor actuale fiind de obicei un suport pentru ele.

În unele împrejurări halucinațiile se desfășoară în contextul reducerii importante a percepției ambianței, ca în cazul stărilor oniroide, asemănătoare visului cu ochii deschiși, care apare pe fondul denivelării vigilității conștiente din delirium; sau trăirile de tip halucinator din deprivarea senzorială.

Halucinațiile pot fi multiple, se pot combina între ele, vizual-auditiv, olfactiv-gustativ, cutanat-vizual, kinestezic-sexual-cutanat etc. Cel mai des halucinațiile coexistă cu delirul, întreținându-se reciproc.

Un comentariu special e necesar privitor la halucinațiile auditive. Acestea pot fi simple zgomote, teme muzicale sau pot avea un caracter ideo-verbal. După conținut acestea pot fi: – *apelative*: subiectul este strigat pe nume, chemat, interpelat; – *imperative*: subiectului i se dau ordine spre executare, uneori cu un conținut periculos, în sensul comenzii de suicid sau de omucid; – *comentative*: acestea pot comenta actele, intențiile, gândurile în desfășurare de obicei ca voci a mai multor persoane cunoscute sau necunoscute, ce discută între ele. Halucinațiile ideo-verbale sunt apropiate de halucinațiile psihice și sunt apropiate de halucinațiile psihice și pot interfera cu fenomene de transparență-influență și chiar cu tulburările formale de gândire. Ele se desfășoară în marginea disfuncției sinelui nuclear cu indistincția resimțirii a ceea ce aparține propriei conștiințe sau exteriorului. Au fost interpretate și ca proiecție în exterior a propriilor gânduri.

• Iluziile sunt percepții deformate ca formă și semnificație. Ele se produc și în normalitate, condiționate de insuficiența sau neclaritatea informațiilor, de anumite configurații spațiale speciale sau de stări afective intense cu expectare particulară.

În cazul iluziilor formale patologice, obiectul apare cu un contur modificat sau neclar, mai mare sau mai mic decât e în realitate, detașat de fundal etc. Neclaritatea percepției din obnubilare sau delirium poate conduce la iluzii formale; dar și la false identificări de persoane. Iluziile formale pot fi resimțite și în raport cu propriul corp, fapt ce apare în sindromul de depersonalizare: unele părți ale corpului sau ansamblul său sunt resimțite mai mari sau mai mici ca în realitate, deformate, cu limite estompate etc.

Corelația dintre convingerea delirantă și trăirile perceptive distorsionate are mai multe variante în psihopatologie, diferite de halucinațiile și iluziile propriu zise. În mod special se impun distorsiuni ale semnificației globale a câmpului perceptiv. Se pot menționa:

- Fenomenele de referință simple. Acestea constau în faptul că diverse percepții banale sunt resimțite ca având o semnificație neobișnuită, stranie, misterioasă, care are însă legătură cu subiectul astfel încât el intră în alertă. Diverse culori, cifre, cuvinte, prezența unor persoane cunoscute sau necunoscute, semnele de circulație, felul în care sunt aranjate obiectele, fenomenele atmosferice, sunt receptate cu mirare, uneori cu neliniște și stupefacție, ca semnale referențiale misterioase.

- Fenomene de referință relaționale. Acestea constau în manifestări naturale ale unor oameni care sunt resimțite și interpretate ca adresându-se special subiectului ca având o semnificație deosebită sau gravă în ceea ce îl privește. Astfel unele expresii dintr-o discuție, comentariile neutre pe care le fac unele persoane în prezența subiectului, anumite priviri sau gesturi, sunt resimțite ca aluzii la propria persoană. Subiectul poate avea impresia sau convingerea că se vorbește despre el la radio, la TV, în presă, că în emisiuni este vizat, citat etc.

- În acest context pot fi replasate în aria tulburărilor de semnificație a datelor percepute și substituirile de persoane, descrise în sindromul Capgras. Subiectul e convins că persoane pe care le percepe și le identifică corect din punct de vedere formal, au fost substituite de dușmani, pentru a fi în permanență în jurul său cineva care să-l supravegheze, să-l spioneze. În fenomenul Sosia, o persoană cunoscută și apropiată, de exemplu soția, a fost substituită cu altcineva. În fenomenul Fregoli, el are impresia sau e convins că un anumit dușman ia diverse înfățișări și astfel se află în permanență în preajma sa. Este evident în aceste cazuri că percepția formală nu e modificată, perturbarea plasându-se la nivelul semnificației trăite. Deși, în aceste cazuri, tulburarea perceptivă nu mai e globală, ca în situațiile precedente.

- Dispoziția delirantă bazală, – „anastrofa” lui Conrad – constă în sentimentul pacientului că „se întâmplă ceva în jur”, ceva nelămurit dar care-l privește. Lui i se pare că nimic nu e întâmplător, că toate lucrurile care se petrec au o legătură ascunsă între ele și cu sine, că se învârt în jurul său, că se va produce ceva important, care-l privește. De aceea se află într-o stare de tensiune, de așteptare încordată. Pe acest fundal o amintire, o intuiție. Subiectul trăiește un sentiment de „centralitate” în sensul că el este centrul a tot ce se întâmplă, dar cel mai des o anumită percepție corectă – numită și „percepție delirantă” – precipită brusc o convingere delirantă. Acest mod de instalare a delirului a fost etichetat drept „delir primar”.

- Derealizarea constă din perceperea corectă a realității înconjurătoare care apare însă ca schimbată, ciudată, stranie, ireală, neobișnuită, „ca în vis”. Parcă lucrurile se petrec nefiresc, „ca într-o scenă de teatru”, „ca în vis”. Totul pare ca lipsit de culoare, de viață, alte persoane par a se comporta straniu, „ca păpuși trase pe sfori, ca actori fără o viață proprie”.

h) Excurs psihologic antropologic. Sinele nuclear și distanțele antropologice

Persoana conștientă resimte identitatea sa cu sine ca izvorând din sine, din „sinele” său reflexiv nuclear („eu însumi”, „self”, „ich selbst”). Acesta centrează întreg psihismul persoanei înrădăcinându-se în trup, fiind axul identității biografice și centrul propriei concepții despre lume și a raportării la situațiile actuale. Raportarea intențională a subiectului față de lume pornește din „sine” și aparține „sinelui”, la fel ca ansamblul trăirilor și cunoștințelor subiectului. Prin acest sentiment subiectul se diferențiază de alții și de lume. Desigur, el colaborează cu alții în luarea deciziilor, în formarea cunoașterii generale și în cunoașterea de sine. Dar în principiu, celălalt, ceilalți, rămân distincți de sine. Persoanele apropiate sufletește au un acces mai mare la intimitatea subiectului uneori până la interpătrunderea afectivă, ca în dragoste. Cei apropiați și intimi sufletește își cunosc reciproc secretele personale și se influențează ușor unul pe altul în decizii. Persoanele care se află la distanță psihologică medie de subiect, au acces doar la o parte din informațiile despre viața sa personală iar puterea lor de influențare în decizii e mai redusă. În sfârșit, pentru fiecare subiect există și o zonă a raportărilor publice, oficiale și impersonale. În raport cu aceasta, deseori subiectul afișează o mască socială, joacă roluri sociale iar influențele lor sunt controlate.

În mod normal subiectul decide liber și spontan ce să mențină în zona intimă a secretului personal și ce să comunice public din trăirile și intențiile sale. Și de asemenea, el controlează intențiile altora de a-i influența acțiunile. Această activitate este funcția sinelui nuclear, cel care susține sentimentul identității cu sine, a delimitării sinelui în raport cu alții și lumea, apartenența la sine a propriei biografii și a ansamblului trăirilor psihice, sentimentul emergenței din sine a intenționalității față de lume.

În mod natural, în orice situație dată, orice subiect percepe și înțelege direct și nemijlocit intențiile celorlalți în situație, inclusiv în raport cu sine (așa cum demonstrează „theory of mind”). Prin simetrie, el resimte și e convins că ceilalți percep și înțeleg intențiile sale. Pe de altă parte, în mod practic, în permanență deciziile și acțiunile persoanei sunt influențate, direct sau indirect, de alții, prin acte de limbaj sau prin identificarea subiectului cu aceștia. Cu toate acestea, în normalitate se menține constant sentimentul că decizia ultimă, inclusiv în ceea ce privește dezvăluirea intimității sale, îi aparține subiectului. Precum și sentimentul că în cele din urmă tot lui îi aparțin intențiile sale și conținutul vieții sale psihice, că el este bine delimitat de alții și de lume, că există autonom.

În psihopatologie aceste funcții ale sinelui nuclear sunt perturbate.

SINDROMUL DE TRANSPARENTĂ-INFLUENȚĂ

Modificarea psihopatologică a funcționării sinelui nuclear conduce la fenomene de depersonalizare, la sentimentul pierderii identității și limitelor eului, la simptome de transparentă și influență psihică. Acestea mai sunt numite fenomene de pasivitate psihică sau de control exterior, xenopatic. În cadrul acestuia subiectul resimte că alții, din exterior, au acces la intimitatea sa, cunoscând-o și intervenind în deciziile sale cele mai intime, în apariția și desfășurarea gândurilor sale. Fenomenele de „referință” se manifestă tot în acest context.

Fenomene de transparentă psihică în raport cu alte persoane

Acestea se articulează cu simptomatologia sentimentului de „punere sub supraveghere” care însoțește o parte din trăirile delirului paranoid specific schizofreniei plasându-se în continuitatea acestora. Principalele simptome sunt:

- Cunoașterea propriilor gânduri intime prin „citirea” sau „ghicirea” lor de către alții.
- Înregistrarea gândirii de către alții în urma răspândirii ei; fenomenul e trăit pasiv, subiectul resimte cum propriile gânduri se răspândesc fără voia lui și alții le captează.
- Comentarea gândirii de către alte gânduri intruse; subiectul resimte că în mintea sa sunt mai multe cursuri ale gândirii dintre care, unul, străin, supraveghează și comentează propriile gânduri; în acest caz fenomenul nu e resimțit ca halucinator.
- Sonorizarea gândirii: subiectul își aude gândurile, dar în propriul cap; nu e fenomen halucinator. Totuși subiectul crede că cineva care stă aproape poate să le audă.
- Ecoul gândirii: pacientul are sentimentul că propriul gând se repetă ca un ecou, dar nu sonor.
- Facerea publică a propriilor gânduri: subiectul constată că propriile gânduri sunt utilizate de alții, apar la radio sau televizor, în presă, astfel încât ajunge la concluzia că propriile gânduri au fost furate; fenomenul se poate corela cu delirul de referință.

Odată cu fenomenele de transparentă, supravegherea și controlul pătrund în însăși intimitatea psihismului subiectiv.

Fenomenele de influență (dirijare)

În cadrul simptomelor din acest grup sentimentul de pasivitate este mai accentuat. Pentru ele se mai folosește expresia de „înlocuire a voinței”. Cele mai pregnante sunt simptomele de influență asupra comportamentului și gândirii. Se constată:

- Înlocuirea voinței de forțe externe; aceasta poate fi trăită în mod global, subiectul simțindu-se ca un „automat dirijat din exterior”. În acest sens de Clérambault a folosit eticheta de „automatism mental”.
- Fenomenul poate fi resimțit și sectorial ca:
- Înlocuirea controlului vocii: pacientul resimte că vocea sa e sub controlul altora din exterior.
 - Înlocuirea controlului mâinii care scrie: subiectul afirmă că ceea ce scrie este controlat și condus din exterior.
 - Înlocuirea controlului altor acțiuni, ca mersul și actele obișnuite ale vieții de zi cu zi.
 - Înlocuirea controlului gândirii: pacientul resimte pierderea sensului posesiunii asupra întregului proces de gândire astfel încât niciun gând nu mai e resimțit ca inițiat de sine.

• Inserția gândirii: subiectul resimte cum unele gânduri ce le are nu sunt ale sale, nu sunt inițiate de el însuși ci de alții, care le-au introdus în capul (mintea) sa; uneori chiar identifică al cui e gândul respectiv ce i-a fost inserat, cine este autorul și deci posesorul său de drept; Gândurile pot fi introduse și de diavol sau de Dumnezeu. Subiectul își poate explica faptul că alte persoane îi inseră gânduri prin telepatie, hipnoză etc.

• Blocarea gândirii: gândirea se oprește brusc și apare un gol mintal, iar pacientul poate interpreta că acest fenomen se produce sub influența altora.

• Retragerea gândirii: pacientul are impresia că i-au fost retrase, scoase din minte, de către alții, o serie de gânduri astfel încât a rămas cu mai puține. Uneori își simte mintea complet golită, ca un vid mental, și interpretează acest fapt ca datorat retragerii gândurilor sale de către alții.

• Alte tulburări subiective ale gândirii: subiectul poate resimți cum gândurile sale se mută din stânga în dreapta, că el nu mai poate ști care sunt propriile sale gânduri, că gândurile ies din corpul său etc.

• Alte tipuri de înlocuire a controlului decât cel asupra acțiunii și gândurilor: subiectul poate resimți că îi sunt influențate și impuse anumite sentimente, emoții, expresii (de exemplu, râsul sau plânsul), senzații sexuale sau senzații corporale neplăcute, ceneștopatii, dureri, că îi sunt modificate părți ale corpului, că prin toate acestea el este dirijat și manipulat din exterior.

Fenomenele de influență și dirijare exterioară, xenopatică din această clasă sunt diferite de halucinațiile imperative.

Trăirile din sindromul de transparență influență pot fi interpretate delirant, în sens paranoid. Ele pot fi interpretate ca fiind provocate de alte persoane prin diverse metode: influențe parapsihologice (hipnoză la distanță, telepatie, prin utilizarea unor aparate diverse aparate și fenomene fizice (unde radio, laser, prin internet) sau pe cale supranaturală. Unii psihopatologi includ sindromul de transparență influență în grupajul sindromatic al delirurilor (bizare).

i) Excurs psihologic antropologic. Coerența centrală și sinteza psihismului

În mod normal omul trăiește în mod unitar, coerent și sintetic atât percepția și reprezentarea de sine și a lumii cât și manifestările sale intenționale, active. Gândirea și vorbirea, expresivitatea, comunicarea sunt organizate coerent, astfel încât să transmită informații sintetice, adecvate și cu semnificație comprehensivă în situația dată. La fel comportamentul are o motivație adecvată, coerentă și comprehensibilă, o unitate de desfășurare și de sens. Și se realizează printr-un produs sintetic. Comunicarea verbală și redactările discursive realizate prin limbaj au o coerență și o unitate semnificativă și semnificantă.

În spatele sintezei conjuncturale a manifestărilor se află coerența centrală axială a sinelui care asigură identitatea subiectului, delimitarea sa de către alții și de lume, centrarea „agenției” proprii și structura de ordine globală a psihismului. Se diferențiază astfel o lume interioară înrădăcinată în propria corporalitate și care centrează ansamblul cunoștințelor despre lume, propria concepție lume și propriile credințe. Nivelele ierarhice ale sinelui se bazează pe această centralitate.

SINDROMUL DEZORGANIZĂRII IDEO-VERBALE ȘI MOTIVAȚIONAL COMPORTAMENTALE. ALTERAREA COHERENȚEI CENTRALE SINTETICE

În psihopatologie se poate relaxa și perturba coerența centrală sintetică a psihismului. În aceste cazuri manifestările cele mai evidente semiologice sunt în plan ideo-verbal și în plan motivațional comportamental.

În plan ideo-verbal apar simptome care atestă modificarea cursului gândirii și vorbirii. Acestea deviază de la finalitatea lor de a exprima și comunica către alții informațiile în mod sintetic și semnificant. Apar astfel simptome care au fost etichetate ca tulburări formale de gândire și vorbire. Se pot menționa:

Tulburări formale de gândire

- Barajul mental – cursul gândirii se oprește brusc, și se reia în altă direcție;
- Mentismul – apariția bruscă a unui ansamblu de gânduri amestecate ce nu pot fi bine distinse și controlate;
- Gândirea și vorbirea hiperconcretă, lipsită de context și profunzime;
- Gândirea și vorbirea eliptică – scurtcircuitarea expresiilor uzuale ale textului comunicat cu păstrarea doar a unor repere de referință;
- Gândirea și vorbirea tangențială – este vagă, aluzivă, alunecă de la sensul de comunicare inițial;

- Gândirea și vorbirea digresivă – discursul se depărtează progresiv de tema principală, prin paranteze și asociații circumstanțiale, fără a mai reveni;
- Gândirea și vorbirea incoerentă – lipsa de legătură între expresii se produce în interiorul propoziției, astfel încât vorbirea nu mai e comprehensibilă;
- Tulburări logice și gramaticale în gândire și vorbire;
- Gândire, vorbire și scris marcate de dezordine, incoerență;
- Gândire și expresii simetrizante;
- Gândire și vorbire circumstanțială – evoluează din aproape în aproape, cu paranteze inutile; ea revine mereu la direcția inițială dar ajunge greu la concluzie;
- Gândire și vorbire manieristă, nu e comunicată decât puțină informație deși exprimarea este amplă cantitativ; se folosesc multe expresii de introducere, legătură, politețe, repetiții stereotipe;
- Gândire și vorbire stereotipă – anumite expresii sau cuvinte se repetă identic;
- Gândire și vorbire hiperabstrată, cu trimitere la noțiuni generale, fără articularea cu un discurs concret sau comprehensiv.

Tulburări semantice

- Semnificația unor expresii este utilizată neobișnuit, nepotrivit cu contextul (expresia poate fi un cuvânt, o locuțiune, o metaforă, un fragment de text);
 - Acordarea unor semnificații speciale unor fragmente de discurs detașate artificial de context;
 - Semnificații misterioase, idei idiosincrazice;
 - Neologisme, noi cuvinte, noi simboluri elaborate și înțelese doar de pacient, un nou cod lingvistic;
 - Tulburările formale de gândire și vorbire exprimă tendința spre abstractizare și simboluri. Comunicarea este ciudată, stranie, bizară, aluzivă, vagă, incomprehensibilă. Ea se poate asocia cu convingeri delirante.
- Dezorganizarea **în plan motivațional comportamental** se manifestă prin:
- expresii mimico-gestuale care sunt neadecvate situației sau în discordanță cu trăirea afectivă și cu motivația afirmată;
 - expresivitatea corporală și vestimentară este ciudată, neadecvată și neconformă convențiilor sociale;
 - comportamentul social e neadecvat, nelogic, neconform cu uzanțele, neobișnuit, ciudat;
 - manifestării corporale parazitare de stereotipii, manierisme, ritualuri; poziție ciudată, manifestări ale sindromului cataton;
 - deficiența unei autoîngrijiri coerente și adecvate în direcția autoîngrijirii corporale, a îmbrăcămintii, alimentației, habitatului.
- Corelat cu simptomatologia dezorganizantă mai apar următoarele simptome psihopatologice:
- dificultatea atențională a filtrării informațiilor cu distincția între esențial și neesențial;
 - deficiența percepției de sine a subiectului ca ființă unitară în toate planurile;
 - deficiența percepției altora și a situațiilor ca realități unitare și semnificative;
 - o deficiență generală a coerenței centrale a psihismului persoanei conștiente, a intenționalității și afirmării sale assertive.

Simptomatologia dezorganizantă condiționează un deficit important de comunicare și integrare interpersonal socială. Subiectul rămâne izolat, se manifestă straniu, bizar, e favorizat autismul. Psihopatologia de tip delirant, dacă e marcată de dezorganizare, se manifestă și ea bizar, sub semnul unor generalități și abstracții ciudate.

j) Excurs psihologic antropologic. Intenționalitatea

Persoana umană se raportează în permanență activ față de alții și lume, trăirile și comportamentul reactiv suprapunându-se peste acest fundal. Această atitudine este în primul rând o moștenire biologică, animalul investigând continuu mediul în căutarea hranei, cuplându-se și crescându-și puii după schema unei teleologii. Omul, cu psihismul său conștient dimensionat prin logos, este o ființă intențională. El se manifestă prin curiozitate și întrebări, proiecte și rezolvări de probleme, asertări. Orice afirmație făcută prin limbaj cuprinde o asertare. Cu atât mai mult exprimă intenționalitate actele de limbaj prin care persoana exprimă porunci și permisivități, rugăminți, sfaturi sau promisiuni. În mod spontan subiectul e în permanență interesat de ceva, orientat spre ceva, motivat. El se manifestă prin dorințe și intenții, își face

proiecte și întreprinde acțiuni, are inițiative, urmărește scopuri și sensuri. Intenționalitatea se manifestă și în raport cu alte persoane spre care subiectul se deschide, se îndreaptă, pe care vrea să le cunoască, de care se leagă, în fața cărora se afirmă sau pe care încearcă să le domine.

Intenționalitatea e o condiție generală a conștiinței, fapt susținut în prezent atât de fenomenologie cât și de cognitivism.

SINDROMUL AMOTIVAȚIONAL. GRUPAJUL SINDROMATIC DEFICITAR

Sindromul amotivațional exprimă un deficit al raportării general active la lume și la alții, astfel încât subiectul apare ca lipsit de motivație. Se constată: – deficit de spontaneitate, de inițiativă în toate ariile vieții psihice; – deficit de curiozitate, căutare, investigare, imaginare; subiectul nu mai provoacă activ realitatea, nu se mai proiectează în viitor; are tendința de a recepta pasiv și indiferent informațiile; – deficit de interes, proiecte de acțiune și motivație în general, cu inactivitate; – lipsă de interes față de sine, față de propria persoană corporală putându-se ajunge la deficit de autoîngrijire; – subiectul poate sta mult timp fără să facă nimic, în situație pasivă, de receptare; – anhedonie, adică lipsa capacității de a se bucura; nimic nu-i mai face plăcere, nici lucrurile care altădată îl satisfăceau mult; – deficit de relaționare socială, contactul și implicarea socială sunt reduse.

Descris ca mai sus sindromul amotivațional e unidirecționat, apărând mai repede ca un subsindrom. Acesta se întâlnește în sindroamele mai ample ale depresiei și în cel schizo-deficitar. În depresie el e asociat cu hipertimia negativă însoțită de lipsa de speranță, autodeprecieri, vinovăție, ideatie suicidară. În macrosindromul schizo-deficitar sindromul amotivațional se întâlnește împreună cu cel apatic, abulic, autist, depersonalizare și cu anumite aspecte ale dezorganizării ideo-verbale.

Sindromul schizo-deficitar

Raportarea activă a persoanei față de lume poate fi deficitară într-un sens larg conativ, deci a intenționalității înțeleasă în toate planurile sale, fără ca planul cognitive să fie în mod primar și major afectat. Acest deficit global a fost descris în schizofrenie printr-o serie de simptome – de fapt module simptomatice sau subsindroame – care în ansamblu pot fi așezate una lângă alta într-un grupaj sindromatic sau „macrosindrom” schizo-deficitar. Dată fiind această coexistență semiologică frecventă se poate presupune că e vorba de alterarea unei dimensiuni importante a persoanei. E vorba de prezența concomitentă a unor principale simptome din următoarele sindroame:

– Sindromul amotivațional; subiectul nu e interesat și preocupat de nimic, nu e motivat spre acțiune, nimic nu-i face plăcere, e anhedonic.

– Sindromul abulic; subiectul nu se poate hotărî să treacă la acțiune, poate fi ambitendent și ambivalent, nu poate realiza nimic efectiv, e apragmatic.

– Sindromul apatic; subiectul e indiferent față de lumea din jur, nu se emoționează, nu e atașat afectiv de altul, nu rezonază împreună cu ceilalți, e indiferent și față de propria sa situație, față de laudă și blam; nu se autoîngrijește.

– Sindromul autist; există un deficit în comunicarea interpersonală, neverbală și verbală. Manifestările sunt rigide, stereotipe, cu tendință spre fixitate, neschimbare.

– Elemente clinice sindromatice de depersonalizare, mai ales corporală; cu derealizare și sentimental lipsei limitelor, a neidentității persoanei, a fragmentării sale.

În descrierile și circumscrierile clinice clasice macrosindromul schizo-deficitar – sau grupajul sindromatic respectiv – este considerat ca participând în mod semnificativ la conturarea tabloului clinic al tulburării schizofrene împreună cu alte două grupaje semiologic sindromatice: cel al dezorganizării ideo-verbale și motivațional comportamentale și cel paranoid, halucinator delirant depersonalizant în care tematica delirantă (predominent de persecuție) e însoțită și de sindromul punerii sub supraveghere și de sindroamele ce exprimă perturbarea sinelui nuclear.

SINDROMUL AUTIST

În mod normal orice om intră spontan în contact cu alți oameni, în situații mereu noi. El e interesat de acest contact, comunică firesc verbal și nonverbal cu ceilalți, îi înțelege și se face înțeles, e interesat de situații noi, afirmându-se cu inițiativă și cu eficiență în raport cu alții și cu lumea în general.

Sindromul autist exprimă un deficit, developmental în primul rând, în relaționarea interpersonal socială și în sinteza echilibrată a informațiilor despre celălalt. Precum și în asertarea sintetică de sine, în plan interpersonal și în general în planul lumii comunitare. Aceste deficite au o configurație semiologică specifică care e comentată în prezent prin patologia reunită în „spectrul autist”. Acesta are ca referință tabloul clinic al „autismului infantil Kanner”.

Principalele simptome din sd. autismului infantil sunt:

– Deficiența calitativă a interacțiunii sociale. Aceasta se evidențiază prin: deficit în comportamente non-verbale de reglare a interacțiunii sociale (privitul în față, expresia facială, ținuta corporală și gesturile); deficiența în a stabili relații noi cu alte personae; lipsa tendinței spontane de a împărtăși bucurii, preocupările sau realizările cu alții; lipsa de reciprocitate emoțională și socială. În ansamblu aceste aspecte sunt uneori caracterizate ca „retragere socială”. Aceasta, în cazul în care sindromul apare la vârsta adultă. Semnificația „retragerii sociale” se cere însă precizată deoarece înregistrată doar din exterior ea poate avea multe determinări.

– Deficiențe și particularități anormale în domeniul comunicării verbale. Limbajul, chiar dacă e bine însușit și a avut o eficiență utilizare, apare în cadrul sindromului ca deficitar în funcția sa comunicativă. Acesta, în primul rând în aspectul său formal, privitor la intonație, ritm, elaborare, sinteză. Limbajul e marcat de stereotipii, manierisme, abstractizări. E deficitară și inițierea sa cu scop comunicativ sau faptul de a răspunde la dialog sau alte situații comunicate.

– Comportamentul în ansamblu, la fel ca și preocupările și activitățile, apare ca stereotip, repetitive. Preocupările sunt reduse la numai câteva, anormale ca intensitate și focalizare. Comportamentul este inflexibil, manifestându-se prin rutină sau situații non-funcționale ce se repetă stereotip. E prezentă o preocupare pentru părți ale obiectelor; precum și o fixare pe nemișcarea spațială a lucrurilor, pentru menținerea lor într-o ordine fixă.

Cele trei aspecte menționate se intersectează și probabil se intercondiționează. În circumscrierea clasică și standard a sindromului autist se intersectează două direcții ale funcționării psihismului: – aspectul sintezei: sinteza informațiilor, sinteza de sine, sinteza „celuilalt” ca partener etc.; – interrelaționarea interpersonală în cadrul căreia contactul direct al subiectului cu altul este un aspect esențial. Comunicarea verbală intermediază acești poli și îi leagă. De aceea, sindromul autist, bazat pe cele trei ipostaze ce-l constituie în copilărie, are prin el însuși o semnificație antropologică particulară.

Într-un sens mai larg, autismul girează un spectru psihopatologic în care sunt deficitare mecanismele de relaționale interpersonale intime, de rezonare și interpătrundere afectivă. Baza lui constă în deficiențe ale coerenței centrale a psihismului, a capacității de sinteză semnificantă a celuilalt și a propriei persoane.

k) Excurs psihologic antropologic. Vigilitatea conștientă

În mod normal viața omului oscilează între somn și veghe, la fel ca cea a tuturor vertebratelor. În stare de veghe există diverse grade de luciditate conștientă, mai mare în cazul emoției, a concentrării voluntare, a consumului de vizilizante (cafea), mai redusă în oboseală, relaxare, perioada de dinaintea adormirii, consumul de alcool sau sedative. Starea de veghe conștientă permite o raportare clară și performantă la ambianță, o bună funcționare cognitivă (din punct de vedere al atenției, percepției, memoriei, gândirii, discernământului), un control instinctiv, afectiv și decizional adecvat, un comportament cu scop și sens performant, adaptativ. Există de asemenea o bună reflexivitate conștientă în sens de înțelegere și raportare la sine, de autopercepție și articulare la memoria biografică, o bună orientare temporo-spațială, auto și allopsihică. Responsivitatea la stimuli este adecvată. Toate aceste aspecte sunt modificate în psihopatologie.

GRUPAJUL SINDROMATIC AL PERTURBĂRII VIGILITĂȚII

Putem întâlni o reducere în diverse grade a vigilității conștiente însoțită de variate alte manifestări psihologice. Se descriu de obicei separat:

- Obnubilarea: pacientul este imobil, fără mișcări și activitate spontană, răspunde dificil la stimuli, doar la cei intenși și repetați; procesele cognitive (atenția, percepția, memoria) sunt diminuate, inhibitate; lentoare în derularea proceselor cognitive; colaborarea cu ceilalți e dificilă;
- Soporul este o stare de denivelare a vigilității de tipul obnubilării, mai accentuată, cu somnolență și adormire intermitentă;

- Coma constă în suspendarea vigilității conștiente; ea poate avea diverse grade de profunzime care se măsoară prin reflexele care se păstrează;

- Stuporul constă dintr-o denivelare a vigilității conștiente însoțită de nemișcare, în diverse poziții, cu areactivitate și negativism. Pacientul deși nu doarme, nu răspunde la stimuli verbali și e hiporeactiv la alți stimuli; nu se mișcă și nu vorbește spontan; nu răspunde la întrebări și nu execută comenzile. Uneori se poate opune la mobilizarea inițiată de alții; se opune mobilizării mâinii, deschiderii gurii pentru alimentare; poate prezenta hipertonie sau hipotonie musculară;

- Starea crepusculară sau disociativă de conștiență constă dintr-o diminuare a vigilității cu deplasare; reducerea vigilității constă predominant în scăderea reflexivității (conștiența de sine în cursul desfășurării evenimentelor); percepția e redusă dar suficientă pentru deplasare, fără dificultăți, greșeli sau accidente; dar pacientul nu identifică persoanele cunoscute, nu răspunde la salut sau întrebări; tulburarea se desfășoară paroxistic cu debut și remisiune bruscă, cu durată delimitată în timp; privitor la episod, subiectul are amnezie sau hipomnezie; în timpul episodului el poate avea și comportament agresiv, uneori reactiv.

- Starea disociativă de conștiență poate avea diverse durate. Când durează mai multe zile se vorbește de dromomanie; nivelul vigilității poate fi fluctuant dar fără remisie completă.

Există o corelație – o continuitate – între această tulburare și personalitatea multiplă, în care caz modificarea vigilității conștiente e foarte redusă, eșectivă, deci o corelație cu problematica identității persoanei.

- Deliriumul constă dintr-o denivelare de diverse grade a vigilității conștiente însoțită de dezorientare temporo-spațială și neliniște sau agitație psiho-motorie; vigilitatea poate fi doar parțial modificată, diminuată sau grav afectată; funcțiile cognitive sunt deficitare și la fel reactivitatea la stimuli; e caracteristică dezorientarea în timp și spațiu, în raport cu evenimentele, cu propria persoana și cu alții; apar frecvent false identificări de persoane; pacientul nu e imobil ca în obnubilare ci neliniștit sau agitat; agitația se poate însoți de heteroagresivitate, chiar cu „stare clastică” (pacientul distruge nediferențiat tot ce întâlnește în jur); agitația poate fi și în spațiu redus în limitele patului (stare „amentivă”); vorbirea este deseori incoerentă; starea afectivă e uneori anxioasă dar poate fi și euforică.

Pe acest fundal pot apărea stări halucinatorii de tipul visului, „oneiroide”; halucinațiile sunt predominant vizuale, simple sau scenice, uneori panoramice: subiectul percepe scene, la care participă intens afectiv și comportamental; pot apărea, mai rar, și halucinații auditive, olfactive, gustative tactile sau altele. De asemenea pot fi prezente convingeri delirante, de obicei consecutive halucinațiilor.

Deliriumul e o tulburare delimitată în timp ce durează de obicei câteva zile (în relație cu etiologia) mai rar câteva săptămâni. Dacă se prelungește, se ridică problema tranziției spre demența ireversibilă.

SINDROMUL DEMENȚIAL

Procesul dezvoltării psihice a individului care implică achiziția progresivă de noi capacități individuale și pragmatice, de noi cunoștințe și competențe și de o tot mai bogată și determinată identitate odată cu practicarea unor roluri sociale tot mai complexe, este contrabalansat de pierderea acestora, mai lentă sau mai rapidă, globală sau sectorială.

Sindromul demențial se referă la pierderea, progresivă și ireversibilă a unor funcții psihice, centrate de cele cognitive mnestice, care conduce la deteriorarea funcționării în viața de zi cu zi și a funcționării sociale și reducerea fondului de cunoștințe, a nivelului de interese și competențe sociale, la declinul identității și dimensiunii valorice a persoanei.

Deteriorarea demențială e condiționată totdeauna organic cerebral dar în variate modalități. Ea este vizibilă în primul rând în planul funcțiilor cognitive și executive.

Simptomele importante sunt: Deficiențe cognitive centrate pe disfuncția memoriei. Odată cu reducerea atenției și percepției se instalează o amnezie antero-retrogradă cu consecințe practice în viața de zi cu zi. Subiectul uită să execute corect și finalizat o serie de acte ale vieții obișnuite (închiderea robinetelor, a luminii, a ușii). Amnezia retrogradă determină uitarea unor perioade de viață din prezent spre trecut, care se pot extinde ani de zile. Amnezia condiționează pierderea reperelor pentru orientarea spațială, orientarea temporală, biografică (autopsihică) și în raport cu alte persoane (alopsihică). Funcțiile executive sunt deteriorate în sensul efectuării eficiente și responsabile a unei acțiuni cu scop și sens. Se alterează discernământul (evaluarea consecințelor

propriilor acte pentru sine și pentru alții). Nu mai sunt executate eficient și adecvat actele ce compun derularea vieții curente, de zi cu zi. Scade sfera de interese și preocupări, care devin tot mai egocentrice. Progresiv se reduce capacitatea de autoadministrare și în final de autoîngrijire. Subiectul își poate pierde reperatele care-i definesc propria identitate.

Procesul demential se însoțește de variate tulburări neurologice care depind de tipul de boală ce afectează encefalul. Poate fi vorba de disfuncții instrumentale (afazie, agnozie, apraxie), de tulburări piramidale, extrapiramidale, tablou de tip pseudo-bulbar etc.

Sindromul demential poate fi accentuat temporar de episoade confuzive (de delirium) și poate fi marcat de simptome psihotice (delirant halucinatorii).

*
**

Sindroamele psihopatologice exprimă tulburări ale structurilor funcționale normale ale persoanei umane, evidențiază infrastructura acesteia. Ele sugerează cum e organizat acest psihism. De aceea, prezentarea lor nu poate fi cu totul aleatorie.

S-ar putea accepta că sd.pt. exprimă disfuncții ale funcționării psihice adaptative a subiectului ce e centrat de sine și se manifestă prin intermediul situațiilor în direcția acțiunii și a relaționărilor interpersonale (A se vedea Anexele I și II).

Centrul axial al sinelui, e în prezent comentat dintr-o perspectivă ierarhică: la bază ar fi sinele încorporat, pe care îl exprimă corpul biologic și care este resimțit subiectiv ca un corp trăit. Urmează sinele nuclear care e centrul „mentalizării”; a atribuirii de stări mentale altora și sie-și; subiectul se resimte la acest nivel ca autor al trăirilor sale și ca distinct, delimitat de intenționalitatea, de mintea altor oameni. Supraordonat acestuia se plasează sinele biografic, metareprezentational, care se poate distanța de sine însuși, poate relata istorii despre sine, se poate autoanaliza, evalua, modifica. În sfârșit, în plan social sinele se manifestă ca persoană ce are o identitate prin nume, acte, statut și rol social. La acest nivel se desfășoară conștiința morală și creativitatea valorică. Întreaga arhitectură a sinelui e ordonată de o coerență centrală ce-i asigură limite și identitatea în raportarea sa coerență și ordonată ierarhică la lume.

Subiectul se raportează la lume și la alții prin intermediul situațiilor trăite.

Un prim nivel de manifestare situațională a sinelui se realizează prin trăirea unor dispoziții afective. Anxietatea, tristețea, iritabilitatea ostilă, euforia și indiferența exprimă o anumită atitudine, o anumită poziționare globală a subiectului în raport cu lumea, alții și sine. Pe prim plan este afirmarea directă, nemijlocită a sinelui. Sd.pt. maniacal și cel depresiv derivă cel mai clar din dispozițiile afective, dar și anxietatea generalizată. Iritabilitatea ostilă este de obicei integrată în sd. paranoid. Indiferența apatică exprimă și ea o atitudine bazală față de situație și lume de data aceasta în sensul neaderării; fapt ce se regăsește în sd. de derealizare și în general în sentimentul de nefamiliaritate cu lumea, de gol sufletesc, de plictis.

Articularea subiectului față de situație se face și prin înțelegerea semnificației acesteia, a problematicii pe care o ridică. Din această înțelegere rezultă poziționarea sa atitudinală, decizia și trecerea la act. Reacția emotivă, comportamentul reactiv, impulsiv sau problematizarea exagerată a deciziei, se plasează la acest nivel.

Trăirile situaționate imediate se prelungesc în situații mai ample ca durată, în care subiectul manifestă preocupări, evaluări, raportări, acțiuni. Astfel, preocuparea față de sănătatea proprie poate fi strict circumstanțială. Și la fel, cea față de apariția expresivă în raport cu alții, față de felul în care ceilalți evaluează pozitiv sau negativ această apariție. Faptul poate conduce la trăiri psihopatologice din serie dismorfică. În același sens se manifestă preocuparea subiectului față de interesul pe care îl stârnește altora, fapt ce se poate exprima prin sd. de relație senzitivă. În toate aceste cazuri intră acum în joc și o altă instanță a psihismului, nivelul metareprezentational care operează cu cunoașterile subiectului, cu reprezentările mentale și cu cele formulabile lingvistic.

Instanța metareprezentatională e implicată în sd. fobic, în cadrul căruia subiectul evită zonele de realitate pe care le știe sau le presupune ca periculoase. Fobia, într-un sens mai larg, se referă și la fobia de sănătate și la cea de manifestare socială nefavorabilă. Tot în plan metareprezentational subiectul se poate analiza și evalua spre sine, poate să se manifeste în conflict cu sine. Sd. obsesiv se plasează și el la acest

nivel. Trăirile de tip dismorfic sau senzitiv relaționale pot fi trăite în variată anxios fobică, obsesiv-compulsivă sau ca idee supraevaluată sau delirantă.

În plan transsituațional, subiectul este preocupat să ducă la bun sfârșit o acțiune începută, în care s-a angajat. Ceea ce a fost comentat ca sd. abulic constând din patologia funcțiilor executive, se plasează la acest nivel. Dar și preocuparea de tip obsesiv fobic a subiectului privitoare la sănătatea sau starea de bine a persoanelor de care e atașat. În aceeași direcție se plasează ideația erotomană sau cea de suspiciune paranoidă, în măsura în care se desfășoară la un nivel predelirant. Dependența episodică de alte persoane poate fi și ea trăită ca stare psihopatologică la acest nivel.

Pe axa sinelui metareprezențional diagnostic se exprimă în primul rând sd.pt. care vizează identitatea subiectului, atât în plan expresiv relațional cât și în plan subiectiv. În perspectivă psihopatologică intră de la un moment dat în joc aspectul structural al coerenței centrale, care asigură identitatea subiectivă și obiectivă a subiectului, bazat pe centralitate, delimitare și ordonare ierarhică în manifestări. Sd. depersonalizării exprimă o perturbare a acestor funcții. Fenomenele halucinator delirante, cele de transparență influență și cele de dezorganizare psihică, sunt expresia directă și majoră a perturbării structurale a coerenței centrale. Instanța metareprezențională a psihismului este implicată direct și major. Subiectul tinde să se afirme prin identitatea sa ce se definește prin relaționarea sa de durată cu alții, prin raportarea reciprocă în cadrul unor situații problematice de durată. În cadrul acestora, subiectul se centrează prin sinele său nuclear, care este sursă dar și proprietar a propriilor trăiri intenționale și relaționale. Fenomenul e perturbat în sd. de transparență influență. Relaționarea subiectului față de sine, alții și lume, prin intermediul situațiilor trăite, este grav perturbată în cadrul sd. delirant și halucinator. Dezorganizarea ideoverbală și motivațional comportamentală abolesc limitele sinelui și exprimă prăbușirea arhitectonicii, ordonării ierarhice a manifestărilor. Sindroamele psihopatologice exprimă aceste deficiențe disfuncționale.

Pornind de la trăirile situaționale nemijlocite, psihismul persoanei se elaborează – dar se și perturbă – prin intermediul nivelului metareprezențional al psihismului, al sinelui. În spatele acesteia se organizează și se manifestă structura coerenței centrale a subiectului. Perturbarea acestei structuri, dincolo de o anumită limită, conduce la o „mutație” pe o altă orbită de funcționare psihologică, inferioară și restrictivă.

2.3. SEMIOLOGIA PSIHOPATOLOGICĂ ÎN PERSPECTIVA SIMPTOMELOR

Simptomele se referă la perturbarea unei funcții psihice determinate. Enumerarea, definirea și/sau comentarea lor presupune o schemă, mai mult sau mai puțin arbitrară, de circumscriere a psihismului uman. O astfel de schemă poate fi cea tradițională care ține seama de trei dimensiuni sau ansambluri funcționale fundamentale ale psihicului: cognitivă, dinamizantă (conativă) și realizatoare (volitivă, comportamentală, expresiv comunicantă). Aceste trei dimensiuni corespund într-un fel clasicei teorii a celor trei facultăți psihice: cogniția, afectivitatea și voința, concepție ce era funcțională în secolul al XIX-lea, când s-a constituit semiologia psihiatrică. Ele sunt centrate de Eul sau Sinele conștient și reflexiv și integrate în funcționarea persoanei. Desigur se au în vedere și dimensiunea identității cu sine, cea a manifestării sociale, morale, spirituale și creative a acesteia.

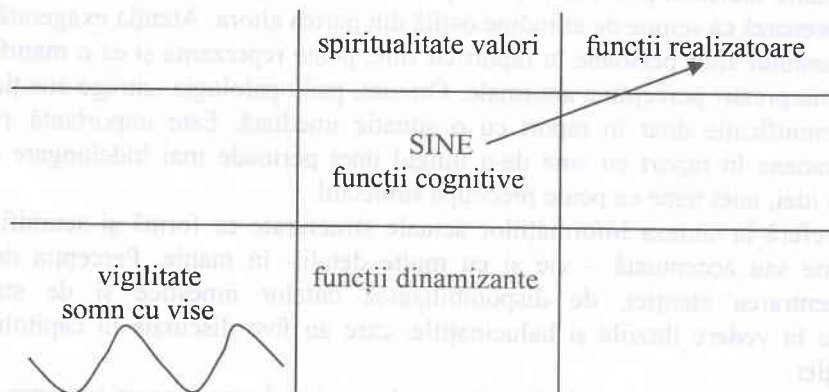


Figura 9. Schemă a domeniilor funcțiilor psihice.

Se mai cere ținut seama de faptul că viața psihică a omului oscilează, la fel ca la animale, între starea de somn și cea vigیلă. Precum și de faptul că existența persoanei umane se desfășoară într-o „lume umană” dimensionată prin limbajul asertiv, prin norme și valori. Adică prin cultură, prin spiritualitate.

Definirea și comentarea simptomelor psihopatologice presupune o circumscriere și înțelegere a fiecărei funcții psihice, fapt pe care-l face psihologia. În textul de față simptomele nu vor fi definite și comentate riguros ca în unele manuale de semiologie. Ci în primul rând enumerate, indicate „ostensiv” prin referință la înțelegerea comună a perturbării unor funcții psihice. Se va face și o trimitere la sindroamele standard în care ele se manifestă mai frecvent și mai intens. Iar unii termeni tehnici vor fi explicați.

Semiologia centrată pe simptome este prezentată la acest nivel doar ca o completare a celei centrate pe sindroame standard. Ea este însă indispensabilă psihopatologiei clinice deoarece episoadele psihopatologice, constând de obicei din conjuncția mai multor sindroame, prezintă un tablou clinic a cărui complexitate nu o poate da decât o listă de simptome completă. Iar modificarea în timp a respectivului ep.pt. poate fi urmărită prin modificarea acestei liste.

Funcțiile cognitive

Acestea sunt: atenția, percepția, reprezentarea, imaginația, gândirea, fluxul ideativ, conținutul gândirii, discernământul.

Atenția se referă la orientarea psihismului spre aspecte ale realității date, cu selectarea și ierarhizarea informațiilor în vederea configurării percepțiilor și a interpretării lor; precum și în vederea elaborării și executării actelor și comunicării. Psihologii au în vedere volumul concentrarea, perseverența și mobilitatea atenției, în cadrul reorientărilor necesare adaptării la situații și a investigării. Atenția este deficitară în toate sindroamele psihopatologice. Concentrarea și persistența sunt dificile în anxietate, depresie, apatie, obnubilare, demență, dar cu diverse semnificații și corelații, contextul sindromatic fiind diferit. În anxietate, atenția este hiperactivă și investigatorie, subiectul neputându-se concentra și persevera din acest motiv, deși vigilitatea e crescută. În depresie, interesul pentru prezent, pentru ambianță e redus, subiectul fiind inhibat și bradipsihic. În obnubilare, vigilitatea conștientă e redusă; iar în demență există o deteriorare a tuturor funcțiilor psihice, deficiența de atenție înscriindu-se în acest context. O hiperactivitate a atenției cu dificultăți de concentrare și persistență, apare frecvent în sindromul maniacal și în cel de instabilitate psihomotorie (ADHD).

Un aspect special al tulburărilor de atenție îl reprezintă deficiența de filtrare și ierarhizare a informațiilor. De fapt, este vorba de un deficit care vizează concomitent atenția, configurarea percepției și memoria de scurtă durată. Subiectul face cu greutate distincția între informațiile importante, esențiale și cele periferice, trebuind să facă un efort pentru a realiza acest fapt. El este invadat de informațiile neesențiale care-l epuizează. Fenomenul se întâlnește la cazurile vulnerabile pentru schizofrenie, dar și la obsesivi și în alte domenii ale patologiei.

Un alt aspect deosebit este concentrarea exagerată a atenției asupra funcționării propriului corp, mai ales în condiții de așteptare anxioasă, cu supraevaluarea catastrofică a unor senzații. În general, tensiunea de așteptare anxioasă face ca subiectul hipervigil să selecteze și să supraevalueze semnificația unor informații care sunt posibil nefavorabile. Acest aspect joacă un rol important și în psihopatologia delirului. În fazele predelirante sau delirante subiectul poate selecționa, printr-o atenție focalizată, un anumit tip de informații pe care ulterior le interpretează ca semne de atitudine ostilă din partea altora. Atenția exagerată sau distorsionată acordată comportamentului altor persoane în raport cu sine, poate reprezenta și ea o manifestare patologică; sau poate favoriza interpretări perceptivă anormale. Oricum, psihopatologia „atrage atenția” asupra faptului că atenția nu are semnificație doar în raport cu o situație imediată. Este importantă și atenția acordată atitudinilor altor persoane în raport cu sine de-a lungul unei perioade mai îndelungate de timp; și la fel atenția acordată unei idei, unei teme ce poate preocupa subiectul.

Percepția se referă la sinteza informațiilor actuale structurate ca formă și semnificație. Ea poate fi diminuată în depresie sau accentuată – vie și cu multe detalii- în manie. Percepția depinde de nivelul vigilității, de concentrarea atenției, de disponibilizarea datelor mnestice și de starea afectivă. În psihopatologie se au în vedere iluziile și halucinațiile, care au fost discutate în capitolul sindromului de distorsiune a percepției.

Percepția are câteva domenii speciale în psihoaptologie. Unul este percepția propriului corp, care este continuă, dar de obicei neconștientă. În acest domeniu se manifestă cenestopatiile și algia psihogenă din

cadrul sindroamelor somatoforme; Limitele propriului corp sunt percepute anormal în depersonalizarea corporală și problematizate în dismorfofobie și obsesionalitate.

Percepția altor persoane include identificarea și recunoașterea lor. Psihopatologic se poate manifesta nerecunoașterea persoanelor familiare fapt ce se întâlnește în demență, falsele recunoașteri din delirium și falsele identificări de persoane, cu convingerea de substituire, ca în cazul „iluziei” (delirului) Capgras și Fregoli, corelate sentimentului de punere sub supraveghere. De asemenea, subiectul poate percepe anormal atitudinea altora față de sine ca fiind exagerată și nefavorabilă (în sindromul senzitiv-relațional sau de referință).

Percepția ambianței ca ansamblu e modificată psihopatologic în derealizare și în dispoziția delirantă, care se corelează cu trăirile „de referință”, în care există sentimentul unor semnificații speciale a datelor percepute, ce vizează subiectul. În contextul dispoziției delirante e posibil ca o anumită percepție corectă formal să declanșeze, să precipite, brusc, convingeri delirante (percepție delirantă).

În cazul percepției, la fel ca în cel al atenției, se cere diferențiat între raportarea la o situație imediată și una de mai amplă durată.

Memoria se referă la înregistrarea, reținerea și utilizarea informațiilor de orice fel. Ea se realizează prin diverse mecanisme, între care joacă rol condiționarea clasică și cea operantă; precum și variate procese ale memorării voluntare. Pe lângă vigilitate, atenție și percepție, afectivitatea joacă și ea un rol important în memorare. Utilizarea datelor mnestice poate fi automată și funcțională, verbală și prin modele comportamentale; Unele aspecte ale memoriei se referă la reamintirea evenimentelor trăite (memoria episodică, biografică), iar alte aspecte se referă la informații generale (memoria nominală).

Principalul aspect psihopatologic constă în deficitul de memorie sau amnezie. Se diferențiază între: – Amnezia anterogradă sau de fixare; subiectul nu reține informațiile noi, nu le memorează și de aceea nu le poate reproduce; – Amnezia retrogradă: subiectul uită date mnestice pe care le cunoștea, le înregistrase și le utilizase reproductiv. Această uitare începe de la o dată anume și se întinde înapoi spre trecut. În unele cazuri amnezia retrogradă poate progresa în direcția uitării unor perioade tot mai lungi de timp (în demență); – Amnezia lacunară: subiectul nu își amintește o perioadă delimitată de timp (zile, săptămâni) amintindu-și ceea ce a fost înainte și după această perioadă; – Amnezia electivă: subiectul nu își amintește dintr-o situație trăită anumite aspecte pe când altele și le amintește. Fenomenele de amnezie pot fi grupate într-un sindrom amnestic care se întâlnește în suferințe organice cerebrale: după traumatisme craniene, alte injurii cerebrale, demențe. Un sindrom special e sindromul Korsakov în care predomină amnezia anterogradă, iar golurile mnestice sunt înlocuite cu confabulația.

Memoria stă la baza reprezentărilor și a imaginației. Reprezentările mnestice se pot manifesta repetitiv, obsesiv. Imaginarul se bazează pe datele mnestice și pe reprezentare, dar realizează o nouă sinteză, în perspectiva posibilului. În îngrijorarea anxioasă și în obsesie pot apărea reprezentări imaginative posibile, nefavorabile și nedorite. Pe baza imaginarului apar confabulațiile și mitomania. Confabulația poate juca un rol și în construcția unor deliruri (delir parafreniform).

Gândirea constă în procesul cognitiv al rezolvării de probleme dar și al formulării de probleme, de inițiere a unor noi idei. Ea este un proces discursiv, ce se desfășoară după legi logice și implică limbajul, atât prin sintaxa cât și prin semantica acestuia. Gândirea se detașează de pe fondul unui „curs al gândirii”, ce se desfășoară în timp. Tulburările formale ale gândirii au fost comentate în sindromul dezorganizării ideoverbale.

Gândirea se desfășoară lent și dificil în depresie. În manie există o accelerare a cursului ideativ și o „fugă de idei”, gândirea neputându-se finaliza și verbaliza datorită vitezei desfășurării ideativei (presiune ideativă).

Procesul de gândire se corelează cu conținutul structurat al cunoștințelor, cu atitudinile, părerile și convingerile subiectului. Convingerile aberante și rigide, care îngustează viața psihică a subiectului, se manifestă ca ideatie supraevaluată (prevalentă) sau delirantă. Aceasta poate fi formulată într-o „temă” delirantă care exprimă raportarea subiectului la lume și la alții.

În mod normal subiectul resimte că el este autorul gândurilor sale și că poate păstra doar pentru sine, în intimitatea sa, unele gânduri, fără ca alții să le cunoască. Când această trăire e perturbată, se manifestă sindromul de transparentă influență.

Tot corelat cu procesul de gândire se desfășoară și evaluările. Acestea se pot referi la situații și la persoane. Evaluarea de sine este nefavorabilă în depresie și pozitivă în manie. Evaluarea și considerarea altora ca persoane ostile, agresive, este o caracteristică a trăirii paranoide.

În mod normal subiectul evaluează consecințele actelor sale pentru sine și pentru alții, din perspectiva normelor sociale și a valorilor. Această evaluare, care constituie discernământul, poate fi deficitară și perturbată în demență, în deficitul de autocontrol al impulsurilor și în manie. Între intenția – sau ideea – de a acționa într-o anumită direcție și într-un anumit fel și acțiunea propriu-zisă, se interpune în mod normal motivația; urmează acțiunea propriu-zisă și evaluarea acesteia, fapt ce implică și o autoevaluare a subiectului, în calitate de autor al actelor sale. În psihopatologia obsesivă întâlnim fenomenul „fuziunii act-gândire” în cadrul căruia subiectul are sentimentul că a și efectuat un act la care doar s-a gândit, pe care doar l-a intenționat; este evidentă în acest caz o prăbușire a arhitecturii desfășurării firești a drumului de la intenție la act și la evaluarea acestuia.

Funcțiile dinamizante „conative”

Funcțiile dinamizante gravitează și ele în jurul sinelui reflexiv și conștient putând fi rezumate astfel:

Tendințe	Afectivitate	SINE	Aspirație	Aspirație
Pulsioni			socială	valorică
Instincte				

Pulsuniile instinctive la om joacă un rol direct mult mai mic decât la animale. În determinarea acțiunii ele nu se mai constituie în modele comportamentale adaptative pentru specie. La om, viața instinctivă gravitează în jurul unor tensiuni pulsionale care dinamizează subiectul în vederea satisfacerii unor nevoi corporale cu orientare relațională. Așa sunt foamea și erotismul sexual. Agresivitatea instinctivă se manifestă la om ca energie de realizare și afirmare, care poate devia însă în comportamente distructive. Instinctul matern favorizează îngrijirea copilului. În primele luni și în primii ani de viață, o serie de modele înăscute de raportare și comportament „de model instinctiv” deschid calea interrelaționării copilului cu adultul și a dezvoltării sale.

Pulsuniile instinctive la om sunt filtrate și integrate de afectivitate și de cogniție, fiind integrate în comportamentul socializat și ghidate de valorile socio-culturale.

În perspectivă psihopatologică se întâlnesc comportamente instinctive, particulare, care deviază de la standardele obișnuite și „naturale” pentru psihismul uman determinat socio-cultural, scăpând controlului voluntar și filtrării superioare prin nivelul afectiv și cognitiv rațional al conduitei socializate; și care ajung să aibă consecințe nocive. De obicei aceste „tulburări instinctive” sunt integrate în sindroame complexe.

În perspectiva pulsuniilor alimentare se întâlnește inapetența, în sensul reducerii apetitului alimentar cu scădere în greutate, ca o caracteristică a depresiei. Polifagia (hiperfagia) constă din alimentare frecventă și crescută cantitativ și insuficient controlată; ea poate fi, dincolo de un obicei și un stil comportamental, o expresie a anxietății sau a tensiunii disforic-iritabile, a unei agresivități parțial reținute. Și unele forme atipice de depresie se pot însoți de hiperfagie și îngrășare. Ea e prezentă și în sindromul Klein-Levin, condiționat de disfuncții diencefalice. Bulimia nervoasă, care constă în consumul impulsiv al unor mari cantități de alimente în timp scurt, este un comportament datorat insuficientului control al impulsurilor. Anorexia nervoasă constă din comportamentul de reducere voluntară a aportului alimentar, cu intenția de a slăbi sau de a nu crește în greutate. Se constituie ca un sindrom aparte, frecvent la tinerele fete. Dorința de a menține o siluetă subțire și refuzul creșterii se instituie ca o idee supraevaluată sau delirantă și conduce la comportamente ca: purgația, vomismente provocate, exerciții fizice excesive, medicație catabolizantă. În stările de stupor depresiv, cataton se poate ajunge la refuz alimentar. Se mai menționează „pica”, comportament de ingestie a unor substanțe nealimentare, ce se întâlnește la unii deficienți mintali gravi, în demențe sau psihoze schizofrene profund dezorganizante.

Comportamentul sexual, deși condiționat genetic instinctiv are la om o mare complexitate, fiind în mare măsură reglementat social prin interdicția incestului, reguli de pudoare, normativitatea vieții de familie. Se distinge între apetitul sexual – libido – și actul sexual ce poate fi executat în raport cu diverși parteneri și în variate modalități. Comportamentul sexual deviant poate fi încadrat în unele sindroame, dar în mare măsură se înscrie în grupajul comportamentelor impulsive sau compulsive, apărând la persoane dizarmonice în cadrul tulburărilor de personalitate. Psihopatologia sexualității se poate constitui ca un grupaj sindromatic special.

O reducere a libidoului și o inhibiție a comportamentului sexual e prezentă în depresie. Acestea sunt perturbate și în anxietate, la bărbați apărând frecvent ejaculare precoce. Impotența masculină și frigiditatea feminină pot fi simptome ce se cer abordate separat, putând avea și condiționări organice. În manie, atât libidoul cât și comportamentul sexual sunt crescute, dezinhibate, uneori producându-se în stil indecent, cu încălcarea convențiilor sociale. În schizofrenia dezorganizată, dar mai ales în demență, comportamentul sexual poate fi lipsit de pudoare. Ca obiect sexual anormal se are în vedere, în primul rând, autoerotismul cu autoexcitare și masturbare, care la băieți e parțial fiziologică în adolescență; la bărbați poate apare și în condiții de necesitate (frustrarea timp îndelungat de parteneră). În sindromul obsesiv-compulsiv, masturbarea este mult problematizată moral de subiect. Partenerul poate fi o persoană cu mult mai în vârstă – gerontofilie – sau mult mai tânără, chiar copil – pedofilie. Ultimul caz ridică probleme juridice și morale. Se mai descriu cazuri aberante de relații cu animalele – zoofilie – și cu cadavrele – necrofilie. Un grupaj particular de comportamente sexuate se referă la cazurile în care excitația sexuală se realizează doar în condiții speciale: – voyeurismul, când subiectul se excită la vederea scenelor pornografice; – fetișismul: excitarea se produce la atingerea unor obiecte, mai ales de îmbrăcăminte, ce aparțin sexului opus; – travestitismul: excitația e produsă prin îmbrăcarea în haine ale sexului opus etc. Clasic se mai descrie și exhibiționismul, ce constă în expunerea zonelor sexuale în public, însoțită de obicei de masturbare. În toate aceste direcții anormalitatea e circumscrisă și de permisivitățile, obiceiurile sociale.

O problemă specială e ridicată de identitatea sexuală, capitol în care se menționează transexualismul. Acesta constă în sentimentul unei identități sexuale opuse celei corporale și sociale, cu solicitarea insistentă de schimbare a acestora pentru a obține o nouă identitate sexuală. Problematica ține în mare măsură de identitatea persoană, fiind comentată și diagnosticată ca atare în ICD-10-F. O altă problemă specială o constituie homosexualitatea care constă în orientarea sexuală, afectivă și erotică, spre persoane de același sex. În prezent, în mare parte din țări, fenomenul nu e considerat ca ținând de psihopatologie, mai ales dacă e vorba de homossexualitate egosintonă.

*
**

În privința agresivității aceasta are la om în primul rând un sens pozitiv, de energie realizatoare și de asertare. În plus, ea este în mare măsură socializată, manifestându-se prin limbaj și prin acte sociale (politețe, ritualuri). Manifestarea psihopatologică a agresivității poate fi considerată aceea care constă într-un comportament distructiv, nociv și dezorganizant. Aceasta se poate manifesta interpersonal, în stil biologic, prin lovituri, leziuni, crimă. Poate apare în sindromul insuficienței de autocontrol al impulsurilor, dar e posibilă și în cel dezorganizant. Ea se manifestă și în mod general față de ambianță, prin distrugerea nediferențiată a tot ceea ce se întâlnește în jur (comportament „clastic”). Se manifestă în stări de delirium sau în stări de dezorganizare psihică, mai ales însoțite de delir paranoid (în schizofrenie).

Autoagresivitatea se manifestă prin autolezare, tentative suicidare și suicid realizat. Primele două se manifestă în sindromul impulsiv, ultimul mai des în depresie.

Reducerea instinctului matern se poate manifesta în depresie în sindromul apato-amotivațional. În anxietate și tulburări obsesiv-compulsive, comportamentul mamei și al părinților în general, față de sugar, e distorsionat.

*
**

Afectivitatea reprezintă un alt aspect al psihismului cu valențe dinamizante. Ea se manifestă ca emoții, dispoziție afectivă, stări de afect, afectivitate interpersonală, afectivitate corelată valorilor.

Emotivitatea are un mecanism comun omului și animalelor. Emoțiile sunt trăiri paroxistice declanșate de semnificația evenimentelor informaționale și constau dintr-un sentiment subiectiv special, o modificare a vigilității conștiente și a stării corporale. atât în planul fenomenelor neurovegetative, cât și motorii. La om se mai menționează emotivitatea socială, ce se declanșează la contactul cu persoane necunoscute, sau în condițiile manifestării în fața unor persoane puțin cunoscute, care urmează să aprecieze subiectul. Emoția de spaimă constituie schema după care se desfășoară atacul de panică. Emoția socială constituie modelul după care se desfășoară fobia socială. Emoțiile în general, mai ales cele negative constituite de frustrări, pierderi,

devalorizări ale persoanei, stau la baza fenomenelor conversive și a stărilor disociative de conștiință (stări crepusculare, fugi psihogene). Emoția de furie, condiționată de o confruntare tensionantă cu altă persoană reală sau imaginară, stă la baza comportamentului exploziv. Lipsa capacității de a se emoționa se întâlnește în sindromul apato-amotivațional. Instabilitățile emotive se întâlnesc la unele persoane dizarmonice. În general, emoțiile joacă un rol în medicina psihosomatică.

Dispozițiile afective constau din atitudini de fond, care durează o perioadă mai lungă și condiționează în ansamblu stilul raportării subiectului la lume și la alții. Ele se corelează cu o rezonanță afectivă specifică în trăirea subiectivă a persoanei. Așa sunt dispozițiile: anxioasă, tristă, euforică, iritabilă, de ostilitate, apatică. Ele reprezintă elementul central al unor sindroame majore ca: sindromul anxios, depresiv, maniacal, paranoid. Dispoziția ce constă în indiferență generalizată stă în spatele sindromului apato-amotivațional.

Starea de afect susține un comportament intens motivat afectiv și centrat pe o anumită direcție. În normalitate se vorbește despre pasiuni. În psihopatologie poate surveni comportamentul de gelozie sau de ură împotriva cuiva. Într-un sens mai restrâns se vorbește de afect psihologic în legătură cu un comportament cu o motivație intens agresivă, care reduce participarea rațiunii, de exemplu, acțiunea de răzbunare, foarte puternică încărcată afectiv, în contextul geloziei.

Afectivitatea interpersonală se desfășoară în normalitate în cadrul atașamentului, prieteniei, dragostei, dar și a resentimentului și urii față de cineva. Lipsa acesteia se constată în sindromul apato-amotivațional, iar accentuarea ei se poate manifesta ca instabilitate afectiv relațională la tulburarea de personalitate borderline. Ea poate conduce și la comportamente prevalențiale sau marcate de afect psihologic. Afectivitatea marcată de valori se manifestă prin atașamentul față de entități abstracte; De exemplu dragostea de țară, atașamentul față de o anumită ideologie sau concepție față de lume. Ea poate motiva omul normal în realizarea multor acte cu sens.

*
**

Aspirația socială contribuie și ea ca un important factor motivațional, la derularea vieții normale a persoanelor. Omul este o ființă prosocială, astfel încât simplul fapt de a fi în contact cu alți oameni constituie o necesitate. Sociabilitatea e crescută în sindromul maniacal și în cel anxios, în ultimul subiectul simțindu-se mai protejat în prezența altora. Sociabilitatea e scăzută în depresie și sindromul apato-amotivațional, care e centrat pe indiferență interpersonal socială. De asemenea e redusă în autism. În cadrul existenței sale grupale sociale subiectul tinde în mod firesc să se afirme, să fie ascultat, receptat, înțeles, consultat, apreciat. Diferențele tipologice dintre oameni selectează persoane care au o tendință crescută de asertivitate, cu nevoia de a se impune, de a conduce, de a dirija, și alte persoane, cu o asertivitate mai redusă care preferă să asculte și să fie dirijate. Această diferențiere se evidențiază în cadrul tulburărilor de personalitate prin polarizarea între persoanele antisociale și dependente. Alte variante de relaționare interpersonală sunt reprezentate de: dorința și tendința de a fi în centrul atenției altora (la personalitatea histrionică); dorința și tendința de a-i ține pe alții la distanță psihologică interpersonală, printr-o atitudine oficială (persoanele anankaste), tendința de a evita manifestări publice asertive (persoane evitante). Un factor motivațional foarte puternic îl reprezintă raportarea interpersonală afectivă precum atașamentul, dragostea, ura. Și la fel, impresia sau convingerea că alții au o atitudine ostilă în raport cu propria persoană, de ură, persecuție, așa cum se manifestă în sindromul paranoid. Interesul subiectului față de felul în care el se prezintă, se „arată” în fața celorlalți, e distorsionat în sindromul dismorfofobic și sindromul anorexiei mintale; ca de altfel și în cazul sindromului conversiv-disociativ.

Aspirația valorică motivează omul prin centrarea pe valorile de adevăr, bine, frumos. Aceasta poate să se manifeste și în psihopatologie, dar în cadrul unei simplificări pronunțate a psihismului, cu centrarea prevalentă sau delirantă pe unele teme abstracte. Astfel, una din formele delirului monotematic poate fi centrată, în motivația afirmată de subiect, pe lupta pentru adevăr în viața socială; lupta care este însă rigidă și nu ține cont de complexitatea vieții umane.

Perspectiva motivației, deciziei și realizării. Pe lângă faptul că subiectul este dinamizat din interior de pulsuni și aspirații ce sunt filtrate de cunoaștere, el este și influențat de instanțele sociale și de alți oameni, prin rugămintele, recomandare, sugestie, pretenție, chemare, îndemn, ordin, interdicție ș.a.m.d. La conjuncția acestor factori apare motivația interioară constând din tendințe, atitudini, intenții, care se traduc în opțiuni și proiecte de

acțiune. Motivele concurente sunt evaluate, mai mult sau mai puțin conștient, ajungându-se prin deliberare la o decizie și la un proiect care este realizat, în etape, până la finalizare, printr-un comportament efectiv, realizator. Pentru om realizarea, este atât comportamentală cât și lingvistică sau expresivă.

În psihopatologie toate aceste aspecte pot căpăta o pondere și o modalitate de manifestare diferită de cea obișnuită.

Decizia poate fi dificilă sau imposibilă. Nehotărârea patologică se întâlnește în obsesionalitate, dar și în depresie și sindromul abulic. Indecizia se poate însoți de ambitendentă: subiectul proiectează două acțiuni contrarii și începe execuția fiecăreia fără a le finaliza. Se poate ajunge la imposibilitatea deciziei, fapt ce se întâlnește în sindromul apatic amotivațional, când subiectul nu poate trece la act și executa acțiunile pe care le proiectează (avoliție).

În obsesionalitate apare uneori tendințe de a efectua un act cu care subiectul nu este de acord și împotriva căruia luptă; în final el poate ceda dar, executând actul respectiv doar simbolic. Comportamentul compulsiv ce se corelează cu obsesia este executat fără intenția și dorința subiectului, care își dă seama de aspectul său excesiv, neadecvat sau absurd; dar el detensionează pentru moment starea neplăcută indusă de obsesie. Așa este spălarea pe mâini, ordonarea unor obiecte, verificările repetate. Comportamentul impulsiv constă în scurtcircuitarea deliberării, subiectul trecând la act imediat ce apare impulsul, căruia nu i se împotrivesc. El aderă pentru moment la comportamentul respectiv care-i poate procura satisfacție, chiar chiar dacă ulterior regretă. Așa este bulimia, cleptomania, jocul de noroc patologic. În cazul comportamentului exploziv, subiectul răspunde agresiv, fără să delibereze, la incitații minime din partea altei persoane.

Comportamentul poate fi anormal în sensul că se desfășoară foarte rigid, conform unor algoritme dinainte fixate. Sau el progresează încet datorită unor permanente reluări și se finalizează cu greu, cu verificări repetate, datorită dorinței de perfecțiune (la persoanele anankaste). În alte împrejurări anormale, comportamentul poate fi susținut motivațional mai mult de afectivitate decât de rațiune, desfășurându-se într-o unică direcție, fără a fi permeabil la argumente sau la dialog cu alții (comportament prevalențial catatim). Alte modificări psihopatologice ale comportamentului sunt: – Instabilitatea psihomotorie: pacientul se mișcă în permanență, nu poate sta liniștit într-un loc, deranjează pe alții și activitățile în comun; poate fi însoțit de reacții explozive; – Neliniștea psihomotorie: subiectul nu poate sta într-un loc, are o atitudine de investigare permanentă, nu se poate relaxa; se întâlnește în anxietate; – Agitația psihomotorie: constă dintr-un comportament fără scop care perturbă ambianța fizică și umană; pacientul se mișcă în permanență răstoarnă obiectele, lovește pe alți oameni. Poate apare în delirium, ajungându-se uneori la forme agresive „clastice” în care subiectul distruge în mod nediferențiat tot ce întâlnește în jur; Agitația psihomotorie se mai întâlnește în manie, – unde subiectul ocupă tot spațiul ce-l are la dispoziție; în catatonie – în care mișcările sunt stereotipe și restrânse la un spațiu delimitat; – în dezorganizarea comportamentală, mai ales dacă e motivat de delir paranoid și anxietate ostilă, ca în schizofrenie.

În perspectiva inhibiției un tablou psihopatologic important este stuporul, care constă în nemișcare, poziție fixă, subiectul fiind areactiv, fără mișcări spontane, cu mutism și uneori opoziționism. El se opune mișcărilor imprimare, mai des la nivelul gurii (fapt ce condiționează dificultăți de alimentare). Stuporul se întâlnește în delirium, în depresia inhibată gravă și în catatonie. Un sindrom psihomotor complex este cel cataton care oscilează între stupor și o agitație specială prezentând și alte simptome psihomotorii.

Tulburările limbajului evoluează și se exprimă în paralel cu cele ale comportamentului realizator și cu cele ale gândirii. O reducere cantitativă a vorbirii și o lentoare a exprimării apare în bradipsihia depresivă. Subiectul nu vorbește spontan, se exprimă rar și încet ca intensitate, cu cuvinte puține. Se poate ajunge la mutism. În schimb subiectul vorbește mult și exagerat de repede în cadrul tahipsihiei maniacale; este vorba de tahifemie și logoree. Limbajul poate exprima o serie de tulburări formale ale gândirii precum: stereotipia în sens de repetiție identică a expresiilor; manierismul, în sens de vorbire multă cantitativ care transmite însă decât puțină informație datorită multor expresii introductive, de legătură, de politețe; – circumstanțialitatea, în sensul vorbirii ce evoluează din aproape în aproape, cu multe paranteze inutile; – deraierea, în sensul îndepărtării de la obiectivul principal al comunicării prin paranteze și asociații laterale; – incoerența, în sensul absenței logicii, legăturilor gramaticale și sensului în cadrul frazei, astfel încât vorbirea nu mai poate fi înțeleasă; – „salata de cuvinte”, în sensul unei vorbiri în ansamblu lipsită de legături și semnificație; – vorbire hiperconcretă; – blocarea vorbirii; – vorbire hiperabstractă; – tulburări semantice în sensul modificării semnificației expresiilor, neologisme etc.

Vorbirea poate fi incoerentă și în contextul stării de delirium sau a sindromului demential, prin dezorientarea globală a subiectului și dezordinea mnestică. Ea poate fi exprimată deficitar și datorită unor tulburări neurologice ca dizartrie și afazie.

Tulburările expresivității mimico-gestuale sunt caracteristice pentru multe sindroame standard, precum: anxietatea, depresia, mania. Expresivitatea mimică este perturbată și în delirul paranoid indicând suspiciunea; în sindromul apato-amotivațional privirea este neexpresivă, indicând golul sufletesc; – în delirium aspectul mimico-gestual exprimă dificultatea raportării la ambianță, „absența” de la împrejurările actuale, dezorientare; – în demență, privirea poate exprima golul interior și dezorientarea.

*
**

Simptomele psihopatologice indică și descriu, desigur, și aspecte ale perturbării trăirii sinelui și ale relaționării interpersonal sociale. Acestea sunt pregnante în cadrul tulburărilor „psihotice” și în cadrul „tulburărilor de personalitate”. Acestea din urmă se caracterizează predominant prin „trăsături” anormale și mai puțin prin „simptome”.

*
**

Abordarea semiologiei în perspective simptomelor e necesară deoarece în prezent sindroamele clinice sunt circumscrise în primul rând prin liste de simptome deși ele evident au la bază unul sau câteva sindroame psihopatologice. De aceea principalele manuale de semiologie definesc și descriu simptome. Listele de simptome, de obicei evaluate cantitativ, sunt importante și pentru a urmări eficiența terapeutică prin intermediul scalelor de evaluare. Și de asemenea, pentru epidemiologie, pentru identificarea precoce a tulburărilor, pentru psihopedagogie, pentru a familiariza pacientul cu primele semne ale unei eventuale recăderi. Analiza frecvenței și apariției simptomelor stă la baza efortului actual de a diferenția subtipuri și subclase ale diverselor entități nosologice. În sfârșit, tot listele de simptome intră în discuție pentru identificarea formelor ușoare subliminare ale tulburărilor psihice.

2.4. SUBGRUPAJE SINDROMATICE CA MODULI SEMIOLOGICI

Sindroamele standard ca de exemplu depresia, care derivă din trăiri umane firești și pe care orice om le trăiește constant, pot prezenta o multitudine de simptome ce se întâlnesc și în alte sindroame standard, care deci se intersectează. Astfel, în cadrul depresiei se întâlnește, așa cum deja s-a menționat, un deficit cognitiv ce constă în deficiența concentrării și persistenței atenției, inhibiția memoriei și lentoarea cursului gândirii, acestea făcând ca performanțele intelectuale să fie reduse la fel ca în deteriorarea cognitivă a vârstnicilor ce evoluează spre demență, fiind deseori necesar un diagnostic diferențial. Tot în depresie, există o lipsă de interes față de ambianță, ca spontaneitate, curiozitate, lipsă de propensiune spre contact interpersonal, cu retragere socială, indecizie, abulie, inactivitate și anhedonie, la fel ca în sindromul apatic-amotivațional. Acesta din urmă se întâlnește însuși în schizofrenia deficitară, fiind necesară de asemenea o diferențiere diagnostică. Se ridică astfel problema analizei și înțelegerii marilor sindroame și ca rezultând din combinația unor „subsindroame” semiologice, mai complexe decât simptomele. Acestea ar putea fi denumite operațional „moduli semiologici”, dar termenul de modul are un înțeles special în psihopatologia cognitivă și evoluționistă. Alte exemple ar fi: neliniștea psihomotorie ce se întâlnește în anxietate, în sindromul deficitului de atenție și în stările hipomaniacale, în toate fiind însoțită de o hipermobilitate a atenției. Dar, de fiecare dată, sindromul în ansamblu e diferit. Stuporul, ca imobilitate în poziție fixă însoțită de areactivitate și uneori de negativism, se întâlnește în forme accentuate de depresie inhibată, în unele forme de delirium și în sindromul cataton din schizofrenie. Interesante sunt „stările mixte” în care o imobilitate stuporoasă se poate însoți de accelerarea ideatică, de o „fugă de idei” de tip maniacal. Se ridică problema dacă la baza tuturor situațiilor în care apare neliniștea motorie însoțită de hipermobilitatea atenției sau în care apare inhibiția stuporoasă nu intră în joc disfuncția aceluiași grupaj subsindromatic neuropsihologic ce are o valență semiologică proprie, cel puțin prin raportare la marile sindroame standard.

Perspectiva subsindromatică menționată mai sus prezintă interes atât pentru analiza și sistematizarea semiologiei psihopatologice, cât și pentru studierea ei în perspectivă neurofiziologică. Și desigur pentru analiza episoadelor psihopatologice. O prezentare a semiologiei doar din perspectiva unor mari sindroame sau grupaje de sindroame standard, sau doar din cea a simptomelor, nu e destul de flexibilă. Acest fapt l-au sesizat autorii sistemului SCAN. SCAN este instrumentul oficial al OMS, de culegere a informațiilor semiologice în vederea diagnosticului. A fost publicat în 1992, pentru a servi la diagnosticarea categoriilor din ICD-10, capitolul F. Manualul de definiții cuprinde un număr mare de itemi care se referă la simptome și care sunt cuprinse în 22 de grupe semiologice. Elementele de diagnostic ale unui sindrom standard se află uneori în mai multe grupe. Astfel, în perspectiva sindroamelor anxioase Secțiunea III se referă la îngrijorare, tensiune și alți itemi nespecifici (subiectivi), în total 13, corelați anxietății. Secțiunea IV, intitulată „Panică, anxietate și fobii”, cu 52 itemi, descrie aceste simptome din punct de vedere comportamental și corporal. În ceea ce privește sindromul standard al depresiei, acesta se compune din itemi aflați în patru secțiuni și anume: secțiunea VI, intitulată „Dispoziție și ideatie depresivă” (53 itemi), secțiunea VII, intitulată „Gândire, concentrare, energie, interese” (7 itemi), secțiunea VIII, intitulată „Funcții corporale” (22 itemi) și secțiunea IX, intitulată „Tulburări alimentare” (19 itemi). Dar nu toți itemii din secțiunile VII, VIII, IX se aplică depresiei, iar unii se întâlnesc atât în depresie cât și în alte sindroame standard. Sistemul, nu e deci centrat pe sindroame bine delimitate dar, nici nu e o simplă înșiruire de simptome. Grupe sau subsindroame formate din mai multe simptome, pot participa la mai multe sindroame. Se câștigă astfel o mare flexibilitate.

Merită menționat că în SCAN există o secțiune (18) distinctă de cea care se referă la deliruri, care descrie tulburări subiective ale gândirii și experiențe de înlocuire a voinței, exprimând „sindromul de transparență-influență”. Aceste fenomene care sunt de obicei incluse în simptomele de prim rang ale schizofreniei descrise de Schneider sunt astfel diferențiate de convingerile delirante propriu zise în care le includ psihopatologii americani. În SCAN se menționează că ele pot fi condiționate și de tulburări organice cerebrale fapt ce sugerează o bază neurofiziologică pentru acest modul semiologic. Una din direcțiile de studiu din psihopatologie caută să identifice moduli semiologici cu bază în perturbarea structurii funcționale cerebrale delimitate. Această orientare nu anulează înțelegerea care vede în spatele marilor sindroame standard disfuncția unor moduli psihici adaptativi antropologici.

2.5. MANIFESTAREA SINDROAMELOR ÎN CADRUL EPISOADELOR PSIHOPATOLOGICE

Privind din perspectiva exterioară – observațională, obiectivantă – din care e abordată această secțiune a psihopatologiei clinice, în cadrul episoadelor psihopatologice, sindroamele standard apar în diverse combinații, putând avea variate intensități. Astfel, de exemplu, sindromul depresiei inhibitate poate avea o intensitate ușoară, medie, severă. El poate fi însoțit de importante manifestări biologice ca: inapetență, scădere în greutate, trezire matinală și rău matinal, spasme pe organe interne. Într-o formă extremă, inhibiția depresivă se poate prezenta ca „stupor melancolic”: pacientul stă nemișcat, într-o poziție fixă și cu o expresivitate mimică specifică (diferită de cea din stuporul cataton) nerăspunzând la întrebări (mutism) și opunându-se mobilizării și alimentării (negativism). Sindromul depresiv se poate combina apoi, în altă direcție, cu sindromul de anxietate generalizată, așa cum a fost acesta descris la sindroamele standard, în diverse intensități ale tulburării și cu variată proporție de predominare a simptomelor din cele două sindroame. Acest aspect este avut în vedere de scalele de evaluare a depresiei, de exemplu de scala Hamilton. Uneori intersecția e așa de pronunțată încât s-a sugerat că depresia-anxioasă să fie considerată prin ea însăși o entitate clinică separată. În depresie poate apărea, de asemenea, o convingere aberantă, deci un sindrom delirant. Acesta poate avea o tematică „congruentă”, atunci când preocupările pacientului reprezintă o accentuare gravă a ideilor de autodeprecieri, vinovăție, hipocondrie, ruină. Pot fi prezente și halucinații, mai ales auditive, care întrețin aceste convingeri delirante. Tematica delirantă poate fi și „incongruentă”, când ea constă din convingerea paranoidă a atitudinii ostile a celorlalți împotriva sa; și în acest caz pot apărea halucinații auditive comentative. De asemenea, pot fi prezente fenomene din sindromul de transparență-influență, idei și manifestări bizare, proprii sindromului dezorganizării ideoverbale și comportamentale. În aceste ultime cazuri se poate vorbi de un episod schizodepresiv. Există și

eventualitatea în care simptome depresive se mixtează cu simptome maniacale, tablou etichetat ca „stare mixtă concomitentă”.

Varietatea tabloului clinic al unui episod psihopatologic centrat de depresie este deci mare, dacă se ține seama de combinațiile sindromatice în perspectiva considerării sindroamelor standard ca realități distincte. Ea este și mai mare dacă se are în vedere intensitatea și durata episoadelor și eventuala tulburare de personalitate.

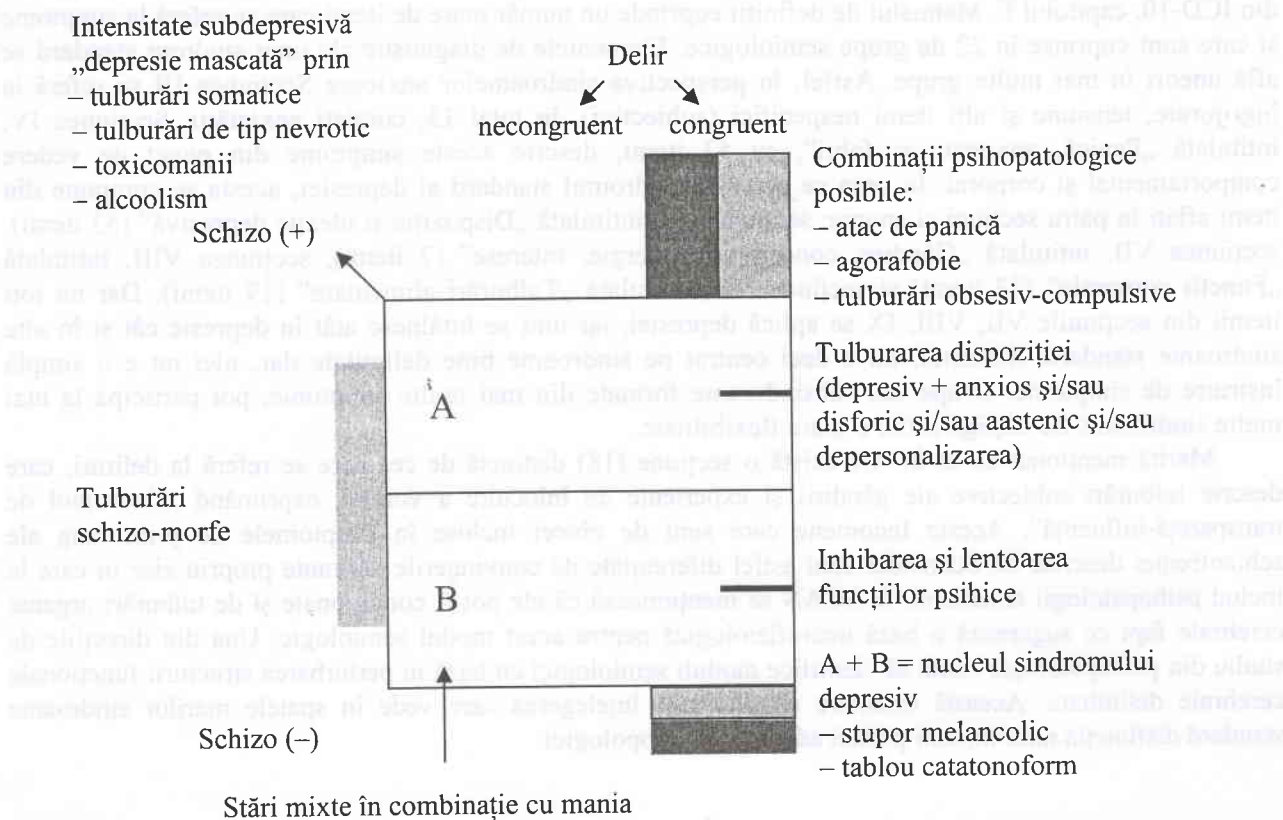


Figura 10. Sindromul depresiv și mixtările sale cu alte sindroame frecvente în clinică.

Și alte sindroame standard pot apare în cadrul unui ep.pt. ca și combinate cu altele, conducând la configurații semiologice complexe. Sindromul maniacal se poate manifesta euforic, iritabil, cu simptome comune cu depresia, în modalități delirant halucinatorii congruente și necongruente, însoțit de fenomene de transparență influență. Anxietatea generalizată se poate combina în cadrul unui episod psihopatologic cu atacurile de panică cu agorafobia, depresia, simptome obsesiv compulsive ș.a.m.d.. Există variante frecvente de combinate între sindroamele standard și variante mai rare. Tulburările mintale, ca posibile realități nosologice independente, au în vedere anumite configurații sindromatice specifice bolii respective. Dar, în măsura în care sindroamele standard, așa cum au fost ele prezentate în textul anterior, sunt parțial și un construct teoretic, la fel sunt și tulburările sau bolile mintale. Un anumit sindrom și/sau o anumită configurație sindromatică sunt de obicei considerate ca fiind caracteristice din punct de vedere nosologic pentru o anumită tulburare. De exemplu, sd. obsesiv-compulsiv, sd. anxietății generalizate însoțit de atacuri de panică, sd. depresiv sau depresiv anxios. O tulburare mintală constă însă, în principiu din succesiunea a mai multor ep.pt., de exemplu depresive, depresiv-anxioase, depresive și maniacale, depresive însoțite de delir paranoid halucinator etc. Din punct de vedere clinic se ridică deci problema ca simptomatologia unui ep.pt. să fie comparată cu altele, ce au avut loc la aceeași persoană. Sau să se analizeze în ce măsură el e predictiv pentru o anumită evoluție nosologică. Din această perspectivă se ridică problema comorbidității și cea a spectrelor nosologice, care urmează să fie comentată.

Semiologia psihopatologică, așa cum se manifestă ea în cadrul unui ep.pt., este esențială pentru identificarea și comentarea tulburării mintale. Dar acesta din urmă nu se reduce nici la semiologie, nici la un unic episod psihopatologic. De aceea abordarea semiologică a psihopatologiei clinice, care este punctul de

plecare al acestei științe, nu este și capătul ei. Iar modul de abordare didactic-exterior al semiologiei deși e absolut necesar, se cere urmat de la un moment dat și de alte abordări și înțelegeri.

2.6. PERSPECTIVA DIACRONĂ A EPISODULUI PSIHOPATOLOGIC

Un episod psihopatologic este prin definiție limitat în timp, la fel ca trăirile episodice ale omului normal care sunt articulate cu împrejurările vieții. Spaima e o trăire paroxistică la fel ca și atacul de panică. Doliul este o trăire ce durează mai mult, la fel ca și episodul depresiv. În anumite împrejurări omul se teme de anumite situații la fel ca și fobica care evită obiectele fobogene. Desigur, există frici care și în normalitate durează o viață întreagă, în mod similar cu faptul că unele fobii sunt persistente. Comparația cu normalitatea se poate menține însă doar până la un punct, deoarece mare parte din episoadele psihopatologice se instalează și se mențin cu o condiționare exterioară insuficient de clară din partea contextului ambiental, a evenimentelor trăite. Și la fel, durata lor nu rezultă totdeauna comprehensibil din împrejurările și trăirile subiectului.

Durata episodului psihopatologic are un rol important, alături de simptomatologie și condiționările detectabile, în definirea cadrelor nosologice. Acest fapt este precizat în sistemele standardizate de diagnostic DSM-IV-TR și ICD-10. Pentru exemplificare se pot invoca criteriile de diagnostic a tulburărilor dispoziționale.

Pentru diagnosticarea episodului depresiv major se cere în DSM-IV-TR o durată minimă de 2 săptămâni. Dacă simptomatologia durează peste 2 ani se optează pentru cronicitate. Dacă durata e mai scurtă de 2 săptămâni se etichetează tulburarea depresivă minoră; iar dacă un astfel de episod psihopatologic durează între 2 zile și 2 săptămâni și se repetă cel puțin odată într-un an, eticheta e de tulburare depresivă scurtă recurentă. Ultimele două eventualități sunt încadrate la un alt cod numeric decât „episodul depresiv major”. O tulburare depresivă identificabilă dar de o intensitate care permite activitatea și viața socială și care durează 2 ani este diagnosticată ca Tulburare distimică. Episodul maniacal e caracterizat printr-o durată minimă de 1 săptămână; și la fel episodul mixt. Episodul hipomaniacal are nevoie de 4 zile pentru a fi diagnosticat. Tulburarea ciclotimă pretinde ca în decurs de 2 ani să fie prezente „numeroase” perioade cu simptome hipomane și cu simptome depresive dar care să nu întrunească criteriile pentru episodul depresiv major. Tulburarea cu cicluri rapide e diagnosticată dacă există cel puțin 4 episoade de tulburare a dispoziției în ultimele 12 luni.

Precizarea duratei e definitorie nu doar pentru tulburările dispoziției afective. Astfel, în DSM-IV-TR se menționează Tulburarea psihotică scurtă care din punct de vedere semiologic se caracterizează prin deliruri, halucinații, vorbire și comportament dezorganizat sau cataton, cu durată între 1 zi și 1 lună. În ICD-10 e descrisă o Tulburare psihotică acută și tranzitorie cu aceeași simptomatologie dar cu o durată de până la 3 luni. La aceasta debutul este de obicei acut în mai puțin de 2 săptămâni, o variantă fiind cu debut abrupt sub 48 ore. Dacă durata este de peste 3 luni diagnosticul se schimbă în cel de tulburare delirantă persistentă. Dacă sunt prezente și simptome de tip schizofren durată urmează să fie pentru acest diagnostic sub 1 lună, altfel formulându-se diagnosticul de schizofrenie.

Tulburările diagnosticate pe baza acestui criteriu al timpului, se dovedesc a fi entități clinice diferite în perspectiva evoluției și prognosticului. Intervin desigur și factori etiopatogenici, în măsura în care pot fi identificați iar corelația demonstrată. Astfel în DSM-IV-TR sunt menționate tulburările de dezadaptare care apar în contextul unor stresori psihosociali, de obicei cu un tablou depresiv anxios, emoțional sau comportamental. Se cere ca tulburarea să apară în cursul primelor 3 luni de la începerea acțiunii stresorilor și să dispară cel târziu până la 6 luni de la încetarea acestora. Se acceptă de asemenea ca o posibilă condiție patologică o formă accentuată de doliu care se menține peste 2 luni de la pierderea unei ființe iubite.

Termenele menționate mai sus au, desigur, o cotă parte de arbitrar. Ele indică însă un dinamism propriu care susține și caracterizează unele stări psihopatologice. Acesta nu mai e, în esență, condiționat și influențat din exterior. O stare patologică depresivă, maniacală sau delirantă se caracterizează tocmai prin rigiditatea sa, prin faptul că subiectul e decontextualizat, că el nu-și mai modelează starea afectivă, opiniile și comportamentul în raport cu situațiile exterioare. Dacă e maniacal, el rămâne vesel și în împrejurări triste, dacă e depresiv nu e dinamizat de contexte favorabile. Această relativă sau pronunțată independență față de mediul exterior, sugerează intervenția unor biopsihoritmuri interioare.

Un episod psihopatologic prezintă în mod curent și o dinamică în timp. El are un început, o perioadă de manifestare maximă, în final, producându-se remisiunea; adică revenirea persoanei la nivelul anterior de bogăție și nuanță a trăirilor, de stil de manifestare, și de performanță. Pe parcursul episodului psihopatologic subiectul se află într-o perioadă anormală de minus psihologic, existența lui e mai puțin bogată, mai restrânsă, dominată de simptomatologia psihopatologică care-l face să sufere mai mult, să funcționeze deficitar și să se comporte dezadaptativ, uneori riscant, pentru sine și pentru alții. Remisiunea după episodul psihopatologic poate fi completă sau cu deficit clinic sau funcțional. Dispariția la un moment dat a simptomatologiei nu înseamnă totdeauna remisiunea sa în fapt, deoarece poate persista o perioadă de vulnerabilitate crescută în care manifestările clinice pot reapărea, uneori fără o cauză evidentă. Motiv pentru care tratamentul trebuie prelungit deseori o perioadă mai lungă de timp.

Un comentariu ca cel de mai sus este specific psihopatologiei clinice neokraepeliene care consideră tulburarea mintală o entitate distinctă de persoană. Deci și de temporalitatea ei intrinsecă, de parcursurile existențiale, ale proiectelor, reacțiilor, evenimentelor. Dacă se încearcă o articulare între dinamismul temporal propriu al existenței persoanei și cel propriu stărilor psihopatologice care o afectează, apar probleme suplimentare, care au preocupat psihopatologia clinică tradițională și merită să o preocupe și pe cea actuală.

2.7. INSTALAREA EPISODULUI PSIHOPATOLOGIC. PRODROMUL

Instalarea unui episod psihopatologic poate fi mai rapidă sau mai lentă, ca peste tot în medicină.

Instalarea rapidă poate fi uneori însoțită de împrejurări care sugerează sau definesc o etiopatogenie. O stare de delirium halucinator apărută în context febril infecțios sau la un dependent de alcool cu consum crescut este edificatoare pentru etiologiile respective. La fel, o reacție acută de stres imediat după o pierdere importantă. Alte ori legătura între evenimentul somatic sau psihosocial și starea psihopatologică deși poate fi identificată, e mai puțin lămuritor. După o naștere poate apare o stare depresiv obsesivă sau un bufeu paranoid. După o spaimă, după o pierdere poate apare însă și un ep.pt. maniacal, caz în care evenimentul apare ca declanșator.

În multe cazuri avem un debut brusc sau rapid fără a se identifica evenimente deosebite sau condiții cauzale evidente. Astfel o psihoză halucinator delirantă se poate instala abrupt, în 48 ore sau rapid în 1-2 săptămâni, fără nici un eveniment precursor. În cazurile în care există evenimente dar legătura nu e comprehensibilă – cum ar fi declanșarea unei stări maniacale sau paranoide după un traumatism cranian – faptul poate sugera o vulnerabilitate specială a persoanei în anumită direcție.

În unele cazuri de debut aparent brusc, la o analiză mai atentă se poate identifica o fază pregătitoare. La apariția bruscă a unui atac de panică în aglomerație, se poate eventual identifica o perioadă prealabilă mai puțin specifică, de oboseală, tensiune, disomnie, iritabilitate. Sau, se pot identifica perioade anxioase fobice în antecedente.

În toate cazurile în care ep.pt. se instalează rapid sau brusc, este utilă o analiză de ansamblu a personalității, a încărcăturii genetice, a structurii caracteriale, a biografiei, a perioadei de viață prin care subiectul trece, a stării sale din ultimele săptămâni, eventualul cumul diacron a unor evenimente de viață deosebite (Această problemă a fost deja sesizată în capitolul 1, 1.5).

De multe ori ep.pt. debutează lent progresiv astfel încât trece mult timp, săptămâni și luni de zile, până când tulburarea capătă o intensitate clinică și pacientul ajunge să fie consultat de psihopatolog. Aceasta e o situație frecventă în multe stări depresive, anxioase, addictive dar și psihotice. Intră în discuție mai multe probleme.

O posibilitate e ca debutul lent, de exemplu a unei depresii, să se desfășoare astfel încât nici subiectul și nici cei din jur să nu se sesizeze datorită schimbărilor lente și creșterii progresive a intensității simptomelor. Uneori, pacientul și familia se concentrează asupra simptomelor somatice – inapetență, scădere în greutate, constipație, ceneștopatii, astenie – cu repetate consulturi medicale. Faptul e valabil și pentru evoluția lentă a tulburării anxioase, atunci când consulturile sunt mai frecvente la cardiologie. În aceste cazuri s-a vorbit de depresie mascată și de anxietate mascată. Uneori, respectivele episoade de pot remite fără a se ajunge la o tulburare psihopatologică majoră. În cazul unor psihoze, mai ales a schizofreniei, e posibilă de asemenea o

dezvoltare lent progresivă a bolii, cei din jur nesimizându-se datorită faptului că pacientul avea și înainte o fire retrasă; și în plus, datorită lipsei de insight, el nu acuză o stare de boală. Și în cazul patologiei obsesiv-compulsive avem o lungă evoluție a tulburării până la contactul cu psihopatologul, pacientul rușinându-se de simptomatologia sa sau neputându-se hotărî să consulte specialistul.

Cazurile menționate mai sus conduc la situația că unele stări psihopatologice sunt depistate tardiv. E vorba mai ales de patologia „internalizată”, cea care se exprimă predominând prin simptome subiective iar comportamental prin retragere socială. În toate aceste cazuri e deseori dificil să se stabilească momentul din trecut când intensitatea simptomatologiei a devenit serioasă, de „intensitatea clinică”. Situații asemănătoare sunt prezentate în tulburările addictive și în comportamentele impulsive, deoarece pacientul nu acceptă consultul. Majoritatea cercetărilor actuale atrag atenția că, cu cât e mai lungă perioadă nedepistată și netratată a tulburării, cu atât prognosticul e mai rezervat; sau tratamentul episodului trebuie să fie mai intens și mai prelungit.

Comentariul de mai sus aduce în discuție două aspecte mult studiate în ultimul timp pe marginea psihozelor. Pe de o parte, existența unei perioade incipiente, cu simptomatologie subclinică, pe de altă parte, existența unei perioade clinice, care ar necesita tratament, dar care nu ajunge în vizorul specialiștilor. Pentru psihoză, ultimul aspect a fost numit „perioada psihozei netratate” (DUP – *Duration of Untreated Psychosis*). Primul aspect, cel al stărilor subclinice, interesează și el mult psihopatologia actuală, mai ales că acestea se pot remite spontan și se pot repeta de mai multe ori în viață. Astfel de exemplu, episoade recurente de depresie minoră dacă sunt depistate la timp merită atenție pentru a nu evalua spre o tulburare depresivă recurentă. În toate domeniile menționate mai sus sunt posibile astfel de stări subclinice care se repetă. Unele din ele sunt chiar probleme nosologice, așa cum e de exemplu ciclotimia, care constă în repetarea unor episoade hipomaniacale și subdepressive. Prezența ciclotmie în antecedentele unei persoane face ca un episod depresiv, să indice o evoluție spre bipolaritate.

Între manifestările psihopatologice minore, subclinice și stările propriu zis clinice dar încă nedepistate, în domeniul studierii psihozelor se comentează în ultimul timp „prodromul psihotic”. Atenția în această direcție a crescut în ultima perioadă odată cu studiile sistematice privitoare la „primul episod de psihoză” sau „psihoză timpurie” („*early psychosis*”) pe care le-au inițiat echipele lui McGorry (2008) și McGlashan (2002).

Conceptul de „prodrom psihotic” e legat și de ideea de vulnerabilitate crescută față de psihoză. Starea prodromală este o stare în care sunt prezente unele simptome psihotice de intensitate mică sau medie, cu o durată variabilă; dar ansamblul clinic nu are suficiente elemente semiologice pentru a se pune un diagnostic de psihoză după criteriile clinice recunoscute. În mare parte din cazuri simptomatologia prodromală se accentuează progresiv, riscul pentru psihoză crește și în final se ajunge la o tulburare psihotică, uneori definibilă ca schizofrenie. Prodromul psihotic poate fi deci identificat retrospectiv dar și direct, urmând să fie monitorizat prospectiv. Odată cu această concepție s-a ridicat problema necesității și utilității intervenției în faza prodromului. Și desigur, cea a unui diagnostic cât mai nuanțat și adecvat. A fost lansată și ideea unor stări prodromale „cu risc foarte mare” pentru psihoză și s-au elaborat instrumente de diagnostic în acest sens. Un astfel de instrument este de exemplu, SIPS, conceput la New Haven de echipa condusă de McGlashan (*Structured Interview for Prodromal Syndromes*). Psihoza se definește când există un anumit grad de intensitate și o anumită durată a simptomatologiei, riscul psihotic fiind condiționat de o serie de factori. De exemplu intensitatea simptomelor se evaluează pe o scară de 6 nivele, avându-se în vedere: conținutul neobișnuit al gândirii (incluzând și simptomele de prim rang Schneider), suspiciune/persecuție sau gradiozitate delirantă, anormalități perceptuale halucinatorii și/sau vorbire neinteligibilă. Durata se evaluează în ore/zi și zile/săptămână de-a lungul unei luni. Intensitatea și durata simptomelor se corelează cu riscul genetic cu eventualitatea unei tulburări de personalitate din clusterul A și cu deteriorarea funcționării sociale. Dacă se identifică o stare prodromală cu risc crescut, cazul e monitorizat și se poate încerca reabilitarea psihosocială, eventual și un ușor tratament neuroleptic.

Atenția acordată în ultimul timp stărilor psihopatologice subclinice și prodromelor se înscriu în efortul de a promova sănătatea mintală, de a evita apariția unor tb. pt. accentuate și invalidante și de a le depista și trata precoce. În toate aceste cazuri nu e vorba în sens strict de un episod psihopatologic bine definit prin criteriile de includere și excludere pe care le pretind manualele de diagnostic. Dar studierea și identificarea acestei zone de patologie psihică se poate face doar dacă se acceptă că există o zonă a episodului și a tulburării mintale clar definită.

Preocupările legate de sănătatea mintală nu se referă doar la depistarea precoce și la supervizarea grupelor cu risc crescut pentru psihopatologie. Acestea pot fi identificate prin diverse criterii, de exemplu prin încărcătura genetică nefavorabilă, parcurgerea neadecvată a fazelor dezvoltamentale ontogenetice și supunerea la stresori interși și persistenți. În ceea ce privește problematica psihozei – și mai țintit a schizofreniei – în această direcție a identificării și monitorizării „vulnerabilităților” s-a recurs și la perspectiva semiologică. Școala din Bonn a lui Huber (Gross, 1987; Huber, 1983) a elaborat în urmă cu mai multe decenii o scală de evaluare a unor „simptome bazale” care au fost constatate la unele persoane cu mult timp înainte – uneori cu ani de zile mai devreme – în raport cu apariția primelor simptome clare de schizofrenie. E vorba de o serie de simptome subiective care indică o „slăbiciune a eului”. Între acestea se pot menționa sentimente de astenie, avoliție, anxietate, depresie, tensiune interioară, distorsiuni perceptuale, cenestopatii, hipersensibilitate, trăiri relaționale. Aceste trăiri pot să nu ducă neapărat la schizofrenie. Dar cei ce le trăiesc, chiar înainte de orice prodrom psihotic, pot atrage atenția ca persoane vulnerabile. Ideea este în prezent reactualizată de școala din Copenhaga coordonată de Parnas (2000, 2003) și Raballo (2006).

TULBURAREA DE PERSONALITATE, ASPECT SEMNIFICATIV AL TERENULUI PERSONALISTIC

3.1. INTRODUCERE

Terenul personalistic în calitate de fundal pentru ep.pt. constă, așa cum s-a menționat deja (1.5d) dintr-un ansamblu de elemente, între care:

– Aspectele biologice ale sexului, vârstei, genetica, particularităților morfofuncționale ale corpului (incluzând creierul) bolile și defectele somatice. Temperamentul e și el în principiu inclus.

– Structura caracterială și a inteligenței ce se dezvoltă pe baza predispozițiilor înnăscute, ca urmare a experiențelor ontogenetice formative, educative și a evenimentelor trăite. Ajung astfel să se manifeste aptitudinile, capacitățile, competențele câștigate, creativitatea. Fondul de cunoștințe e organizat după liniile de forță a unor opinii și credințe iar relațiile de atașament și cogniția socială configurează o rețea socială personală, corelată statutului și rolului social. Concepția despre lume și conștiința morală patronează inserția subiectului în lumea sa umană, în nișa sa ecologică culturală.

Terenul personalistic este centrat din punct de vedere biologic – biopsihic – de corporalitate iar în perspectiva psihismului uman de către sine („self”) și persoană. Sinele se înrădăcează în corporalitate derivând din baza biologică a psihismului uman. Dar el se structurează ierarhic ca și protosine, sine nuclear, biografic, metareprezentational, autoonetic, articulându-se cu instanța persoanei social-morale. Terenul personalistic, sinele și persoana conștientă, sunt suportul identității subiectiv-obiective a persoanei, a autonomiei, originalității sale ideografice și a creativității sale. Terenul personalistic este și sediul eventualelor vulnerabilități și joacă un rol esențial în etiopatogenia psihopatologică.

Elementele terenului personalistic se structurează progresiv în cursul ontogenezei. Apoi, alături de cele inevitabil fixe ca genetica și sexul, se modifică lent. A fost menționat în capitolul introductiv faptul că personogeneza se poate desfășura cu probleme și cu deviațe, fapt pe care îl studiază psihopatologia dezvoltamentală. Ea și poate conduce la stări defective globale, ca deficiența mintală, autismul Kanner dar și tulburările de personalitate. Acestea din urmă interesează în mod special psihopatologia clinică, ele pretându-se la un diagnostic independent, la fel ca ep.pt. cu care se poate intercondiționa variat. Tulburarea de personalitate (t.p.) constă în primă instanță dintr-o disstructură a caracterului ce poate coexista cu o bună inteligență și cu un fond de cunoștințe variat. Dar datorită distorsiunii relațiilor interpersonale, în variatele situații ale vieții de zi cu zi performanța în roluri sociale e deficitară sau problematică. Structura morală este deseori și ea distorsionată.

Tulburarea de personalitate este abordată în ultimele decenii din perspectiva nosologiei psihiatrice, beneficiind de un diagnostic standardizat și de proiecte terapeutice. Spre deosebire de ep.pt. ce se bazează pe sindroame, t.p. se caracterizează prin „trăsături de personalitate” disfuncționale. Deși primele comentarii asupra t.p. au fost făcute în mediul clinicii psihiatrice de către însăși părintele nosologiei, Kraepelin, au existat de-a lungul timpului și opinii diferite. Schneider (Schneider, 1950) care a scris prima monografie despre „personalitățile psihopate” descriind magistral și 10 variante care și în prezent sunt baza tipologiei în acest domeniu, opinia că acestea nu trebuie considerate în sens strict boli psihice, neavând în etiopatogenie o disfuncție organic cerebrală (Schneider, 2007). Ci, ele se cer înțelese ca variante caracteriologice antropologice. Această atitudine s-a reflectat în denumirile nemedicale pe care le-a dat tipurilor. O altă orientare din secolul XX a pus accentul pe disfuncția socială a t.p., considerându-le ca „sociopatii”. Această orientare a condus la circumscrierea „clusterului” psihopatiei, orientare funcțională și în prezent. Concepția neokraepeliniană introdusă de DSM-III a readus însă în prim plan denumiri ale tipurilor de sorginte medico-psihiatrică, ca t.p. paranoidă, schizoidă, obsesiv-compulsivă. De asemenea a fost stimulată cercetarea corelațiilor dintre tulburarea psihică episodică, diagnosticată în DSM-III-IV pe axa I și t.p. diagnosticată pe axa II.

În DSM-IV-TR diagnosticul de t.p. beneficiază atât de o caracterizare generală cât și de o circumscriere a tipurilor.

3.2. CARACTERIZAREA GENERALĂ A TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

În manualul DSM-IV-TR, t.p., privită din perspectiva unui posibil diagnostic clinic psihiatric, e caracterizată prin următoarele criterii:

A. O organizare (un „pattern”) durabilă de comportamente și trăiri (ale personalității) care deviază considerabil de la standardele socio-culturale ce caracterizează comportamentul persoanelor într-o comunitate dată și se caracterizează prin două sau mai multe din următoarele:

1. Deviații notabile în ceea ce privește perceperea și interpretarea sinelui, a altor persoane și a evenimentelor (aspect cognitiv);

2. Deviații notabile în ceea ce privește gama, intensitatea, labilitatea și adecvarea răspunsurilor emoționale (aspect afectiv);

3. Deviații (insuficiente) în ceea ce privește controlul impulsurilor.

B. Respectiva organizare este durabilă, rigidă, inflexibilă în raport cu o gamă largă de situații personale și sociale.

C. Comportamentul și trăirile stau la baza unei perturbări semnificative în domeniul social, profesional sau alte domenii importante de funcționare.

D. Organizarea psihică respectivă a persoanei este stabilă și de lungă durată, iar debutul se află în adolescență sau la începutul perioadei adulte.

E. El nu e explicabil ca o consecință a unei tulburări mintale definite (a unei boli diagnosticabile).

F. El nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unor substanțe ingerate sau a unei tulburări medicale generale.

Se descriu în continuare mai multe tipuri, grupate în trei clustere:

Clusterul A cuprinde t.p. paranoidă, schizoidă și schizotipală.

Clusterul B cuprinde t.p. antisocială, histrionică, borderline și narcisică.

Clusterul C cuprinde t.p. evitantă, dependentă și obsesiv-compulsivă.

Mai este propusă t.p. depresivă ce ar fi încadrabilă în clusterul C. Tipurile de t.p. sunt concepute categorial, deci ca având profile diferite unul de altul.

În ICD-10 caracterizarea generală a t.p. nu e așa de detaliată ca în DSM-IV-TR. Numărul tipurilor e mai redus; nu e menționată t.p. narcisică și t.p. schizotipală care acum e comentată ca o tulburare separată, alături de schizofrenie. Unele caracterizări și denumiri sunt mai mult sau mai puțin diferite. Astfel, t.p. borderline apare în ICD-10 subdivizată într-o formă în care predomină instabilitatea și agresivitatea impulsivă necontrolată și o formă dominată de deficiența identității cu sine. T.p. obsesiv-compulsivă e denumită anankastă, iar în caracterizarea ei sunt unele diferențe față de DSM-IV-TR: nu e menționată caracteristica de a reține excesiv lucrurile uzate și zgârcenia, fiind în schimb indicate: pedanteria excesivă, aderența la convențiile sociale, sentimente de îndoială și prudență excesivă, intruziunea unor gânduri sau impulsuri insistente și supărătoare etc. Dar principala diferență este că în ICD-10 t.p. este enumerată printre celelalte „tulburări psihice și comportamentale” pe când în DSM-IV ea este plasată pe o axă separată de toate tulburările ce se manifestă episodic.

**

Privitor la caracterizarea generală a t.p. comentariile autorilor importanți în domeniu menționează: Aspectul esențial e considerat a fi disfuncția dăunătoare („*harmful disfunction*”) a sinelui în interrelația sa cu ceilalți oameni, în relațiile interpersonale cu grupul și cu instituțiile sociale, în cadrul vieții de zi cu zi. „Semiologia” t.p. se configurează aproape în exclusivitate din acest domeniu. Se întâlnește o inconsistență a sinelui, limite difuze, lipsă de claritate și certitudine a sinelui, autonomie insuficientă, sau dimpotrivă distorsionată, crispată (Livesley, 1991). Aceste trăsături sunt clar evidențiabile la t.p. borderline, dependentă, evitantă, obsesiv-compulsivă, histrionică, narcisică. Subiecții care prezintă t.p. nu reușesc, o bună autodirecționare (Cloninger, 1993) pe termen mediu și lung și prezintă dificultăți de a învăța din experiență. Comportamentul interpersonal este maladadaptativ, observabil de către cei apropiați, cunoscuți și chiar străini (Tyrrer, 2000). E deficitară capacitatea de intimitate, prietenie, afecțiune, atașament constant, dragoste, generozitate. Precum și faptul de a funcționa ca o figură de atașament pentru alții. Se întâlnesc exagerate atitudini de dominanță și supunere, agresivitate, impulsivitate, suspiciune, conflictualitate, manipulare, indiferență. E redusă capacitatea de afiliere (evidențiabilă prin circumplexul interpersonal), cooperativitatea (Cloninger, 1994), agreabilitatea (evidențiabilă prin FFM). Nu

funcționează adecvat înțelegerea mutuală, sprijinul tacit dar real, grija autentică pentru o persoană apropiată, aflată în poziția unui „tu” aflat în dificultate. Sunt deficitare relațiile interpersonale etice, ca responsabilitatea, grija, compasiunea, mila, ajutorarea altuia. Funcționarea socială în roluri nu este nici ea stabilă și eficientă. Se întâlnește frecvent încălcarea normelor, legilor, acte delictuale, infracțiuni, conflicte cu autoritățile, perturbarea liniștii și ordinii în comunitate, comportament anomic, criminalitate. Sau, situația ca partenerul să nu se poată baza pe persoana respectivă în derularea evenimentelor vieții. Desigur, nu toate tipurile de t.p. prezintă aceleași modalități de disfuncție interpersonală și aceleași probleme sociale. Perturbarea gravă a dimensiunii morale și comportamentul criminal caracterizează predominant clusterul psihopatiei.

Se cere precizat că disfuncția dăuătoare a sinelui care este avut în vedere în definiția DSM-IV-TR și mai sus are în vedere un nivel superior al sinelui, practic cel care se întretese cu instanța socio-valorică a persoanei. Alte nivele ale sinelui ca cel al sinelui nuclear sau a celui biografic, metareprezentational, sunt perturbate în variate sindroame psihopatologice și mai ales în psihoze.

Pe lângă tulburarea delimitării sinelui și a relaționării interpersonal sociale, în cazul t.p. se întâlnesc și importante perturbări a funcțiilor executive. Astfel, abulicul nu se poate hotărî singur, anankastul problematizează continuu decizia și desfășurarea acțiunii, depresivul e și el atașat de acțiune, de muncă, personalitatea borderline se caracterizează prin decizii pripite, iar cea antisocială prin acțiuni controlate și eficiente întru împlinirea unor scopuri egoist hedonice.

O altă caracteristică definitorie a t.p. este aceea că ele se manifestă în cadrul vieții de zi cu zi, prin relații interpersonal sociale disfuncționale, care persistă (Widigger, 2003). Nu e vorba de o tulburare care să izoleze persoana de comunitate pentru un timp delimitat ca depresia sau deliriumul. În manualul său de evaluare a t.p., Tyrer (Tyrer, 2000) insistă să se urmărească desfășurarea vieții curente a acestora, incluzând perioadele de relaxare, odihnă, vacanță, hobby-uri, viața familială și alături de vecini, cunoștințe, prieteni, precum și în cadrul programelor oficiale de muncă și afirmare socială. Pot fi semnificative modalitățile în care individul se relaționează cu alte persoane în intimitate, modul în care decurge căsnicia, felul în care își îngrijește copiii, stabilitatea domiciliului și a muncii, relațiile cu cei cunoscuți, varietatea și profunzimea relațiilor afective.

Trăirile subiective, deși nu sunt definitorii pentru t.p. pot fi semnificative. Conform definiției clasice a lui Schneider e vorba de persoane care, din cauza caracterului lor disarmonic, fac pe alții să sufere dar suferă și ei.

Particularitățile caracteriale tipologice ale t.p. se cer raportate constant la perturbarea generală menționată mai sus, diagnosticul fiind un demers dificil care trebuie să evalueze întreg cursul biografic, în situații cât mai variate și din perspectiva multor persoane, foarte importantă fiind și autoevaluarea. Se pot distinge forme ușoare, medii și grave. Cele grave sunt considerate acelea care sunt constant perturbatoare sau problematice pentru cei din jur, pentru societate; persoane care pot funcționa doar în condiții speciale de supraveghere (detenție, spitale speciale) sau într-un mediu și în situații neobișnuite. Formele ușoare ar fi acelea care, pe lângă trăsături de personalitate accentuate, prezintă probleme interpersonal-sociale doar în diverse momente și contexte; de exemplu în familie. Suferința subiectivă singură, dacă nu se manifestă disfuncțional, nu e luată de obicei în considerare. Trebuie menționat că în mod repetat s-au avut în vedere astfel de cazuri marginale sau ușoare a tulburării personalității. Ele au fost comentate în psihopatologia clinică germană de către Schneider, Petrilowitsch și Leonhard – care a publicat și o carte privitoare la „personalități accentuate” –, sunt menționate în DSM-IV și au fost luate în considerare de către autorii ICD-10 în proiectul intermediar al sistemului ce a fost elaborat în 1987.

**

Tulburarea de personalitate poate fi mai mult sau mai puțin compensată prin unele roluri sociale, situații relaționale, fenomene transculturale. Tendințele histrionice pot fi compensate de rolurile ce pretind hiperexpresivitate și teatralism, cele anankaste prin roluri ce pretind organizare și muncă, cele antisociale prin roluri în servicii speciale ale armatei. O persoană cu trăsături dependente importante poate fi compensată cât timp trăiește lângă o persoană dominatoare și se decompensează când aceasta dispăre. Unele tendințe schizoide și schizotipale pot fi compensate în medii monahale. Populația penitenciarelor reunește și ea multe persoane cu t.p. Cei ce se angajează în sporturi extreme își pot compensa astfel multe tendințe excentrice ale personalității. Războiul, revoluțiile, bandele de infractori etc. pot compensa sau masca t.p. cu caracteristici psihopate. În măsura în care acestea sunt accentuate, compensările respective sunt și ele parțiale în sensul că, chiar în grupurile și situațiile respective, persoana apare ca excentrică, ridicând probleme de adaptare. În sfârșit populația ce ajunge în contact cu serviciile medicale de diverse specialități se pare că reunește și ea mai multe persoane cu tulburări de personalitate decât populația generală.

Observațiile de mai sus readuc în discuție faptul, remarcat în mod constant, că ceea ce psihopatologia clinică decupează și definește ca t.p. corelând-o cu anumite episoade și tulburări psihice, este o realitate antropologică mai largă. Tradițional de această zonă s-a preocupat și caracteriologia și sociologia. Și în prezent ramura psihologiei care se ocupă de caracteriologie are un câmp larg de colaborare cu cei ce studiază t.p. din perspectivă medico-psihiatrică. Și de asemenea sociologii care se ocupă de grupurile anomice sau de subgrupe populaționale speciale, care își au locul lor în structura socială. Exploratorii temerari, colecționarii împătimiți, monahii singuratici, actorii ce întrețin spectacolele, toți muncitorii hipercuminți și hipersupuși din diverse sectoare, nu au de ce să intre automat sub eticheta de t.p. Și la fel nici toți infractorii, homelessii, toxicomanii sau oamenii penitenciarelor. Orice știință citește realitatea prin filtrul unui limbaj conceptual, cu ochelarii definițiilor pe care le dă unor zone de realitate obiectivă. Bolile medicinei și tulburările psihice și mintale ale psihopatologiei clinice, în calitatea lor de părți ale științei medicale și psihopatologice, sunt parțial un construct teoretic al științelor respective, care se bazează desigur pe date lecturate din realitate; construct care, ulterior, devine un instrument de lectură a acestei realități. Dacă se folosesc diverse criterii de diagnostic și diverse interviuri structurate, diverși cercetători vor identifica în aceeași populație un număr divers de persoane cu t.p. de diverse tipuri. Ceea ce nu înseamnă că t.p. nu este o realitate și că nu avem o cunoaștere adecvată a acestei realități. Dar, nici că trebuie să ignorăm instrumentalitatea teoretică prin care ne raportăm la realitatea umană.

3.3. DESCRIEREA TIPOLOGICĂ A TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

Comentarea t.p. prin tipuri categoriale din DSM-III-IV și ICD-10 urmează o importantă tradiție a psihopatologiei care s-a impus prin lucrarea princeps a lui Schneider. Ea are în spate milenara caracterizare a oamenilor prin tipuri temperamentale caracteriale. În acest sens a procedat astrologia, tipologia virtuților, caracteriologiile cu diverse fundări teoretice, inclusiv cele susținute de psihologia „științifică” a persoanei din secolul XX. La începutul secolului XX când s-a impus lucrarea lui Schneider era agreată ideea tipurilor ideale, aduse în discuție de Jaspers și Weber. Tipuri care, în calitate de „cazuri tipice exemplare” erau prezentate cu intenția de a impune intuitiv o configurație de trăsături reunite în jurul unei scheme esențiale, a unei tulburări bazale. Cazurile ideale sau exemplare aveau rolul să „lumineze” o cazuistică sau o problematică prin pregnanța și exemplul lor (Schwartz, 1989; Kraus, 1991). În varianta prototipică actuală s-a renunțat la această „intuiție a esenței” unui tip, în favoarea unui ansamblu de caracteristici care, deși nu sunt reduse la o schemă unică și rigidă, au între ele un „aer de familie”. Așa s-a ajuns la actualele variante de categorii tipologice ale t.p., caracterizate politetic printr-un număr de trăsături, dintre care e necesar ca un minim să fie prezente.

În continuare se vor trece în revistă descriptiv principale tipuri de t.p. prezentate în DSM-IV și ICD-10, ținându-se cont și de tradiția ce le-a constituit și făcându-se unele comentarii.

Tulburarea de personalitate paranoidă se caracterizează prin: – neîncredere și suspiciozitate continuă față de alții, astfel încât intențiile acestora sunt constant interpretate ca răuvoitoare, fără o bază obiectivă; individul are impresia că: – alții îl exploatează, îl prejudiciază, îl înșeală; – nu îi sunt loiali și nu sunt corecți în raport cu sine; – tind să utilizeze informațiile, ce li se oferă, într-un sens neadecvat, ca fiind îndreptate împotriva sa; – interpretează evenimentele neutre, sau chiar benigne, ca fiind încărcate de intenții amenințătoare sau degradante la adresa sa; – este foarte sensibil la insulte, ofense, injurii; – interpretează, fără o bază justificatoare, că alții atentează la reputația sa și că îl atacă; – are suspiciuni nejustificate privitoare la fidelitatea soției (soțului) sau partenerului de viață.

Caracteristica de bază a acestui tip este deci suspiciunea. Aceasta este o trăire normală și adaptativă atâta vreme cât e și comprehensibilă. În direcția sd. pt. ea conduce la delir paranoid, iar marginal acestuia la simptome senzitiv-relaționale și de supraveghere. Personalitatea paranoidă e predispusă să prezinte reactiv dezvoltări prevalențiale centrate de o idee supraevaluată de persecuție. Clasic (Kretschmer, 1949) s-au descris două variante ale acestei stări: una „astenică” ce dezvoltă predominant simptome senzitiv-relaționale; ea s-ar corela parțial și cu t.p. evitantă; și una „stenică”, predispusă spre luptă sistematică, expansivă împotriva persecutorilor (kampfparanoia); aceasta are unele trăsături dominant agresive, la fel ca t.p. antisocială. Acestea se cer diferențiate, pe cât posibil, de delirul monotematic paranoiac.

Tulburarea de personalitate schizoidă se caracterizează prin: – detașare în relațiile sociale și o gamă restrânsă de exprimare a emoțiilor în relații interpersonale, prezente în variate contexte; nici nu dorește, nici nu se bucură de relații strânse, inclusiv de faptul de a fi membru al unei familii; – alege preponderent activități solitare, – are un interes redus pentru experiențe sexuale cu o altă persoană; – preferă solitudinea în sensul că nu

cultivă prietenia, amicitia, relațiile de încredere (în afara rudelor de gradul întâi); – este indiferent atât față de criticile, cât și față de laudele altora; – prezintă răceală emoțională, detașare sau afectivitate plată (rece, tocită).

Tulburarea de personalitate schizotipală. Acest tip a fost elaborat și susținut de psihiatria americană, fiind prezentat în DSM-IV. El circumscrie cazuri ce au unele trăsături ale tipului paranoid și schizoid – suspiciozitate; – lipsa de amici sau confidenți apropiați; – anxietate socială excesivă. La aceasta se adaugă trăsături care se articulează cu unele simptome prezente în sdr. dezorganizant și anume: – comportament sau aspect bizar, excentric, particular; – afect inadecvat; – gândire și limbaj ciudat, vag, circumstanțial, metaforic, supraelaborat, stereotip. Persoanele cu t.p. schizotipală ar mai prezenta: – experiențe perceptivе insolite, incluzând iluzii corporale; – gândire magică, credințe stranii credința în clarviziune, telepatie, al „șaselea simț” etc. În mod evident, caracteristicile stipulate pentru această categorie din DSM-IV trimit spre schizofrenie. Deși experiențele paranormale, fenomene de tip „pick” se întâlnesc la un procent important al populației normale. Dar se precizează că nu e vorba de episoade psihopatologice ce apar la un moment dat, având o anumită durată sau de o succesiune de ep.pt., așa cum se petrece în cazul bolii schizofrene. Ar fi vorba de o zonă intermediară între t.p. și boala schizofrenă.

Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă (anankastă) se caracterizează printr-o preocupare excesivă pentru ordine, perfecționism și hipercontrol mintal și interpersonal, în detrimentul spontaneității și flexibilității. Subiectul este, în mod constant, preocupat de: – ordine, organizare, proiecte, planuri, de obicei pierzându-se în detalii, astfel încât obiectivul major al activității se diluează; – este perfecționist, fapt ce-l împiedică deseori să finalizeze proiectele, procedând la repetate verificări în final; – este devotat excesiv muncii și productivității, mergând până la excluderea activităților recreative și a satisfacțiilor pe care le produce cultivarea amicitiei, a convietuirii interpersonale calme și calde afectiv; – este hiperconștiincios, scrupulos și inflexibil în programul de acțiune; – nu poate să se debaraseze de obiectele uzate sau inutile pe care le păstrează, „pentru orice eventualitate”; – este incapabil să delege sarcini sau să lucreze cu alții, în afară de cazul când stilul de comportament al acestora se suprapune exact modulului său ritualic de a face lucrurile; – este avar, adunând bani pentru eventuale catastrofe; – deseori este fascinat de colecționism; – manifestă rigiditate și obstinație, nefiind deschis dialogului; – păstrează în permanență o „distanță interpersonală” importantă față de alții, prin politete și identificarea cu rolurile sociale, neacceptând ca altul să se apropie sufletește de el; – deseori, obligă pe cei din jur să se conformeze ritualurilor sale existențiale.

Tipul caracterizat mai sus se suprapune în cea mai mare măsură „anankastului”, descris în psihopatologia clasică germană. Acesta s-ar caracteriza, în plus (după Petrilowitsch, 1960, 1966), prin formalism, politete excesivă, răceală și distanță afectiv-interpersonală, lipsă de umor și imaginație. În literatura psihopatologică franceză a fost comentată problema psihopatologică a „psihasteniei”, decantându-se progresiv și o tipologie caracterială specifică care – la fel ca cea a anankastului german – poate sta în spatele episoadelor și a bolii obsesiv-compulsive. Psihopatologul german Petrilowitsch a asimilat acest tip, ca o variantă corelată anankastului, opusă la extreme, dar cu cazuri în care coexistă elemente din ambele sau, în care o variantă exprimă supracompensarea sau decompensarea celeilalte. Persoana psihastenă se caracterizează prin: – nesiguranță interioară, dificultăți în decizie, ambivalență, ambitendență; – tendință la dezordine, cu un continuu efort spre ordine, aceasta fiind atinsă doar circumstanțial, astfel încât strădania sisifică spre ordonare devine o constantă; – faptul de a începe concomitent mai multe programe de acțiune, pe care subiectul le desfășoară în paralel, trecând de la una la alta și ajungând foarte greu să finalizeze un lucru început (fobia de final); – dependență interpersonală crescută, subiectul acceptând să fie dominat și dirijat, dar neurmând până la capăt coordonatele acestei conduceri (la fel ca în formula copilului pasiv-agresiv); – psihastenul este mai afectiv decât anankastul, dar este mult mai inconstant și ambivalent decât acesta.

Atât în varianta rigid anankastă cât și în cea ambivalent psihastenă, t.p. obsesiv-compulsivă exprimă o perturbare a desfășurării funcțiilor executive apropiată de ea pentru abulie și o relaxare a „coerenței centrale”^{*}.

Tulburarea de personalitate depresivă. Aceasta nu apare în tipologia oficială din DSM-IV și ICD-10. Totuși, tipul depresiv a fost descris încă de la începutul secolului XX de către Schneider; iar sistemul DSM-IV-TR, în tendința sa de perfecționare progresivă, tinde să-l accepte. Psihopatologia are la dispoziție celebrele studii ale lui Tellenbach (1983), privitoare la „tipus melancolicus”, personalitate aparte care ar sta în spatele tulburării monopolar depressive. Acesta s-ar caracteriza, în primul rând, printr-un accentuat atașament față de ordine și muncă, fapt ce-l apropie de anankast. Spre deosebire de acesta, se caracterizează nu prin formalism și răceală sau ținerea celui alt la distanță afectivă politicoasă, ci prin atașament intim, profund, față de un număr limitat de

^{*} A se vedea 9.7. și Anexa 2.5.

persoane, prezentând o capacitate crescută de rezonanță afectivă. Preferă retragerea socială, ceea ce anankastul nu realizează, dat fiind atașamentul său față de statute, roluri și norme sociale. Dar, în cadrul acestei retrageri depresivul nu e anafectiv și bizar ca schizoidul, ci profund atașat de alții, cu sentiment de responsabilitate centrat pe relațiile sale interpersonale și nu pe idei abstracte, ca în cazul anankastului. Diferența principală față de anankast ar fi manifestarea pronunțată la depresiv a coerenței centrale, care e mult relaxată în primul caz (Stanghellini, 2004).

Deși în ultimul timp e mult dezbătută tema t.p. depresive, decizia de a adopta acest tip e mereu amânată. Dacă nosologic t.p. s-ar ghida doar după sindromatica episoadelor, faptul ar fi greu de înțeles, deoarece sd. ps. depresiv e cel mai pregnant și răspândit sindrom din patologie. Faptul e însă că, la baza stă o tulburare de dispoziție afectivă, problematica relaționării interpersonale, centrală în afirmarea t.p., fiind subsumată acesteia. Acesta ar fi unul din argumentele pentru care nu e comentată nici o t.p. hipomaniacală, deși tradiția există (la Schneider și von Zersen). Nici dispoziția disforică sau anxioasă nu stau la baza unui tip de t.p. evitantă e corelabilă cu fobia socială, în care relaționarea interpersonală e evidentă.

Tulburarea de personalitate dependentă. Se caracterizează printr-o necesitate excesivă și continuă de a fi supervizat, fapt ce conduce la un comportament submisiv și adeviziv și la o frică de separare. Subiectul are dificultăți în a lua decizii obișnuite, de a iniția proiecte sau a face ceva singur, fără sfatul și sprijinul altora. Resimte nevoia ca alții să-și asume responsabilitatea pentru cele mai importante domenii ale vieții lui, să ia decizii în locul său: îi este greu să contrazică pe alții, acceptă părerile și convingerile celorlalți, din cauza fricii de a pierde suportul sau aprobarea lor; se simte lipsit de ajutor dacă rămâne singur, fiindu-i frică că nu va fi în stare să aibă grijă de sine. De aceea, e capabil să facă și lucruri neplăcute pentru a nu fi părăsit de alții; și dacă este, caută urgent o altă relație protectivă.

Tulburarea de personalitate evitantă. Subiectul evită situațiile noi, mai ales cele care implică relații cu persoane necunoscute, din cauza fricii de a nu fi criticat, dezaprobat, rejectat, ridiculizat. Nu se asociază cu alții decât dacă e sigur că va fi apreciat de aceștia; de aceea, e inhibat în relațiile interpersonale noi; se consideră pe sine inapt social, inatractiv, inferior altora; ezită mult în a-și asuma riscuri personale sau de a se angaja în situații noi, de frica eșecului; simte nevoia de protecție și de a se atașa puternic de persoanele care-l acceptă și care îi creează un sentiment de siguranță. Există o tranziție între acest tip și fobia socială.

Tulburarea de personalitate instabil-emoțivă („borderline”). Se caracterizează printr-o marcată instabilitate în relațiile interpersonale, în condițiile unei implicări afective puternice cu ceilalți, cu importante oscilații dispoziționale. Prezintă nesiguranță în ceea ce privește imaginea de sine și o pronunțată lipsă de autocontrol pulsional. Subiectul trece rapid, uneori, în cursul a câtorva ore, de la disforie la anxietate, depresie, iritabilitate, euforie. Atitudinile interpersonale sunt intense dar instabile, cu treceri de la idealizarea celui alt, căruia i se supune submisiv, la devalorizarea acestuia, cu atitudine dominatoare, jignitoare sau de respingere; e frecventă și tendința de manipulare a celui alt. Deși oscilant în atitudine, nu suportă abandonul real sau imaginar, uneori șantajând afectiv partenerul prin comportamente parasuicidare. Prezintă dificultăți în controlul pulsuniilor, mai ales a celor afective, recurgând ușor la comportamente auto- sau heteroagresive. Impulsivitatea se poate manifesta în diverse direcții, precum ar fi: cheltuirea de bani, comportament sexual, abuz de substanțe, mâncat excesiv, condus imprudent. Imaginea de sine este instabilă, cu o nesiguranță în ceea ce privește propria identitate, uneori și în perspectivă sexuală; e posibil să apară un sentiment de gol sau vid interior.

În ICD-10, acest tip de personalitate – care în DSM-IV e denumită „marginală” („borderline”) – e subdivizat în două variante: una, în care predomină instabilitatea afectivă relațională și nesiguranța identității, și alta, în care predomină explozivitatea în relațiile interpersonale. Modul în care se realizează relaționarea interpersonală la t.p. borderline apare la un pol opus față de stabilitatea neimplicată și hiporeactivă a anankastului rigid.

Tulburarea de personalitate histrionică. Subiectul caută în permanență să atragă atenția celorlalți asupra sa printr-un comportament hiperexpresiv. E incomodat de faptul de a nu fi în centrul atenției; prezintă frecvent un comportament provocator inadecvat, inclusiv în direcția sexuală. Încearcă constant să fie captativ atât prin aspectul fizic – îmbrăcăminte, coafură – cât și prin comportamentul mimico-gestual (teatral), prin vorbirea colorată susținută de un imaginar bogat, prin autodramatizare, teatralism și o exprimare mimico-gestuală exagerată a emoțiilor; trăirile afective sunt superficiale, mai mult jucate, fără o rezonanță afectivă profundă; este egoist, egofil, incapabil de relații intime autentice; e ușor sugestionabil; dar, la rândul său, manipulează pe alții, pentru a obține propriile obiective. În perspectiva psihopatică, poate fi dominator, cu comportamente de tip escrocherie, șantaj, intrigă, manipulare.

Tulburarea de personalitate narcisică e comentată doar în DSM-IV-TR. Persoana are o bună părere despre sine, un sentiment crescut de auto-importanță; se crede „aparte” și unic, își exagerează realizările și

talentele, așteaptă să fie remarcat ca superior, fără realizări corespunzătoare; e preocupat de fantezii de succes nelimitat, de putere, frumusețe sau amor ideal; pretinde o admirație excesivă. Astfel de trăiri se pot întâlni și la histrionic, la care predomină comportamentul hiperexpressiv-teatral.

Tulburarea de personalitate hipomaniacală. Aceasta nu figurează în actualele clasificări deși era prezentă – la fel ca tipul depresiv – în sistematica lui K. Schneider, sub denumirea de „hipertimic”. În descrierea lui von Zerssen, este un tip sinton, care realizează ușor relații interpersonale, cu o tonalitate afectivă pozitivă, activ și întreprinzător, dar nu și perseverent, motiv pentru care randamentul social nu e crescut; relațiile interpersonale, la fel ca ansamblul trăirilor, sunt superficiale; preferă distracțiile, jocul, petrecerile; e încrezător în viitor, dar nu-și realizează proiectele; e o persoană pe care nu te poți baza, datorită superficialității și egoismului său. Descrierile se apropie de cele ale tipului sinton-ciclotim (Kretschmer, 1990), corelat tipului somatie picnic. În prezent se acordă o importanță deosebită temperamentului hipertim, care prezintă o serie din trăsăturile menționate mai sus și care este inclus în „spectrul bipolar”. Atât în cazul tipului depresiv cât și a celui hipertim-hipomaniacal nu sunt încă suficient sistematizate aspecte disociale specifice, care de fapt sunt cele care permit o reală includere în grupul tulburărilor de personalitate.

Tulburarea de personalitate antisocială. Se caracterizează prin faptul că individul desconsideră și violează drepturile altora, încalcă normele juridice și morale, fără remușcări. Tulburarea poate apărea din copilărie și este evidentă la 15 ani. Subiectul nu se conformează normelor sociale, încalcă legile, ajungând frecvent la arest. Este incorect în relațiile cu alții, minte repetat, manipulează alte persoane, pentru profit sau plăcere personală. Este iritabil și agresiv, uneori trăiește o plăcere atunci când chinuie sau face rău altora. Nu e generos, nu are remușcări, poate ucide cu sânge; nu învață din experiență. Poate dezvolta perversiuni sexuale, alcoolism, toxicomanie. În funcție de gradul de inteligență, complexitatea actelor nocive social poate fi variată.

3.4. CRITICA VIZIUNII NEOKRAEPELINIENE PRIVITOR LA TULBURAREA DE PERSONALITATE

Viziunea medico-psihiatrică categorială neokraepeliniană asupra t.p. a fost criticată din mai multe puncte de vedere.

– Un prim set de critici se referă la medicalizarea temei. Astfel se consideră că înainte de observarea, descrierea și studierea cazurilor, se realizează o preselecție prin acceptarea că t.p. sunt entități medico-psihiatrice. Astfel, cercetătorii ajung să se ocupe predominant de pacienți care sunt în tratament psihiatric sau sunt evaluați cu prezumția unei astfel de boli, de exemplu, în cadrul unei expertize medico-legale. Se utilizează limbajul și aparatul conceptual al psihiatriei; și se pune accentul pe corelația și tranziția dintre t.p. și entități nosologice psihiatrice episodice.

Ultimul aspect se înscrie în problematica de studiu a comorbidităților psihiatriei. El se referă la: – studierea statistică a acestor asociații sincron și diacron; – interpretarea t.p. ca făcând parte dintr-un „spectru malativ psihiatric”; – interpretarea dinamică și diacronă a corelațiilor între sindroamele psihopatologice diagnosticate pe axa I și t.p. diagnosticate pe axa II.

Comorbiditatea a fost intens studiată după 1980 când s-a publicat DSM-III. Ea a fost realmente întâlnită frecvent, mai ales între anumite ep.pt. și clusterelor din DSM-III-IV. Aceste cercetări includ însă și problematica spectrului, așa încât ele se cer comentate împreună.

Cele mai frecvente corelații s-au întâlnit între t.p. din spectrul A și psihozele schizofrene și delirante și între t.p. evitantă și formele grave de anxietate socială. În ultimul caz tranziția pare să fie realmente graduală astfel încât ea e acceptată de aproape toți autorii. Problema a fost extinsă în ultimul timp asupra patologiei dispozițiilor afective unde distimia și ciclotimia au un statut clinic disputat. În măsura în care oscilațiile dispoziționale constând din stări subdepressive și hipomaniacale ușoare se desfășoară de-a lungul întregii vieți, fără nici un ep. ps. maniacal sau depresiv clinic, acestea ar putea caracteriza un tip de personalitate, așa cum sugera deja Kretschmer. Privitor la distimie, problema e dificilă deoarece ea se cere diferențiată nu doar de ep.pt. depressive ci și de t.p. depresivă, pe care mulți autori o acceptă, revenind la punctul de vedere a lui Schneider. Problema tinde să fie în prezent soluționată prin acceptarea implicării temperamentului depresiv și hipertim. Temperamentul este o caracteristică mai simplă decât t.p. și poate fi identificat relativ ușor, ca un fel de dispoziție afectivă de fond care exprimă o predispoziție genetică spre o direcție de patologie. Această

idee, este și ea consonantă cu vechea abordare a lui Kretschmer dar se confruntă cu problema că dispozițiile temperamentale cuprind și variantele anxioase, iritabile și apatice. O parte a acestei problematice e comentată în prezent din perspectiva stărilor afective mixte subclinice.

Interpretarea relațiilor dinamice și diacrone dintre axa I și axa II implică doctrine psihopatologice și analize cazuistice. De exemplu, se poate imagina următorul caz.

Un băiat crește într-o familie în care tatăl prezintă o t.p. antisocială cu comorbiditate addictiv etanolică iar mama o t.p. dependentă. Întreaga copilărie o petrece în intimitate cu mama, apărându-se de comportamentul agresiv ebrios al tatălui. Ca tânăr adult prezintă trăsături de personalitate evitantă și se căsătorește cu o femeie cu trăsături instabile. Suportă dificil oscilațiile dispoziționale și de atitudine ale soției precum și diverse frustrări și eșecuri sociale în fața cărora prezintă repetate episoade anxioase depresive subclinice. Treptat ajunge să descopere efectul anxiolitic și sedativ al alcoolului, consumul devine habitual și apoi nociv; cresc neînțelegerile familiale ajungându-se la divorț, față de care reacționează depresiv și prin accentuarea consumului. Conduita evitantă socială se accentuează la nivel de t.p. Scade randamentul profesional care e sancționat cu retrogradări. Se accentuează dispoziția anxioasă, conduita evitantă și dependența etanolică. În final se refugiază în cuplul simbiotic cu mama care îl protejează tot mai mult. Dependența etanolică se agravează cu complicații somatice și psihopatologice.

Într-un caz ipotetic ca cel de mai sus, din punct de vedere statistic se pot identifica comorbidități atât pe axa I cât și între axa I și II. Dar, în ansamblu se poate identifica și o influențare reciprocă între diversele persoane ce au fie t.p. fie trăsături anormale ale personalității, ce se accentuează progresiv.

* *

Alte critici care s-au adus sistemului categorial al t.p. din DSM-III-IV sunt:

– Lipsa limitelor tranșante dintre categorii; un sistem de clasificare e considerat cu atât mai bun cu cât categoriile sunt mutual exclusive și dacă tinde spre exhaustivitate. În cazul t.p. numărul cazurilor aparținând mai multor categorii e mai mare decât al celor aparținând unei singure categorii, iar numărul celor din categoria „altor forme” este mare. În cazul unui diagnostic multiplu, nu se precizează care din categoriile din care face parte cazul, contribuie predominant la dezadaptarea socială.

– Numărul de itemi care definește fiecare categorie, în general și ca număr minimal, este diferit de la o categorie la alta, fapt ce nu e argumentat prin nimic. Nu există omogenitate de criterii prin care să fie caracterizate similar toate categoriile.

– Lipsește orice criteriu de justificare nu numai a fiecărei entități ca atare, ci și a numărului categoriilor în ansamblu. Trimiterea la „bolile psihice” și la „experiența clinică cazuistică” nu este suficientă.

– „Acordul democratic”, convenție la care se ajunge prin vot de către experți nu e o metodă convingătoare pentru cei ce sunt de altă părere.

– Deși se declară ateoretic, sistemul DSM-IV împrumută categorii care au fost fundamentate în cadrul unor doctrine precise: tulburarea personalității narcisistă și borderline în cadrul psihanalizei, tulburarea personalității schizotipale în modelul clinic al spectrului schizofreniei, tulburarea personalității evitante în concepția învățării sociale a lui Millon.

– Sistemul categorial nu face trimiteri explicite la tradiția „cazului tipic ideal” și a cazului exemplar, pe baza cărora s-au structurat primele tipologii ale persoanelor psihopate, de exemplu cea a lui Schneider.

Cu toate insuficiențele sale sistemul categorial se menține, căci altfel nu ar fi posibilă pentru moment cercetarea și comunicarea specialiștilor în aceste domenii. Ea este utilă mai ales în cercetarea epidemiologică, cea a stabilității în timp, cea a corelației cu tulburarea episodică sau programele de tratament.

În prezent se caută soluții pentru insuficiențele menționate mai sus, în contextul păstrării pentru moment al sistemului categorial. De exemplu:

– Millon (1990) propune ca toate categoriile să fie caracterizate prin itemi similari care să se refere la anumite funcții psihice. Iar la fiecare tip să se descrie subtipuri bazate pe experiența clinică cazuistică și pe interferențe cu celelalte tipuri. Astfel, în cazul tulburării personalității dependente e descrisă varianta „neliniștită”, „imatură”, „ineficientă” și „dezinteresată”. Limbajul în care subtipurile sunt descrise de către Millon depășește limbajul tehnic medico-psihiatric utilizându-l pe cel natural. Sugestia e interesantă dar nu are limite clare, numărul subtipurilor ce pot fi descrise, pe orizontală și pe verticală fiind nelimitat.

– S-a propus ca în cazul unui diagnostic care implică mai multe tipuri să intervină ca element de caracterizare numărul de itemi (trăsături) care sunt prezente din fiecare. Și pe această bază să se evalueze

care din tipuri asigură gravitatea cazului și care tipuri intervin doar pentru a da o coloratură aparte, în sensul de a avea „trăsături” suplimentare. În plus s-a propus ca, dacă un caz are elemente din trei sau mai multe categorii să se vorbească de tulburare a personalității nediferențiată.

3.5. ALTERNATIVA DIMENSIONALĂ FAȚĂ DE SISTEMUL CATEGORIAL

Abordarea dimensională a t.p. se face în prezent din cel puțin trei incidente:

– Utilizarea în evaluare a unor sisteme conceptuale și instrumente de evaluare care se aplică tipologiei persoanei normale, așa cum este circumplexul interpersonal sau sistemul celor 5 mari factori (*Five Factor Model* – FFM).

– Utilizarea unor concepte și instrumente de evaluare elaborate astfel încât să corespundă și persoanei normale și celei deviate, așa cum e sistemul celor 7 factori a lui Cloninger evaluat prin TCI.

– Utilizarea unor concepte și instrumente dimensionale ce au punct de plecare în etichetarea comportamentului deviant al persoanelor disarmonice.

Ultima incidență s-a dezvoltat deoarece sistemele de evaluare a persoanelor normale nu conțin – sau conțin puține – expresii sau termeni care să caracterizeze prin limbaj comportamente deviate. De aceea, inițial Tyrer (1979) și apoi Livesley (1987) au pornit de la itemi ce caracterizează lingvistic persoane cu comportament deviant. Ei au studiat descrierile ce se găsesc în literatura de specialitate a secolului XX și au înregistrat practica lingvistică curentă a caracterizării celor cu tulburări de personalitate. Aceste expresii lingvistice semnificative au fost reduse la un număr nu prea mare de expresii-concepte, prin consultarea experților ce se ocupă de t.p. Ele au fost apoi testate empiric la cazurile ce sunt în mod tradițional și curent etichetate și diagnosticate astfel. Rezultatele au fost comparate cu cazuistica diagnosticată categorial ca și t.p. după DSM-III-IV. Tyrer și echipa sa s-au oprit după mai multe studii, la următoarele noțiuni (itemi): 1. pesimism, 2. autodevalorizare, 3. optimism (exagerat), 4. iritabilitate, 5. anxietate, 6. supraapreciere, 7. introspecție, 8. timiditate, 9. izolare, 10. senzitivitate, 11. vulnerabilitate, 12. inhibiție, 13. impulsivitate, 14. agresivitate, 15. ineficiență, 16. iresponsabilitate, 17. infantilism, 18. deficiența resurselor, 19. dependență, 20. submisivitate, 21. conștiinciozitate, 22. rigiditate, 23. excentricitate, 24. hipocondrie.

Folosind un chestionar semistructurat, investigarea acestor itemi l-a condus pe Tyrer la identificarea unui număr de 13 tipuri de tulburări de personalitate ce se pot împărți în 4 clustere ce stau sub patronajul semnificațiilor ce iradiază din tipurile: schizoid, pasiv-dependent, anankast.

Livesley (2002) în demersul său relativ similar cu a lui Tyrer, identifică 18 dimensiuni (indicate de noțiuni precum: lipsa stimei de sine, tulburarea identității, atașament nesigur, dispreț în schemele interpersonale, anxietate, labilitatea afectivă, compulsivitate). Fiecare dimensiune, ar avea mai multe fațete, în totalul sistemului acestea fiind 79. Întreg sistemul aplicat printr-un instrument de evaluare (DAPP-BQ), cazuisticii cu tulburări de personalitate bine cunoscută, conduce la 4 mari clustere caracterizate prin: 1. instabilitate generală a comportamentului, 2. retragere socială, 3. dependență, 4. compulsivitate.

Aceste modele dimensionale care pleacă de la itemi lingvistici caracterizanți cu țintire psihopatologică, se corelează cu sistemele categoriale politetice. Adică pot fi traduse în limbajul acestora, cu care sunt compatibile. Dar ele susțin mai ales ideea clusterelor, în general 4 la număr. Prin centrare pe itemi ce se pot combina variat, sistemele menționate sunt predominant dimensionale și mai flexibile decât cele categoriale, pe care le dublează.

Sistemul dimensional a lui Cloninger (1994) are 7 factori dintre care 4 temperamental, corelați cu genetica și biologia (neurotransmisia cerebrală) și 3 caracteriali (structurați prin experiență și centrați pe sine, self – eu). Evaluarea se face prin chestionarul „*The temperament and Character Inventory* – TCI”, care are 240 de itemi la care se răspunde prin da sau nu. Factorii pentru temperament sunt numiți: evitarea suferinței, căutarea noului, dependența de recompensă și persistența. Acești factori ar avea o corelație cu neurotransmisia cerebrală. În ordinea menționată, cu cea serotoninergică, dopaminergică, noradrenergică, glutamatergică. Cei trei itemi caracteriali sunt numiți: autodirecționare, cooperativitate, autotranscendență. Deficiența acestora, împreună cu stabilitatea afectivă redusă, condiționează criteriile generale ale tulburării personalității. Specificitatea tipologiei ar fi condiționată de factori temperamental. Sistemul e conceput dimensional, dar se corelează cu cel categorial. El este util, dar deschiderea sa pentru aplicabilitate la persoane normale și pentru asimilare de noi contribuții este modestă.

Dintre sistemele de evaluare și caracterizare a persoanei normale se aplică cu succes la t.p. sistemul circumplexului interpersonal. Acesta e bazat pe dispunerea pe un cerc a tendințelor de relaționare dintre persoane normale. În conformitate cu o schemă lansată de Bakan, pe axele ortogonale se plasează în opoziție: pe verticală tendința de dominare („agenția”) și cea de supunere (pasivitate); iar pe orizontală tendința de comunicare și afiliere în raport cu cea de disociere (dezafiliere, ostilitate). Această imagine a fost utilizată pentru construirea unui circumplex al relațiilor interpersonale care, în normalitate, este caracterizat prin epitete caracterizante. Acestea sunt punctul de plecare pentru stări anormale, ce pot fi astfel caracterizate dimensional.

Circumplexul mai ridică două probleme importante. Deși există un consens privitor la faptul că principalele aspecte ale t.p. se circumscriu în aria relațiilor interpersonale, există trăsături de personalitate importante pentru această patologie care nu pot fi captate astfel, ca de exemplu preocuparea excesivă cu munca, acțiunea, decizia, verificarea în cazul t.p. anakaste, sugerând perturbarea funcțiilor executive. S-a sugerat construcția și testarea unor circumplexe care să capteze și acest domeniu problematic, care ar putea fi aplicate alternativ cu circumplexul interpersonal clasic (Lăzărescu, 2008).

Un alt aspect se referă la faptul că relațiile interpersonale directe sunt mediate de reprezentarea celui alt în psihismul subiectului. Cel puțin în ontogeneză, mama sau figura reprezentativă de atașament, are o reprezentare constantă în structura psihică a copilului prin intermediul instanței pe care Bowlby o numea „internal working model”. Relația cu o mamă protectivă, nesigură sau indiferentă este o relație în primul rând intrapsihică care se actualizează în situații. Același model funcționează și într-un sens mai general, pentru alte persoane importante, astfel fiind în prezent reinterpretată ideea lui Freud privitor la „introjecția imaginilor parentale”. Suspiciozitatea sau instabilitatea atitudinală se realizează în prima instanță față de imaginile intrapsihice ale altor persoane determinante sau ale altor persoane în genere. În această direcție, circumplexul epitetelor interpersonale a fost dezvoltat de Benjamin (2005) în perspectiva desfășurării unei psihoterapii de inspirație psihanalitică în cadrul proiectului SASB (*Structural analysis of social behaviours*).

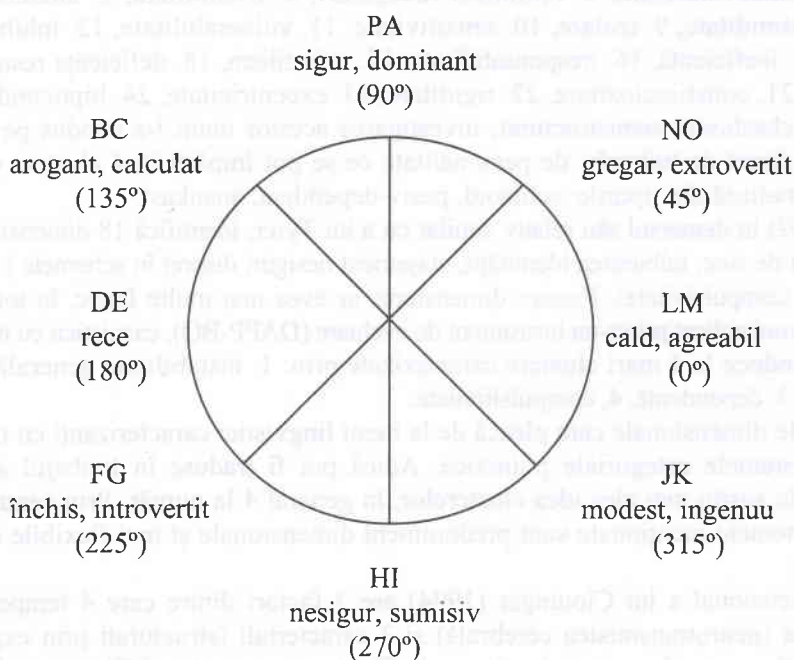


Figura 11. Circumplexul relațiilor interpersonale.

Prin exagerarea aspectelor normale apar trăsături anormale ce caracterizează t.p. Astfel, de exemplu, poziția PA a celui dominant și autonom se caracterizează prin agresivitate și ar fi sugestiv pentru psihopatul antisocial iar poziția HI a celui nesigur, submisiv ar caracteriza bine dependentul. Poziția BC a celui arogant, coercitiv tinde spre suspiciune paranoidă, iar poziția DE a celui rece și ostil sugerează t.p. schizoidă. T.p. din clusterul B sunt caracterizabile prin epitete ce se plasează în susul și în dreapta circumplexului iar din clusterul A și C în stânga și în josul său. În cazul t.p. apar însă epitete care nu sunt

direct prezente în circumplexul clasic ca de exemplu tendința hiperexpresivă și manipulantă a histrionicului, însă evident ea se plasează în cadranul între 0–90.

Cel mai dezvoltat sistem actual de caracterizare al personalității normale, care este și cel mai utilizat model folosit în caracterizarea dimensională a t.p., este cel al celor 5 mari factori (FFM). Acesta s-a organizat în ultimele decenii pornind de la studiile lui Allport, Cattell și mulți alții, care au luat ca punct de plecare expresiile prin care oamenii sunt caracterizați în cadrul limbajului natural. Aceste expresii au fost progresiv reduse la tot mai puține clase, care se grupează în jurul câtorva centre. Astfel s-a ajuns la 5 mari factori. Principalele caracteristici ale celor cinci mari factori sunt investigabile prin chestionarul standardizat NEO-PIR. În elaborarea de Costa și McCrae, fiecare clasă e descrisă prin 6 fațete conform tabelului de mai jos:

Tabelul 1

Fațetele NEO-PI-R (Costa și McCrae, 1992)

Cele cinci mari trăsături		Fațetă (și epitetul trăsăturii colorate)
E	Extroversiune <i>versus</i> introversiune	Gregaritate (sociabil) Asertivitate (presant) Activitate (energic) Caută excitația (aventuros) Emoții pozitive (entuziast) Căldură (deschis)
A	Agreabilitate <i>versus</i> antagonism	Încredere (iertător) Directivitate (neinsistent) Altruism (călduros) Complianță (lipsit de încăpățănare) Modestie (lipsit de vanitate) Empatie (simpatizant)
C	Conștiinciozitate <i>versus</i> lipsă de direcție	Competență (eficient) Ordine (organizat) Datorie (atent) Tendință spre realizare (metodic) Autodisciplină (nu e leneș) Deliberare (nu e impulsiv)
N	Nevroticism <i>versus</i> stabilitate emoțională	Anxietate (tensionat) Ostilitate mânioasă (iritabil) Depresie (nemulțumit) Conștiință de sine (rușinos) Impulsivitate (cu toane) Vulnerabilitate (lipsit de încredere în sine)
O	Deschidere <i>versus</i> reticență față de experiență	Idei (curios) Fantezie (imaginativ) Estetică (artist) Acțiune (cu interese largi) Sentimente (excitabil) Valori (neconvențional)

În definirea factorilor, de exemplu ai extroversiei, sunt implicate componente care vizează: activitatea, asertivitatea, sociabilitatea, căutarea excitației, emoțiile pozitive – deci mai multe aspecte ale vieții psihice ale persoanei.

Modelul FFM permite evidențierea concomitentă a trăsăturilor normale și a celor anormale, deviate, maladaptative ale persoanei. Astfel dacă se aplică unei persoane cu t.p. se evidențiază și trăsăturile normale, adaptative, scoțându-se în evidență zona „sănătoasă” a persoanei, pe care se poate conta în proiectul terapeutic și de management (Widiger, 1992). Interesul față de corelația dintre „simptomatologia” tulburărilor de personalitate constând în devianța trăsăturilor sale și FFM este foarte mare. Ea a început înainte de 1989 prin studiile lui Wiggins și Pincus, iar până în 2001 au fost publicate deja peste 50 de studii în această direcție. Cercetările au indicat că ambii poli ai celor cinci domenii ale FFM conțin cel puțin unele forme de maladaptivitate. Nevroticismul accentuat e corelat cu t.p. borderline, iar cel scăzut cu t.p. narcisică și psihopatia. Introversia e corelată cu trăsăturile t.p. schizoidă și evitantă, iar extroversia cu t.p. histrionică.

Conștiinciozitatea scăzută e în mod consistent asociată cu t.p. antisocială, pasiv-agresivă, de tip borderline și paranoidă, dar e crescută în t.p. obsesiv-compulsivă. S-a găsit o bună corespondență între FFM și circumplexul interpersonal evaluat prin IIP, cu datele obținute prin DAPP-BQ a lui Livesley și cu modelul lui Cloninger evaluat cu TCI. În 1994 Widiger a dezvoltat profile ale FFM pentru caracterizarea fiecărei tulburări de personalitate din DSM-III-R. S-au făcut eforturi pentru a construi profile FFM, pentru t.p. comentate în DSM-IV, implicând opinia experților. În 2004, Samuel și Widiger susțin un studiu care implică 154 experți totalizând 308 profiluri FFM pentru cazuri prototipice de tulburări de personalitate. Continuă utilizarea NEO-P-R în această direcție, deși acesta e un inventar de autoevaluare, iar diagnosticul t.p. se face de obicei prin chestionare de heteroevaluare. S-au construit profiluri de t.p. în termenii proprii ai FFM. De asemenea continuă studiile privind terminologia de caracterizare a trăsăturilor celor cu t.p. care să derive din termenii utilizați în FFM.

Până în prezent sistemele dimensionale nu au înlăturat pe cele categoriale în caracterizarea și diagnosticare t.p. Dar ele introduc mai multă nuanțare și flexibilitate, astfel încât se preferă o utilizare concomitentă. Sistemele categoriale, cel puțin cele din DSM-IV-TR se mențin mai ales datorită utilității în comunicare și cercetare.

Considerarea t.p. ca entități patologice a permis studii epidemiologice care sugerează o prevalență de aproxim. 10% în populația generală, Stabilitatea în timp a t.p. este foarte greu de evaluat pe termen lung, mai ales că nu e clar și bine dovedit conceptul de stabilitate în timp a persoanei normale. În plus de-a lungul timpului se modifică definiția t.p. și instrumentele de evaluare. Rezultatele de până acum indică faptul că aceasta nu e chiar așa de mare cum era ea gândită tradițional prin definiția care postulează rigiditatea de-a lungul timpului. Se consideră în prezent că t.p. se poate schimba în măsură apreciabilă la intervale mari de timp, prin intervenția factorilor evolutivi de maturare și îmbătrânire, prin evenimentele vieții, prin factori de compensare și mai ales prin terapie. Terapia în domeniul t.p. a fost inițiată doar în ultima perioadă.

3.6. CLUSTERUL PSIHOPATIEI

De când tema tulburării de personalitate a fost ridicată de către psihopatologi, adică de când s-a creat modelul medical al psihiatriei în epoca lui Kraepelin, s-a remarcat caracterul disocial al manifestării acestora. Kraepelin comenta în această categorie: mincinosul patologic și escroc, criminalul impulsiv și cel profesionist, vagabondul morbid, certărețul. De fapt încă în secolul XIX Pritchard a introdus noțiunea de nebunie morală (*moral insanity*), iar Lombroso a comentat criminalul înnașcut. Schneider a înregistrat și el o variantă de tulburare de personalitate capabilă săucidă cu sânge rece. Ulterior, în școala anglo-saxonă s-a încetățenit termenul de sociopatie pentru persoane care creează mari probleme sociale prin comportamentul lor deviant, care sfidează legile și se comportă uneori criminal. În această direcție s-au afirmat autori ca Partridge, Henderson și mai ales Cleckley. În edițiile succesive ale DSM s-a făcut loc pentru un tip aparte etichetat ca antisocial, care și în prezent e descris în clusterul B, cu precizarea ca manifestările sale sunt cel mai des decelabile de la vârsta infanțo-juvenilă. Acest tip e comentat și în ICD-10 ca și tip disocial. În ultimii ani se revine asupra problemei existenței unor tulburări de personalitate a căror caracteristică dominantă este infracționalitatea și amoralitatea, conduita criminală. În perspectiva tipologiei aceste persoane fac parte din mai multe categorii tipologice ale DSM-IV, cazuistica fiind frecventă în penitenciare și în lumea interlopă. De aceea, tendința este de a se detașa un cluster special care este desemnat cu termenul generic de „psihopatie”.

Psihopatia include multe cazuri ale t.p. antisocială și disocială dar prezintă și alte caracteristici pentru care este și în prezent instructivă descrierea făcută în 1941 de către Cleckley. Acesta a descris psihopatul ca pe un om activ și deseori performant în societate care prezintă o sociabilitate cuceritoare ce creează o mască de om sănătos (cartea sa se numește „*The mask of insanity*”). Acesta însă nu înțelege noțiuni ca responsabilitatea, generozitatea prezentând un fel de „demență semantică” specială. Psihopatul lui Cleckley nu prezintă o serie din trăsăturile antisocialului din DSM-IV: distructiv, amenințător, turbulent, criminal. El are un farmec superficial, o bună inteligență, e stăpân pe sine, e abil și convingător, are succes social dar e complet lipsit de sinceritate fără sentimentul rușinii și remușcărilor, are comportament antisocial și nu învață din experiență. E lipsit de afectivitate și de capacitate de a iubi. Are o viață sexuală impersonală, trivială și îi lipsește capacitatea de a urmări un plan general în viață.

Hare (1986) a operaționalizat itemii de caracterizare a psihopatiei lui Cleckley construind un cecklist cu 22 itemi care stau la baza unui instrument de investigare PCL-R. Acești itemi, supuși la o analiză factorială de Harpur și Hakstian s-au grupat în doi factori. Aceștia sunt sistematizați în felul următor:

Tabelul 2

Factorii de caracterizare a psihopatiei (Hare, 1980), regrupați de Harpur

Factorul I	Factorul II
Sens grandios al sinelui	Iresponsabilitate
Minciuna patologică	Lipsa unor scopuri pe termen lung
Manipularea altora	Stil de viață parazi
Lipsa remușcărilor și a vinovăției	Probleme comportamentale timpurii
Lipsa empatiei	Delicvență juvenilă
Neacceptarea responsabilității pentru propriile acțiuni	Recidivism
Farmec, șarm superficial	Impulsivitate
Afect superficial	Nevoie de stimulare
	Slab control comportamental

Factorul I se referă mai ales la trăsăturile de personalitate pe care subiectul le afirmă în cursul interviului, iar factorul II se referă mai ales la comportament, bazându-se pe informații din dosarul pacientului.

Perspectiva pe care o deschide psihopatul lui Cleckley diferă de tipologia tulburărilor de personalitate din DSM-IV. Studiindu-se mai ales cazuri din mediile infracționale și de detenție s-au propus mai multe tipologii pentru aceste cazuri ce sunt într-o permanentă stare de conflict cu alții și societatea, cu un comportament grav infracțional. Lykken diferențiază între psihopatul primar pe care-l consideră în mare măsură condiționat genetic și cel secundar sau sociopat care e predominant influențat de mediul familial și de cel social. Blackburn (1998) descrie patru subtipuri: psihopatul primar (impulsiv, agresiv, ostil, extrovertit, încrezător în sine, cu un nivel scăzut de anxietate); psihopatul secundar (ostil, agresiv dar anxios social, retras, cu scăzută stimă de sine); psihopatul controlat (sociabil, fără anxietate, controlat); psihopatul inhibat (retras, controlat, anxios, cu stimă de sine scăzută). În aceste subgrupe se regăsesc tulburări de personalitate din diverse categorii ale DSM-IV. Stone insistă să se recunoască psihopatul și tulburarea de personalitate corespunzătoare caracterizate prin sadism. El a elaborat o scală cu 11 puncte care marchează gravitatea comportamentului agresiv sadic, de la uciderea accidentală sau din gelozie până la criminalul care-și chinuie victimele înainte de a le ucide. Millon (1989) descrie zece subtipuri de psihopați care, în mare, sunt corelați cu categoriile din DSM-IV dar prezintă un grav comportament disocial. El descrie aceste tipuri pe baza unei experiențe cazuistice și le numește: psihopatul impulsiv, nesincer, resentimental, nesigur, amorf, lipsit de scrupule, exploziv, cverulent, revendicativ, tiranic, malign.

Psihopatia a fost analizată și în perspectivă dimensională, prin circumplexul interpersonal (de către Blackburn) și prin FFM (de către Eysenk) și prin sistemul cu șapte dimensiuni a lui Cloninger.

În legătură cu psihopatia s-au făcut și multe studii în perspectivă biologică. Caracterul genetic al tulburării este în prezent destul de bine definit. Mai interesant și mai important e faptul că s-au dovedit o serie de anomalii neurofiziologice, cum ar fi anemotivitatea, lipsa reacției de frică și areactivitatea la stimuli anxiogeni. Deficitul funcționării structurilor neurobiologice care susțin afectivitatea, inclusiv cea interpersonală, este și ea dovedită. Aceste deficite genetice și de funcționare cerebrală condiționează o dezvoltare ontogenetică aparte.

În legătură cu tulburările de personalitate se ridică și problema dimensiunii etice a persoanei (Deheleanu, 1974; Lăzărescu, 2007). De aceea, în toate cazurile de tulburare de personalitate, indiferent de perspectiva tipologiei categoriale și dimensionale, de comorbiditate etc., se cere și o evaluare a dimensiunii etice a persoanei, mai ales din următoarele perspective: comportamentul nociv față de altul, neglijarea celui alt față de care există responsabilitate, duplicitatea malignă, egoismul și lipsa generozității, lipsa sentimentului de rușine și vinovăție, iresponsabilitatea.

Prin necesitatea de a se ține seama de dimensiunea etică, problema tulburărilor de personalitate depășește evident modelul medical, înțeles în sens restrâns.

3.7. TULBURĂRILE DE PERSONALITATE ÎN PERSPECTIVA DISTORSIUNII UNOR FUNCȚII ADAPTATIVE ALE CARACTERULUI PERSOANEI

Esențialul anormalității, a perturbărilor în cazul t.p. se localizează la nivelul relațiilor interpersonal sociale, a afirmării independenței persoanei, a manifestării cu sens, în cadrul interrelaționărilor. Un ax suplimentar îl constituie o bună și adecvată desfășurare a funcțiilor executive. În ambele direcții normalitatea presupune flexibilitate și eficiență adaptativă. Împrejurările solicită și pretind ca uneori individual să fie dominator și asertiv, alteori să asculte și să se supună, să fie încrezător dar și suspicios, să se decidă rapid sau să chibzuiască temeinic, să fie spontan și perseverant. Diversele modalități tipologice ale t.p. pot fi înțelese ca derivând din moduri de funcționare adaptativă, care însă devin excesive, decontextualizate, rigide.

Tendința spre afirmare asertivă, dominatoare, prin care alții sunt conduși, coordonați, supuși și chiar manipulați, se manifestă uneori în normalitate. Ea alimentează subgrupul populațional din care se selectează liderii, managerii, politicienii, conducători în afaceri, comandanți militari etc. Și atitudinea submisivă poate fi adaptativă în anumite împrejurări. Contextual, durata, sensul valoric, integrarea socială sunt cele care pot diferenția un comportament dominator sau submisiv adaptativ de unul anormal.

Emoția socială, reactivitatea față de expunere și apreciere publică e în principiu la fel de adaptativă ca și suspiciunea, în anumite împrejurări justificate. Pe de altă parte capacitatea de a nu se emoționa exagerat în situații solicitante, rezistența față de amenințare, în împrejurări fobogene și periculoase, indiferența socială și situațională, poate conduce uneori la performanțe ridicate, dovedindu-se și ea adaptativă. O paletă bogată de capacități adaptative cuprinde și gregaritatea extrovertită și retragerea socială meditativă, necesară confruntării cu sine și creației.

Tipologia t.p. poate fi în principiu corelată cu diverse stări psihopatologice episodice, ceea ce se și face în prezent în cadrul abordării neokraepeliene. Dar toate tipurile t.p. pot fi interpretate și în corelație cu strategii adaptative ale persoanei, în cadrul manifestării sale în relațiile interpersonal-sociale și de realizare pragmatică. De aceea, t.p. este în prezent amplu abordată și de psihopatologia de orientare evoluționistă. (Brün, 2008). La fel ca în cadrul sindroamelor psihopatologice, numărul tipurilor de t.p. este finit, chiar dacă diverse clasificări precedează la diferite decupaje iar numărul tipurilor oscilează ușor sub sau peste cifra zece.

Considerațiile de mai sus pledează pentru interpretarea stărilor psihopatologice în cazul t.p., la fel în cazul sindroamelor psihopatologice, în sensul derivării lor din manifestări antropologice normale, adaptative și cu sens. Această interpretare este susținută în prezent de psihopatologia de orientare evoluționistă dar și de cea developmentală, cognitivistă și neofenomenologică. Manifestări antropologice care în principiu sunt adaptative și orientate spre creativitate, devin psihopatologice în măsura în care sunt marcate de anumite minusuri antropologice care conduc la decontextualizarea, reducerea legăturilor semnificante cu situația, cu biografia și argumentarea rațională, ajung să se manifeste simplificat, excesiv, rigid, cu reducerea libertății antropologice și a sintezei creative, adaptative. Drept consecință funcționarea socială poate fi perturbată iar suferința personală crescută. Dar cazul t.p. ne indică faptul că planul socio-cultural al antroposului dispune de multe mecanisme de compensare, protezare sau mascare a disfuncției și deficitului (Sadler, 2006).

Domeniul tulburărilor de personalitate se pretează la mai multe lecturi paralele. Din perspectivă sociologică se identifică persoanele cu comportament anomic și marginal social, vagabonzii, homeless-ii, infractorii izolați sau în grupuri, marii criminali sadici, membri ai sectelor excentrice, fanatici, turbulenți ș.a.m.d.

În perspectivă tipologico-sociologică, se pot identifica oameni care nu sunt armonici, dar există la extreme, în structuri sociale particulare care îi acaparează și pe care le întrețin; în interiorul cărora se compensează: militari în trupe speciale, exploratori în proiecte riscante, sporturi extreme, diverse roluri sociale speciale, monahi și slujitori exemplari, dominatori și organizatori extremi, colecționari etc. E o zonă socială în care de obicei există mari performanțe sociale, uneori creativitate, dar comportamentul interpersonal social nu e echilibrat. Evenimente ca revoluțiile și războiul pot compensa și aduce în față astfel de persoane.

Există apoi lectura sindroamelor psihopatologice din perspectiva similitudinii cu psihopatologia clinică. E viziunea medicalizării psihopatologice a acestor oameni.

CAPITOLUL 4

TULBURĂRILE MINTALE ȘI SISTEMATIZAREA LOR

4.1. DIVERSITATEA ȘI SISTEMATIZAREA TULBURĂRILOR MINTALE

O caracterizare de ansamblu a tulburării mintale (t.m.) în perspectiva psihopatologiei clinice a fost făcută în capitolul 1 (1.5) și reluată pe scurt la începutul comentariului despre episodul psihopatologic (ep.pt.). S-a remarcat că în extremis se poate diagnostica o t.m. și cu referință la un unic ep.pt. sau la o tulburare de personalitate (t.p.). Dar tradițional t.m. a fost înțeleasă în sens diacron, de obicei avându-se în vedere mai multe episoade și o tendință evolutivă. Apoi, în configurarea unei t.m. s-a avut în vedere tot mai mult terenul, inclusiv ca vulnerabilitate și episoade subclinice. Și la fel datele demografice și genetice precum și alți parametri. Există diverse incidențe din care t.m. poate fi abordată:

– În manualele și tratatele de psihiatrie se comentează ansamblul bolilor – a t.m. în cazul nostru – din toate punctele de vedere importante care interesează specialistul, inclusiv tratamentul, prevenția, recuperarea.

– În manualele de diagnostic și statistică – așa cum e DSM-III-IV – interesează în primul rând lista și definiția tulburărilor oficiale, cât mai clar delimitată una de alta. Aspectul oficial se referă la înregistrarea statistică, utilizarea diagnosticului pentru casele de asigurări și obținerea de resurse financiare, pentru planificări în domeniul sănătății mintale, învățământ etc.

– Preocupările de cercetare științifică, deși au ca referențial aceste manuale, abordează și aspecte care sunt în afara lor, precum episoadele subclinice, vulnerabilitatea, factorii protectori, reziliența etc. Circumscrierea din capitolul 1 (1.5) a fost făcută într-un sens mai larg decât cea a manualelor de diagnostic.

– Psihopatologia clinică orientată spre intervenție și terapie (psihoterapie) ține cont și de „problemele de viață” iar sociologia de „comportamentele marginale și anomice”, ambele aceste domenii nebeneficiind de un diagnostic de t.m. în sens strict, în conformitate cu manualele.

– Psihopatologia doctrinelor se orientează spre diagnosticele din manuale dar ține cont de psihologia bio-antropologică, lecturată prin optica doctrinelor respective.

♦♦

Tulburarea mintală a fost tradițional o problemă a medicinei psihiatrice. Cunoașterea pe care se bazează practicarea psihiatriei a fost dintotdeauna expusă în manualele și tratatele în care ansamblul t.m. sunt descrise și comentate după toți parametrii clinici, de la etiopatogenie la tratament și prevenție. Comentând întreaga patologie, manualele și tratatele prezintă și o clasificare, o sistematizare a t.m., precum și doctrinele interpretative. Aceste tratate, în trecut exprimau deseori punctul de vedere și experiența autorului lor sau a școlii din care el făcea parte, având în general o audiență limitată.

După 1970, internaționalizarea cunoașterii a făcut să fie necesare sinteze agreeate de cât mai mulți oameni și practicieni din lume. Dar chiar în interiorul unei țări cum este SUA se simțea nevoia unui punct de vedere oficial care să stabilească cel puțin o listă și o definiție a tulburărilor mintale. Problema era atunci acută pentru psihiatrie deoarece, sub influența psihanalizei, nosologia și diagnosticul erau lax reproductibile iar mișcarea antipsihiatrică acuza psihiatrii de abuzuri^{*}. În acest context tradiționala clasificare a APA a fost radical revăzută și pusă pe baze noi. Așa s-a născut în 1980 DSM-III. În continuare au apărut: în 1987 DSM-III-R, în 1994 DSM-IV, iar în 2000 DSM-IV-TR.

Dar principiile sale au rămas aceleași, motiv pentru care în lucrarea de față această elaborare va fi invocată – dacă nu sunt în discuție aspecte de detaliu – ca DSM-III-IV. În prezent este în pregătire ediția a V-a prevăzută să apară în 2013. Principiile DSM-III au influențat și clasificarea internațională a Organizației Mondiale a Sănătății – OMS – care a publicat în 1992 o revizuire (a 10-a) a Manualului de definire și

^{*} A se vedea Anexa 5.

clasificare a bolilor (*International Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-10*) a cărui capitol al V-lea = F se referă la tulburări mintale. În prezent e în pregătire o nouă ediție, a 11-a, programată să apară în 2012. Prezentul capitol are în vedere tulburările mintale, așa cum sunt ele circumscrise și sistematizate în DSM-III-IV și ICD-10-F.

DSM-III a introdus o nouă concepție în psihiatria și psihologia medicală în raport cu tradiția. Era vorba în primul rând de un manual de diagnostic și statistică; dar presupuzițiile și principiile sale au făcut epocă. Între acestea se pot menționa:

Plasarea pe pozițiile filosofice ale empirismului logic iar în perspectiva psihiatrico-psihopatologică pe o poziție neokraepeliniană. Entitățile nosologice, considerate categorial, beneficiind de o circumscriere clară, sunt considerate distincte una de alta și structurate într-un sistem neierarhizat. Au fost îndepărtate câteva tradiții precum: organizarea ierarhică a sistemului nosologico-nosografic – s.n.n. (aceasta fusese introdusă de Jaspers și postula o ierarhie între determinismul organic, endogen, psiho-social și varietatea umană; specificitatea nosologică era considerată mai mică la polul organic); – înlăturarea conceptului de „determinism endogen” și a celui de nevroză; – opțiunea explicită pentru o neutralitate (cât mai mare posibil) în ceea ce privește etiologia (și implicarea doctrinelor psihopatologice). Această înlăturare a etiopatogeniei din definiție, neobișnuită în medicină, a avut drept consecință că „tulburarea mintală în general” a trebuit să fie definită, pe lângă simptomatologie („un sindrom semnificativ clinic”) prin consecințele acestuia: suferința (distres) și deteriorare (*impairment*) în funcționarea socială.

DSM-III a fost elaborat în primul rând, pentru a fi riguros, clar, comprehensibil și pentru a facilita reproductibilitatea diagnosticului, prin circumscrierea t.p. pe criterii de diagnostic explicite, utilizându-se definiții operaționale. Pentru fiecare tulburare sunt prezentați un număr de itemi (= simptome) a căror prezență, într-un număr minim, definește boala. Optica unui diagnostic riguros s-a lărgit în perspectiva evaluării cantitative, prin scale de evaluare și prin ridicarea uniformă a informațiilor cu ajutorul interviurilor standardizate și semistandardizate.

DSM-III a favorizat științificitatea și prin orientarea empiristă și presupuziția că esențialul în t.m. stă în disfuncții ale encefalului. Această presupuziție – consonantă cu atitudinea neokraepeliniană, deoarece și psihiatria clinică din vremea lui Kraepelin o avea în vedere – a fost favorizată și de avansul concomitent al cognitivismului neoraționalist, care s-a bazat mult pe dezvoltarea neuroștiințelor și a inteligențelor artificiale. În apariția și dezvoltarea sa DSM-III-IV a pus mare accent pe cercetări în teren – field trial-uri – și pe experiența clinică a experților din centre repute științifice. Între obiectivele declarate ale manualului autorii subliniază valori ca: claritatea, ușurința în utilizare, comunicativitatea și reproductibilitatea diagnosticelor. Categoriile nosologice au fost introduse sau respinse și pe aceste criterii. După cum un alt criteriu important a fost consensul. În cele din urmă entitățile acceptate au trebuit să treacă proba majorității votului în consiliul de experți. Redactarea inițială și a tuturor variantelor s-a făcut prin dezbateri publice, într-o atmosferă democratică.

Caracterizarea generală a t.m. acceptată de DSM-III-IV a fost prezentată în capitolul 1 (1.6). Manualul cuprinde un număr finit de entități nosologice discrete. Dar, are și un capitol cu propuneri pentru noi entități. O nouă includere oficială e făcută însă doar cu ocazia unei noi ediții. Entitățile acceptate sunt prezentate într-o anumită ordine, constituindu-se astfel un sistem nosologico-nosografic (s.n.n.). În principiu, ordinea prezentării este asemănătoare cu cea tradițională respectând polarizări de vârstă și de condiționare predominant organică sau psiho-socială.

S.n.n. al psihiatriei, la fel ca orice s.n.n. din medicină, se bazează pe știința tradițională și nouă a clasificării. Clasificarea și taxonomia au în vedere posibilitatea de a plasa realitățile, ideile, lucrurile și stările individului în grupe sau clase, care până la un punct sunt nearbitrare. Încă Aristotel introducea ideea că atât gândirea cât și realitatea se referă la genuri, specii și indivizi, care reprezintă niveluri diferite și concentrice de realitate. Principiul ordonării ierarhice s-a afirmat în nenumărate variante de-a lungul istoriei omenirii, Piaget regăsindu-l ca o caracteristică a gândirii omenești (Piaget, 1963). Totuși, ordonarea taxonomică cuprinde și o parte de arbitrar, care uneori nu deranjează, ca de exemplu, în ordonarea cărților într-o bibliotecă. În științe se impune însă și o bază reală a sistematizării datelor, biologia tinzând de exemplu spre utilizarea unor criterii evoluționiste. Taxonomia nosologiei medicale s-a bazat pe diverse criterii, invocând organele afectate, semiologia, etiologia. În psihiatrie cunoștințele de etiologie rămân insuficiente fapt care acordă prioritate semiologiei. Descrierea și denumirea bolilor psihice în secolele XIX și XX a sedimentat un fond tradițional de sindroame psihopatologice care s-au impus odată cu studierea bolnavilor internați. Coerența reunirii simptomelor în aceste sindroame nu a fost însă suficient fundamentată. Faptul a făcut să se

sugereze și să se practice în ultimul timp și o taxonomie numerică (propusă în 1962 de Sneith și Goskal) în sensul unor liste de simptome bazale care conduc spre sindroame doar prin frecvența crescută a concomitenței. Această idee permite o flexibilitate crescută în abordarea sindroamelor și a făcut ca sistemul DSM-III-IV să fie politetic. Dar perspectiva excesiv de neutrală și empirică în ceea ce privește sindromatologia psihopatologică nu poate susține validitatea acestora, mai ales în fața argumentelor evoluționiste, cognitiviste și fenomenologice.

Principiile oricărei sistematizări impun o ordine și o ierarhie ce se referă la clase, tipuri, subtipuri. Într-un s.n.n. e important să se precizeze o listă oficială finită a entităților acceptate, o ordine în care acestea sunt prezentate și un indice de identificare.

Un manual ca DSM-IV-TR și ICD-10-F exprimă cunoștințele în domeniu ale unei epoci și un consens suficient pentru a permite comunicarea între specialiști. Aspectul oficial al sintezelor respective e important nu doar pentru a asigura o bună practică a specialiștilor în domeniu ci și pentru: – raportarea oficială a cazurilor diagnosticate; – studii epidemiologice; – rambursarea cheltuielilor de către casele de asigurări; – învățământul de toate gradele; – cercetarea științifică și evaluarea rezultatelor unor terapii; – evaluarea costurilor generale ale societății în direcția sănătății mintale și planificarea resurselor. De aceea, redactarea manualelor de diagnostic este realmente o importantă problema publică.

4.2. STRUCTURA DSM-IV-TR

DSM-III-IV sunt manuale dedicate exclusiv diagnosticării tulburărilor mintale. DSM-IV-TM prezintă 13 mari grupe de entități nosologice, la care se adaugă una privitor la „alte condiții ce pot focaliza atenția clinică”:

Principiul ierarhic a lui Jaspers este oficial repudiat dar în fapt nu e părăsit. Decuparea entităților nosologice nu urmează întru totul tradițiile clinico-psihiatrice europene – de exemplu în cazul clasicei nevroze histertice – iar gruparea unor tulburări are la bază în unele cazuri criterii exterioare, formale – ca în cazul tulburărilor somatoforme.

În privința limbajului utilizat, DSM-III-IV a avut mare grijă de a evita termenul de „nevroză”. Aceasta nu doar pentru că este confuz, ci și din cauza mării presiuni pe care psihanaliza o avea în SUA asupra psihiatriei, până în deceniul al 8-lea al secolului XX, oarecum în detrimentul unor abordări mai „pozitiviste”. Problema nu s-a pus la fel în ICD-10. De asemenea, s-au evitat expresiile de „condiționare organică” și „condiționare psihogenă” deși sunt prezentate tulburările care sunt evidente și astfel condiționate. De exemplu, demența și deliriumul sunt comentate fără aceste precizări în titlu, iar reacția de stres postratumatic pur și simplu e inclusă printre tulburările anxioase, deși este evident condiționată reactiv, psihogen. Expresiile de „psihoză” și „tulburări psihotice” sunt utilizate predominant în capitolul dedicat schizofreniei. În glosarul de la sfârșitul cărții psihoză este explicată prin trimiterea la delir și halucinații, dar acceptându-se că poate include și vorbirea și comportamentul grav dezorganizat. În cercetarea tulburărilor dispoziționale, mania și depresia sunt considerate ca având modalități de manifestare ce sunt „fără simptome psihotice”, contrazicând astfel tradiția kraepeliniană care plasa „psihoză maniaco-depresivă” alături de „psihozele schizofrene”.

Fiecare diagnostic are un cod principal care indică categoria și care e format din trei cifre. La acestea se mai pot adăuga două cifre pentru specificare, privitoare la tip, mod evolutiv, intensitate.

De exemplu:

295XX – Schizofrenie

.10 – tipul dezorganizat

.20 – tipul cataton

.30 – tipul paranoid

.40 – tulburare schizofreniformă

.60 – tipul rezidual

.70 – tulburare schizoafectivă

.90 – tipul nediferențiat.

Categoriile nosologice comentate în DSM-IV-TR, pentru care se furnizează criterii de diagnostic, sunt:

1. *Tulburări în mod obișnuit diagnosticate pentru prima dată în copilărie și adolescență:* – Retardarea mintală: ușoară, moderată, severă, profundă, de severitate nespecificată; Tulburări ale învățării: ale citirii,

matematicii, ale expresiei scrise; Tulburări ale abilității motorii: tulburări developmentale de coordonare, tulburări ale limbajului expresiv, ale limbajului expresiv-receptiv; Tulburări fonologice; Balbismul; Tulburarea autistă: tulburarea Rett, tulburarea desintegrativă a copilăriei, tulburarea Asperger, tulburarea pervasivă developmentală nespecificată în altă parte (incluzând autismul atipic); Tulburarea de deficit al atenției și hiperactivitatea; Tulburările de comportament: tulburarea opozițional provocatoare; Tulburările alimentare și nutriționale ale prunciei și copilăriei timpurii: pica, tulburarea ruminativă, tulburarea nutrițională; Tulburarea ticurilor: tulburarea Touret, tulburarea ticurilor motorii și vocale cronice, tulburarea trecătoare a ticurilor; Encompresis; Enuresis; Anxietatea de separare; Mutismul selectiv; Tulburarea reactivă de atașament; Tulburarea mișcărilor stereotipe.

2. *Delirium, demența și amnezia și alte tulburări cognitive*: Delirium indus de substanțe, de intoxicație, de sevraj; Delirium condiționat de multiple etiologii; Demența: de tip Alzheimer, vasculară (multiinfarct), datorată altor condiții medicale (din infecția cu virus HIV), datorită unui traumatism cranian (din boala Parkinson, din boala Huntington, din boala Pick, din boala Creuzfeldt Jakobs), datorată altor condiții medicale generale. Demența indusă de substanțe cu multiplă etiologie; Tulburări amnestice datorate unor condiții medicale generale, datorită consumului de substanțe, altor cauze; Tulburări mintale datorate unei condiții medicale generale. Acestea pot fi: delirium, demențe, tulburări amnestice, psihice, de dispoziție afectivă, anxioasă, de disfuncții sexuale, de tulburări de somn, de asemenea catatonie și schimbarea personalității.

3. *Tulburări corelate consumului de substanțe*: Dependența de substanțe, abuzul, intoxicația, sevrajul, altele (delirium, demența, amnezia, psihoza, tulburarea dispoziției afective, anxietate, sexuale, tulburări ale somnului). Privitor la substanțe se comentează separat tipul de substanțe: alcool, amfetamine, cofeină, canabis, cocaină, halucinogene, substanțe inhalante, nicotină, opioide, phenciclidina, sedative (hipnotice și anxiolitice), altele și necunoscute.

4. *Schizofrenia și alte tulburări psihotice*: Schizofrenia, subtipurile paranoidă, dezorganizată, catonă, nediferențiată, reziduală; modele evolutive: episodic cu simptome reziduale interepisodice, predominant cu simptome negative, episodică fără simptome interepisodice reziduale, continuă, episod unic cu remisie completă, alte forme nespecificate de evoluție; Tulburarea schizofreniformă; Tulburarea schizoafectivă; Tulburarea delirantă; Tulburarea psihotică scurtă; Tulburarea psihotică indusă de aportul de substanțe; Tulburări psihotice nespecificate.

5. *Tulburări ale dispoziției*: Episodul depresiv major; Episodul maniacoal; Episodul mixt; Episodul hipomaniacoal; Tulburare depresivă majoră: episod singular, episoade recurente; Tulburare distimică; Tulburare depresivă nespecificată; Tulburare bipolară II: episod maniacoal singular, cel mai recent episod mixt, cel mai recent episod depresiv sau nespecificat; tulburare bipolară II (episoade depresive majore recurente cu episoade hipomaniacale); Tulburare ciclotimă; Tulburări ale dispoziției datorate unei condiții medicale generale și induse de consumul de substanțe. Pentru cel mai recent episod depresiv, maniacoal și mixt se fac precizări în ceea ce privește severitatea (ușoară, moderată, severă fără simptome psihotice și cu simptome psihotice congruente și incongruente, în remisie parțială sau totală); Cronicitatea, aspectul cataton, melancolic, aspectul atipic; specificitate în ceea ce privește debutul postpartum; Specifică în ceea ce privește cursul (cu sau fără remisiune interepisodică); specificarea patternului sezonier; specificarea ciclurilor rapide.

6. *Tulburările anxioase*: Atacul de panică; Agorafobia; Tulburare de panică fără agorafobie și cu agorafobie; Fobia simplă; Fobia socială; Tulburarea obsesiv-compulsivă; Tulburarea de stres posttraumatic; Tulburarea de stres; Tulburarea de anxietate generalizată; Tulburarea anxioasă datorată unei condiții medicale generale și a consumului de substanțe.

7. *Tulburări somatoforme*: Tulburări de somatizare; Tulburare somatoformă nediferențiată; Tulburarea conversivă; Tulburarea durerii (somatice, psihogene); Hipocondria; Tulburări dismorfo-corporale.

8. *Tulburări factice (artificiale) – cu simptome și semne predominant psihice, fizice, combinate*.

9. *Tulburări disociative*: Amnezia disociativă; Fuga disociativă; Tulburarea disociativă de identitate; Tulburarea de depersonalizare.

10. *Tulburări de identitate sexuală și a genului*: Disfuncții sexuale; Tulburări ale dorinței sexuale; Dorință sexuală scăzută; Tulburarea arousalului sexual la femei; Tulburarea erectilă la bărbați; Tulburarea de orgasm la femei; Tulburarea de orgasm la bărbați; Ejacularea precoce; Dispareunia; Vaginism; Disfuncții sexuale datorate unei condiții medicale generale și a consumului de substanțe; Parafilii: exhibiționismul, fetișismul, frotteurismul; Pedofilia; Masochismul sexual; Sadismul sexual; Fetșișismul travestistic; Tulburări de identitate a genului.

11. *Tulburări de alimentație*: Anorexia nervoasă; Bulimia nervoasă.

12. *Tulburări ale somnului*: Insomnia primară; Hipersomnia primară; Narcolepsie; Tulburări ale somnului corelate respirației; Tulburări de somn corelate ritmului circadian; Parasomnii: cosmaruri nocturne; Teroarea nocturnă (tulburarea terorii de somn); Tulburări ale trezirii din somn; Tulburări ale somnului corelate altor tulburări mintale: insomnia, hipersomnia; Tulburări ale somnului datorate unei condiții medicale generale, consumului de substanțe.

13. *Tulburări ale controlului impulsurilor neclasificate în altă parte*: Tulburarea explozivă intermitentă; Cleptomania; Piromania; Joc de noroc patologic; Trichotilomania.

14. *Tulburări de adaptare: cu dispoziție depresivă, cu anxietate, cu stare mixtă depresiv-anxioasă, cu tulburare a comportamentului, cu tulburarea emotivității și comportamentului, nespecificată*.

15. *Tulburări ale personalității: paranoidă, schizoidă, schizotipală, antisocială, borderline, histrionică, narcisistă, evitantă, obsesiv-compulsivă, nespecificată*.

16. *Alte condiții ce pot focaliza atenția clinică*: Distorsiuni ale mișcărilor induse de medicamente; Probleme relaționale datorate tulburărilor mintale sau unei condiții medicale generale (a relației părinte-copil, a partenerilor, a fraților); Probleme corelate abuzului sau neglijării (abuzul fizic sau sexual al copilului și adultului, neglijarea copilului).

Noncomplanța la tratament; Minciună; Comportamentul antisocial al adolescentului și adultului; Neglijarea copilului; Funcționare intelectuală marginală; Declin cognitiv corelat vârstei; Doliul; Probleme academice; Probleme ocupaționale; Probleme de identitate; Probleme religioase și spirituale; Probleme de aculturație; Probleme ale fazelor vieții.

Lista t.m. din DSM-IV-TR este consonantă în mare măsură cu cea din tratatele tradiționale. În acestea exista însă o argumentare etiopatogenică care formal e acum refuzată. În Tratatate, această interpretare se baza pe conceptele clasice ale psihopatologiei clinice structurate în prima jumătate a secolului XX, mai ales în psihopatologia germană și franceză. Deoarece acestea în prezent nu sunt negate ci doar neglijate sau trecute în umbră, le menționăm la acest nivel*.

Tradițional se consideră că la baza stărilor psihopatologice stau:

– Nedezvoltarea suficientă sau dezvoltarea parțială, dizarmonică, nefirească a psihismului în timpul ontogenezei; aceasta duce fie la defecte definitive globale sau parțiale, fie la întârzierea în dezvoltare sau dezvoltarea dizarmonică a personalității.

– Deteriorarea irecuperabilă a funcțiilor psihice prin procese organice cerebrale. Și aceasta poate fi globală sau să vizeze predominant anumite funcții. Prototipul acestora este demența. Dar fenomenul se poate produce după variate afectări cerebrale la diverse vârste.

– Disoluții ale câmpului de conștiință, ale vigilității conștiente, de obicei prin suferințe organice cerebrale. La baza acestora stă sindromul de delirium; fenomenul se desfășoară după modelul somnului cu vise și e în principiu reversibil.

– Reacția comprehensivă în urma trăirii unui eveniment de viață cu o semnificație deosebită; aceasta e în principiu reversibilă. În domeniul stărilor psihopatologice condiționate psihosocial elaborările psihopatologice sunt însă complexe.

– Dezvoltarea prevalențială – sau centrată de o idee supraevaluată. Aceasta se manifestă de obicei la persoane dizarmonice în corelație cu evenimente trăite dar după un model în care factorii personalității joacă un rol important.

– Fazele psihopatologice periodice ale unei psihoze endogene; în acest caz apar periodic, ciclic, episoade psihopatologice fără o cauză determinantă actuală clară. Fazele sunt în principiu reversibile. În aceste cazuri bio-psiio-ritmicitatea joacă un rol important. Prototipul era psihoza maniaco-depresivă.

– Procesul psihopatologic de structurant care constă din apariția fără cauze actuale evidente a unei stări psihotice (cu manifestări dezorganizante, halucinatorii, delirante). Este perturbată însăși structura psihismului, cu producerea unei „rupturi” psihice și funcționarea la un nivel inferior. Prototipul era schizofrenia.

– Defectul psihic, apare mai ales după episoade procesuale dar și fazice. Ultimele trei eventualități avute în vedere de psihopatologia clinică tradițională aduceau în discuție un determinism „endogen”, concept refuzat de DSM-III-IV.

În DSM-IV-TR toate entitățile menționate sunt considerate ca și categorii nosologice în principiu distincte, ca și cum pacientul le-ar putea avea, separat, doar pe una dintre ele, de-a lungul întregii vieți. De

* A se vedea Anexa 3.

aceea la fiecare din ele se comentează în textul ce precede sinteza criteriilor: – aspecte care suțin diagnosticul; – aspecte și tulburări asociate; – aspecte specifice corelate culturii, vârstei, genului, prevalența, cursul (evoluția): – diagnosticul diferențial. Fiecare categorie e caracterizată în final prin criterii de diagnostic explicite, care specifică criteriile lor de includere și de excludere.

Criteriile de diagnostic conțin pentru fiecare entitate:

A. Precizarea că un număr minim x din totalul y de simptome menționate explicit în text, trebuie să fie prezente pentru o perioadă de cel puțin z (zile, săptămâni, luni); uneori se precizează la acest nivel simptomele cele mai importante dintre care cel puțin una să fie prezentă.

B. Simptomele pe care le prezintă subiectul să nu îndeplinească criteriile pentru o altă categorie precizată.

C. Simptomele să cauzeze o suferință (*distress*) semnificativă și/sau o deteriorare în ariile de funcționare sociale, ocupaționale, interpersonale sau alte arii importante ale vieții sociale.

D. Simptomele să nu fie consecința efectelor, fiziologice a utilizării de substanță (abuz de droguri sau medicație) sau a unei condiții medicale generale. Desigur, în afara categoriilor care sunt circumscrise tocmai prin această caracteristică.

E. Simptomele nu sunt mai bine explicabile printr-o altă condiție ca de exemplu....

Uneori mai sunt specificări legate de vârstă sau de alte condiții. De exemplu în cazul episodului depresiv major se cere prezența a cel puțin 5 din 8 simptome enumerate care să fie prezente continuu cel puțin două săptămâni cu schimbarea funcționării anterioare; iar dintre simptome să fie prezent cel puțin unul din primele două, adică: 1) o dispoziție depresivă specială; 2) pierderea intereselor și plăcerii. Simptomele nu trebuie să îndeplinească criteriile pentru episodul mixt. Simptomele să nu fie mai bine explicate prin doliu, adică starea de după pierderea cuiva drag decât dacă simptomele persistă mai mult de 2 luni sau se caracterizează printr-o deteriorare funcțională marcată, preocupări morbide pesimiste, ideeație suicidară, simptome psihotice, sau inhibiție psihomotorie.

La unele categorii se precizează subtipuri și/sau modele evolutive.

Diagnosticul diferențial este cu grijă comentat la fiecare categorie, chiar dacă e de făcut cu multe alte categorii, în efortul de a o diferenția ca o entitate distinctă. Totuși comentariile de la paragraful „aspecte descriptive și tulburări mintale asociate” arată că, practic aproape nici o tulburare descrisă ca entitate distinctă în DSM-IV, nu evoluează independent ci cu variate „comorbidități”. Acest paradox nu e rezolvat în cadrul sistemului și conduce la o ambiguitate care este acceptată tacit. Cel puțin selecționarea unor cazuri „pure” pentru cercetare devine astfel, pentru unele entități extrem de dificilă.

Rezumând cele menționate mai sus se poate spune că sistemul de clasificare și diagnostic DSM-IV-TM este elaborat cu intenția de a fi un construct teoretic care circumscrie cât mai precis operațional entități malade psihiatrice ce se vreau a fi distincte. La lectura manualului totul apare riguros articulat într-o arhitectonică clară și aparent neambiguă. În conformitate cu proiectul explicit al programului nu e vorba de a înțelege oamenii suferinzi ci de a distinge entități care se pot găsi, care pot fi identificate la unii oameni; pe care indivizii uneori le pot poseda iar diagnosticul le poate preciza. De aceea, de la început și până în prezent DSM-IV-TM (în continuarea DSM-III) a fost și este utilizat pentru cercetare. Sistemul se străduiește să elimine tot ceea ce e confuz, vag, aproximativ, neprecizabil. Dar și tot ceea ce e personal, individual din punct de vedere biografic sau contextual.

Autorii DSM-IV precizează din introducere că sistemul nu trebuie aplicat mecanic, că el se cere utilizat de cei ce sunt cunoscători, au fost educați și s-au antrenat în diagnostic. Totuși, propensiunea spre claritate și rigoare îndeamnă inevitabil spre un operaționalism ce presupune sau invită la algoritme. Adică la aplicarea de arbori decizionali pentru diagnosticul diferențial, așa cum sunt aceștia prezentați în apendicele A al manualului. Această propensiune spre gândirea mecanică e rezultatul firesc al asumției ontologice formulată explicit în introducerea care pretinde „să se diagnosticheze boli (tulburări) și nu oameni (suferinzi, bolnavi)”.

Paradoxul care postulează existența unor entități nosologice posibil pure când de fapt aproape toate există doar împreună cu altele în diverse forme de „comorbiditate”, este și expresia unei tendințe spre medicalizare și „psihiatrizare” a vieții sociale, care se constată în societățile industrializate și în cele postindustriale. Ea evoluează paralel cu tendința de a multiplica entitățile morbide prin creșterea numărului categoriilor nosologice, prin descrierea unor entități tot mai mici care astfel pot fi delimitate mai precis și mai riguros.

Există argumente în favoarea și împotriva acestei tendințe. Ele sunt prezentate în tabelul de mai jos.

Tabelul 3

Argumente privitoare la multiplicarea entităților nosologice

Argumente în favoarea	Argumente împotriva
Oferă noi oportunități pentru noi medicamente – o mai mare deschidere a pieții	Există slabe argumente pentru stabilitatea în timp a tuturor micilor entități diagnostice
Promovează cercetarea, mai ales în direcția comorbidității	Există slabe argumente pentru stabilitatea în timp a noilor diagnostice
Creează condiții mai bune pentru studii epidemiologice	Există o slabă evidență a eficacității farmacologice sau psihologice în perspectiva tratamentului
Aduce un suport pentru mecanismele de acțiune în cercetarea farmacologică	Evidența privitoare la diferențele în evoluție este slabă. Există o slabă sau nulă evidență în ceea ce privește substratul genetic al fiecărei tulburări specifice

Problemele ridicate mai sus sunt în centrul dezbaterii privitoare la comorbiditate. Dar ele sunt în mare măsură dependente de felul în care entitățile nosologice sunt formulate. De ex. dacă se consideră entități diferite atacul de panică și agorafobia precum și agorafobia fără atac de panică și cea cu atac de panică, entitățile nosologice sunt evident multiplicată față de un algoritm de diagnostic care ar corela aceste aspecte clinice, menținând doar primele două entități nosologice ca posibil – dar nu obligatoriu – independente.

* *

Un aspect particular îl reprezintă felul în care DSM-III-IV se raportează la posibila distincție între episodul psihopatologic izolat și tulburarea mintală, concepută ca o succesiune de episoade din aceeași clasă care se manifestă pe un teren particular, așa cum a fost pusă problema în capitolul 1 (1.5).

Termenul de tulburare este unul generic în DSM-III-IV, el aplicându-se într-o manieră subînțeleasă și episodului psihopatologic (ep.pt.). Totuși în capitolul Tulburări ale dispoziției, se face diferența între „episoade dispoziționale” care pot fi: ep.pt. depresiv major, ep.pt. maniacal, ep.pt. mixt, ep.pt. hipomaniacal; pe de altă parte și „tulburări” depresive care pot fi: tulburarea (tb.) depresivă majoră, tb. distimică, tb. bipolară I cu variate subtipuri, tb. bipolară II cu diverse aspecte, tb. ciclotimă, tulburări ale dispoziției. Comentariul continuă cu criteriile de specificare a severității, a prezenței psihozei, a remisiilor pentru episoadele actuale; sau în legătură cu cel mai recent episod depresiv, maniacal sau mixt.

Distincția dintre „episod” și „tulburare” nu mai e făcută explicit în capitolul privitor la schizofrenie și alte tulburări psihotice. La schizofrenie se diferențiază subtipurile paranoid, dezorganizant, cataton, rezidual dar nu se menționează că acestea ar putea caracteriza episoade din cursul manifestării schizofreniei. Nici la nivelul în care e comentat modelul evolutiv al schizofreniei – de exemplu, evoluție episodică cu simptome reziduale intermediare etc. – problema nu e clar comentată. Deși, se menționează posibilitatea existenței unui unic episod urmat de remisie completă. În continuare, în același capitol se vorbește de tulburare schizofreniformă, schizo-afectivă, delirantă, de tulburarea psihotică scurtă, fără ca la nici una din aceste entități să se precizeze că ea se manifestă doar printr-un unic episod sau prin mai multe astfel de episoade care revin, identic ca manifestare, la aceeași persoană. Nu e clar dacă pentru diagnosticul de tulburare schizoafectivă sau delirantă este suficient un unic episod de acest tip. Sau dacă, diagnosticul de tulburare ar caracteriza doar cazurile care au două sau mai multe ep.pt., toate de același fel. Rămâne astfel greu de etichetat un caz care are un prim episod de psihoză scurtă, un al doilea de psihoză delirantă persistentă, urmată de un episod schizofren și de unul schizomaniacal. Toate aceste tulburări sunt descrise în DSM-IV dar se subînțelege că sub formă de episoade. Configurarea unei tulburări prin episoadele succesive nu e comentată. Astfel, conform literii textului din DSM-IV-TR ar exista doar o tulburare „schizo-afectivă” în ansamblu și nu „episoade schizo-afective” care să apară în cadrul evoluției unei schizofrenii, a altei tulburări psihotice sau a unei tulburări bipolare.

La fel în cazul tulburărilor anxioase distincția dintre episod și tulburare nu e făcută. Problema de limbaj e rezolvată prin faptul că, spre deosebire de tulburările dispoziției – unde se vorbește de episodul de depresie majoră, episodul maniacal, hipomaniacal, mixt – acum se folosesc expresii ca „atacul de panică”, „agorafobie”, „fobie specifică”, „fobia socială”. Evitarea specificării dacă e vorba de un unic episod sau de mai multe e atenuată de situația că patologia fobică nu se desfășoară ca o stare anormală continuă ca depresia, mania sau starea delirant halucinatorie ci este trăită circumstanțial, cu ocazia contactului cu situația sau obiectul fobogen. Totuși pentru orice clinician este evident că există stări fobice – de exemplu, de

agorafobie sau fobie socială – care au un debut precizabil în timp și care după o perioadă evolutivă sau în urma tratamentului se pot remite. Deci, că putem întâlni episoade fobice. Iar astfel de episoade pot reveni după un timp cu aceeași simptomatologie. Sau, eventual cu o altă constelație de fobii. E interesant că în același capitol se vorbește de „tulburarea” de stres posttraumatic deși e evident că, cel puțin la început sau pentru forma acută, este vorba de un unic „episod”. Faptul sugerează că un episod prelungit sau care are consecințe ulterioare mult timp, poate să fie etichetat ca tulburare.

Diferența dintre episod și tulburare care e comentată la nivelul tulburărilor dispoziției e perfect justificată. Faptul că ea nu mai e aplicată în cadrul celorlalte capitole, este o expresie a inconsecvenței acestui sistem ce se vrea clar, precis și riguros. Este de fapt vorba de o ambiguitate conceptuală care nu duce până la capăt proiectul inițial de a crea distincții explicite în nosologie. Și, mai mult, expresia lipsei unei concepții nosologice structurată elastic și ierarhic, care să articuleze manifestările episodice cu configurații nosologice mai ample, atât în plan abstract teoretic cât și ca receptanță a realității clinice nemijlocite. Această ambiguitate creează probleme în comentarea comorbidităților și importante dificultăți în cercetare, unde se cer delimitate cazuri clar definite nu numai sincron ci și diacron.

Abordarea destul de vagă a conceptului de tulburare mintală în DSM-IV-TM și absența distincției între episod și tulburare, creează probleme atunci când clinicianul abordează psihopatologia unui om pe fundalul existenței sale normale și a derulării ciclurilor vieții. Abordarea sintetică trebuie să înțeleagă vulnerabilitatea persoanei, tranzițiile între normalitatea psihică, stările excesive sau de limită, episoadele subclinice și stările psihopatologice de intensitate clinică, fiecare, cu gravitatea lor, ce poate varia de la un episod la altul. Dar DSM-IV-TM nu se vrea o abordare sintetică ci una riguroasă științific și sigur standardizată.

4.3. CLASIFICAREA ICD-10-F

Clasificarea bolilor psihice realizată de Organizația Mondială a Sănătății e parte componentă a unor programe mai ample și nu unui manual dedicat doar tulburărilor mintale ca DSM-III-IV. În ceea ce privește volumul în care se prezintă descrierile clinice și interpretările diagnostice a tulburărilor mintale și de comportament, acesta este doar un capitol, al V-lea (F) din ediția a 10-a a clasificării diagnosticului bolilor în general, adică a tuturor bolilor. De asemenea el este doar o piesă dintr-o familie de publicații privitoare la diagnosticul tulburărilor mintale care se referă, pe lângă acest manual, la: – criteriile de cercetare; – diagnostic pe axe; – tulburări mintale pentru uzul medicilor generaliști; – instrumente de evaluare ca CIDI, SCAN; – sistemul de evaluare a defectelor, disabilităților și handicapurilor (C.I.F.).

Această poziționare diferită în obiectivul de redactare induce o primă diferență între Cap. V (F) din ICD-10 și DSM-IV-TR. O alta ține de obligativitatea autorilor ICD-10 Cap. V (F) de a ține cont de experiența și punctele de vedere a celor din întreaga lume, de tulburările celor ce trăiesc în diverse societăți sau culturi și nu doar de cei ce-și desfășoară existența în cea mai avansată țară din perspectiva civilizației materiale din emisfera occidentală, care e SUA. Un exemplu din partea introductivă e edificator. În definirea demenței deficiențele funcțiilor intelectuale (atenție, percepție, memorie etc.) sunt considerate ca importante în diagnostic; și la fel, disabilitățile mintale (incapacitățile de a efectua acte specific umane ca a vorbi, comunica, a se deplasa, a se autoîngriji etc.). Dar handicapul, în sens de deficiență în funcționarea în roluri sociale e așa de diferit de la o țară la alta, în diverse contexte culturale, cu o imensă varietate a rolurilor, solicitărilor și pretențiilor încât nu poate fi luat în considerare ca semnificativ oriunde în lume. Căci nu oriunde e o axiomă că omul trebuie să fie performant într-o profesie sau în relaționarea socială, socialmente standardizată, în manieră extrovertită, până la o vârstă înaintată, așa cum e în SUA.

În elaborarea ICD-10 exigența pentru un diagnostic așa de riguros încât să poată fi un instrument util în cercetare, nu a fost așa de stringentă ca în DSM-IV-TM, deoarece s-a elaborat un manual separat pentru diagnostice de cercetare. Care este și el ceva mai lax ca DSM-IV pentru a putea fi folosit în diverse civilizații. Această parțială relaxare face ca nu toate entitățile nosologice să fie încorsetate automat în aceleași canoane. Deși, majoritatea caracterizărilor respectă o schemă generală care e prezentă și în DSM-IV-TR. Este utilizat inclusiv principiul categorial politetic, a diagnosticării unei entități prin identificarea prezenței unui minimum de itemi dintr-un maximum ce caracterizează suficient și semnificativ entitatea respectivă.

Și în ICD-10-F (V) există o deosebită grijă pentru limbaj. Termenul de „endogenie” nu e utilizat. Dar, pe lângă cel de „psihoză” e folosit și cel de „nevroză”, ca opțional, neexistând conflictul din SUA cu

psihanaliza. Modul de grupare a tulburărilor este abordat dintr-o perspectivă mai largă ce respectă în mai mare măsură tradiția psihiatriei occidentale. Sistemul de clasificare este constrâns de numărul limitat de 10 poziții pe care sistemul general al ICD-10 îl pune la dispoziția psihiatriei, la fel ca și a altor specialități. Dar și concepția asupra tulburării mintale apare ca fiind mai sintetică. Nu se resimte presiunea unor grupuri de interese și nici a votării membrilor comisiei responsabile cu redactarea textului, sub presiunea controlului presei și a dezbaterii opiniei publice prin mass-media. Întreg sistemul acceptă explicit zone destul de vagi și neprecise de cunoaștere; precum și a unor termeni sau concepte, care sunt admiși special pentru a stimula cercetarea. Sistemul de clasificare e destul de flexibil. La fiecare capitol se specifică, la fel ca în DSM-IV, pozițiile: „alte forme clinice” și „alte tulburări din această clasă, nespecificate în sistem”.

Principalele capitole sunt:

F 00 – F 09 Tulburări mintale organice inclusiv simptomatice.

F 10 – F 19 Tulburări mintale și comportamentale datorită utilizării de substanțe psihoactive.

F 20 – F 29 Schizofrenia, tulburările schizotipale și tulburările delirante.

F 30 – F 39 Tulburări ale dispoziției afective.

F 40 – F 48 Tulburări nevrotice corelate cu stresul și tulburări somatoforme.

F 50 – F 59 Sindroame comportamentale asociate cu tulburări fiziologice și factori somatici.

F 60 – F 69 Tulburări ale personalității și comportamentului adultului.

F 70 – F 79 Retardarea mintală.

F 80 – F 89 Tulburări ale dezvoltării psihologice.

F 90 – F 99 Tulburări comportamentale și emoționale cu debut în copilărie și adolescență.

ICD-10 este mai tradiționalist ca DSM-IV. Acceptă de exemplu să reunească într-un grup nosologic simptome ale vechii nevroze hysterice – fără a menține denumirea – și nu să le despartă ca în DSM-IV între grupul tulburărilor somatoforme și a celor disociative de conștiință. De asemenea acceptă diagnosticul de neurastenii care e funcțional în multe părți ale lumii, deși nu e în SUA. Tulburările sexuale, alimentare și de somn care în DSM-IV sunt prezentate separat sunt grupate împreună. Unele categorii pe care DSM-IV le acceptă sau asupra cărora insistă, au o pondere redusă în ICD-10, de exemplu tulburarea de personalitate borderline și narcisică.

În general, ICD-10 e mai precaut în circumscriere, e mai explicit în a accepta caracterul provizoriu și aproximativ al cunoștințelor actuale și invită mai mult diagnosticianul la gândire, evaluare și decizie proprie.

4.4. COMORBIDITATEA ÎNTRE ENTITĂȚILE NOSOLOGICE

Atât DSM-IV-TM, cât și ICD-10-F, acceptă că în mod obișnuit se pot identifica două sau mai multe categorii nosologice, așa cum sunt definite ele în sistemele respective la același individ, concomitent sau succesiv. Dacă se definește comorbiditatea simplu (după Wittchen *et al.*, 1996) ca „prezența a mai mult decât o tulburare specifică la o persoană într-o perioadă definită de timp” atunci e vorba în aceste cazuri de tulburări comorbide. Dar, așa cum s-a menționat, nici în DSM-IV nici în ICD-10 tulburarea mintală ca entitate mai amplă, nu e definită într-un sens precis, diferit de episodul psihopatologic. E drept că, în sistemele menționate, categoriile nosologice sunt împărțite oficial în capitole: tulburări anxioase, schizofrene, psihotice, ale dispoziției afective etc. Iar apartenența la un capitol sugerează apartenența la o clasă, astfel încât tulburările din două capitole diferite s-ar putea presupune că fac parte din două clase diferite. Dar în lipsa unei specificări clare în limitele acestor sisteme, nu se poate preciza că de exemplu un atac de panică este mai mult sau mai puțin „comorbid” dacă se întâlnește împreună cu anxietatea generalizată, tulburarea obsesiv-compulsivă, schizofrenia, depresie majoră sau cu un episod maniacal; ținând seama doar de faptul că o parte din aceste tulburări sunt comentate în capitole diferite. Ideea comorbidității este totuși acceptată explicit în psihopatologie, fapt ce trebuie să se reflecte și în formularea diagnosticului.

Există în sistemele menționate unele precizări privitoare la problema: care să fie considerat principalul diagnostic în cadrul formulărilor făcute publice? În DSM-IV-TR se consideră că în cazul internării, principalul diagnostic este acela care a condus la internare; iar în ambulator, acela care constituie rațiunea vizitei și care e responsabil pentru îngrijirile medicale și tratament. Deoarece în acest sistem se practică diagnosticul pe axe, cel de pe axa I e considerat principalul diagnostic în raport cu cel ce se referă la axa II.

ICD-10 recomandă de asemenea să se evalueze un diagnostic ca fiind principal în funcție de scopul pentru care aceasta se stabilește. Dacă e vorba de internare sau prescrierea unui tratament, diagnosticul

principal este cel ce condiționează internarea sau tratamentul. Dacă se evaluează toate tulburările pe care o persoană le-a avut de-a lungul vieții, diagnosticul principal, cel mai important, poate fi altul decât cel ce stă la baza unei evaluări prezente. Când nu se cunoaște scopul, se recomandă ca diagnosticele înregistrate de-a lungul vieții să fie notate în ordine cronologică.

Tema comorbidității ridică multe probleme și a ocazionat diverse dezbateri. Ea are importanță practică pentru a aprecia atitudinea față de starea actuală, pentru evaluarea evoluției și prognosticului, pentru terapie, pentru cercetare. De asemenea, problema comorbidității are importanță teoretică.

Un prim aspect este că, pentru a se considera că e vorba de coocurența a două tulburări, deci pentru a afirma că acestea sunt comorbide, se cere ca ele să fie clar distincte. Acest fapt nu e în mod strict valabil pentru marea majoritate a categoriilor din DSM-IV și ICD-10. Se revine la perspectiva teoretică: cum se definește sau cum se circumscrie o categorie nosologică? Ajunge oare doar decupajul sindromatic semnalat în sistemele menționate? O propunere clasică e cea a lui Kendell (după Tyrer, 2000) de a lua în considerare următoarele aspecte pentru existența unei boli (tulburări) distincte în psihiatrie:

- Identificarea și descrierea unui sindrom psihopatologic caracteristic.
- Demonstrarea limitelor dintre acest sindrom și alte sindroame prin funcții discriminatorii.
- Studii catamnestice care stabilesc un curs și un deznodământ specific.
- Specificitate terapeutică.
- Asocierea cu alte anomalii mai fundamentale, biologice, psihologice, biochimice sau moleculare.

Caracteristicile menționate mai sus au fost încorporate în actuala înțelegere a t.m. ce a fost prezentată în capitolul 1 (1.5) și în actualul capitol 2, atât la nivelul ep.pt. cât și la începutul capitolului 4 (4.1).

Revenind la punctul de vedere a lui Kendell, se constată precauția autorului de a nu invoca etiologia sau etiopatogenia, așa de complexe și discutabile în psihiatrie. De asemenea referirea la un „sindrom psihopatologic caracteristic” poate fi înțeles atât ca episod – de exemplu depresiv- cât și ca tulburare sindromatică recurentă, ca de exemplu cea monopolar depresivă sau bipolară. Această diferențiere e distinctă de cea care se referă la un „curs și un deznodământ specific”, problemă ce se pune pentru toate tulburările mintale, spre exemplu anorexia mintală, tulburarea obsesiv-compulsivă, agorafobia sau schizofrenia.

În perspectiva de mai sus a lui Kendell nu toate categoriile din DSM-IV și ICD-10 au o justificare suficientă pentru a fi considerate entități nosologice independente. Și deci prezența a două dintre ele la aceeași persoană să fie considerată comorbiditate. Dat fiind faptul că cele două sisteme au manifestat tendința, de la o ediție la alta, de a multiplica categoriile nosologice diagnosticabile, unele comorbidități ar putea fi considerate un artefact al criteriilor de diagnosticare distinctivă a două entități care în alte condiții nu sunt diagnosticate separat. Psihiatria tradițională, care nu folosea acest sistem categorial politetic, se referea la entități nosologice mai ample, e adevărat că și mai vag delimitate, cum ar fi „nevroza anxios fobică” sau „nevroza histerică”. În tradiția practică în România a existat o perioadă în care se utiliza oficial diagnosticul de „nevroză obsesiv-fobică”, care reunea un mare număr de tulburări care în prezent sunt descrise în DSM-IV-TM și în ICD-10 ca entități separate.

Pentru a se face puțină ordine în problema comorbidității s-a făcut sugestia de a se face o analiză atentă a coerenței simptomatologice a episodului. Și astfel să se diferențieze între tulburările ce fac parte din aceeași clasă (de exemplu agorafobia și fobia socială) și care sunt numite „homotipice”, și tulburările ce fac parte din clase diferite (de exemplu, mania și patologia obsesiv-compulsivă), care sunt numite „heterotipice”. Problema nu e însă simplă. În cazul unei depresii ce prezintă un delir de vinovăție se vorbește de obicei de gravitatea episodului și nu de o comorbiditate a tulburării depresive cu una delirantă. Dacă e vorba însă de prezența unui delir necongruent, paranoid, atunci s-ar putea vorbi de o comorbiditate heterotipică, paranoia putând fi plasată în altă mare clasă nosologică decât patologia depresivă, mai precis în clasa delirurilor persistente. Totuși în actualele manuale depresia cu delir necongruent e plasată în aceeași categorie cu cea cu delir congruent. Referitor la tulburarea obsesiv-compulsivă se recomandă ca o altă tulburare pe axa I poate fi diagnosticată diferit doar cu condiția ca, dacă această tulburare include simptome de natură obsesională, conținutul obsesiilor și/sau compulsiilor să fie diferit de ceea ce e specific acelei tulburări. De exemplu, ruminările pe teme de vinovăție în prezența unei depresii majore vor fi cotate ca simptome depresive. Sau preocuparea cu alimentația în prezent unei tulburări de comportament alimentar nu va fi considerată ca simptom obsesiv-compulsiv.

În cazul comorbidității între două categorii nosologice distincte, în măsura în care aceasta este identificată și afirmată explicit, se ridică problema relației dintre acestea două, în perspectiva

determinismului. Problema este valabilă pentru întreaga medicină. S-au diferențiat următoarele modele de relații între două tulburări A și B ce sunt ambele prezente la o persoană (Lyons, 1997):

Modelul independenței: nu există relații cauzale sau de risc comun pentru tulburările A și B, care deci apar împreună întâmplător.

Modelul spectrului sau al manifestărilor clinice de grade variate. Se consideră că cele două tulburări sunt strâns corelate în perspectiva etiologiei și mecanismelor de apariție, dar există variabilități clinice în ceea ce privește direcția și modul de manifestare, completitudinea tabloului clinic, severitatea, defectul. Una din tulburări ar fi o manifestare ușoară sau atenuată a celeilalte; exemplu tulburare schizotipală și schizofrenia.

Modelul predispoziție/exacerbare: o tulburare o precede pe cealaltă și crește riscul apariției acesteia.

Modelul complicație/sechelă: cele două tulburări sunt distincte. Cea de a doua se produce din cauza primeia sau în contextul pe care aceasta îl creează; dar ea persistă și apoi ca un fel de „complicație” a primeia.

Modelul patoplastic/exacerbare: deși afecțiunile au etiologii diferite, apariția lor împreună face ca una să influențeze modul de manifestare sau de evoluție a celeilalte; aceasta s-ar datora efectului aditiv patoplastic sau sinergic.

În psihopatologie, la fel ca în restul medicinei există desigur comorbidități reale. Unele sunt mai frecvente, altele mai rare. Comorbiditatea între depresie și anxietate – mai ales anxietatea generalizată – și cea dintre tulburarea obsesiv-compulsivă și depresie sunt frecvente. Cea între obsesionalitate și conversia somatică sau stările disociative de conștiință e rară. În tradiția dihotomiei psihozelor endogene pe care a stabilit-o Kraepelin, s-a considerat multă vreme ca schizofrenia și tulburarea bipolară se află la poli opuși; și deci că, comorbiditatea între aceste tulburări e rară. Apoi s-a acceptat existența unor episoade sau a unei tulburări schizo-afective. Aceasta a fost recunoscută de o parte din psihopatologi ca o entitate separată, astfel încât prezența sa nu a mai fost considerată comorbiditate de către toți. Și totuși, se poate și în prezent ridica problema dacă în unele cazuri nu există comorbiditate între aceste două tulburări de vreme ce în cursul evoluției unei schizofrenii pot apare ep.pt. afective pure. După cum comorbiditatea între tulburarea obsesiv-compulsivă și cea bipolară a atras și ea atenția doar recent, constatându-se chiar că e frecventă (Hantouche, 2006).

În dezbaterile privitoare la comorbiditatea unui aspect aparte îl ridică diferențierea pe care o face DSM-III-IV între diagnosticul pe axa I, care vizează tulburările episodice și cel de pe axa II care vizează stări psihopatologice stabile, în principiu tulburările de personalitate – t.p. Un prim aspect constă în faptul că t.p. sunt comentate și ele categorial în variate tipuri, descrise în principiu ca distincte. Dacă o persoană prezintă trăsături anormale, disfuncționale, din două sau mai multe tipuri, ar fi vorba de o primă comorbiditate. Această situație „comorbidă” e însă foarte frecventă, ea reprezentând de fapt regula. Totuși, principiul tipologic categorial persistă și în domeniul t.p. El e ameliorat de faptul că tipurile sunt grupate în 3 cluster, astfel încât comorbiditatea tipologică se menține deseori în interiorul aceleiași cluster. În ceea ce privește comorbiditatea dintre axele I și II unele situații sunt realmente frecvente. O parte din ele sunt incluse în aria de comprehensiune a teoriei spectrului. De exemplu, comorbiditatea dintre schizofrenie și t.p. schizoidă sau schizotipală, sau cea între anxietatea socială și t.p. evitantă. Alte comorbidități frecvente necesită trimiterea la elaborări teoretice mai ample. Astfel, tulburările depresive și anxioase sunt mai frecvent comorbide cu t.p. din clusterul C, adică t.p. dependentă, evitantă, obsesiv-compulsivă. Această ocurență a fost comentată de Tyrer în conceptul larg nosologic de „cotymie”, ca un fel de zonă a unor tulburări predominant nevrotice (Tyrer, 2002).

Un alt aspect interesant ce apare în comorbiditatea dintre axa I și II este că, domeniile de patologie care în principiu sunt – sau ar fi logic să fie – apropiate, nu apar cu o comorbiditate frecventă. Astfel tulburarea obsesiv-compulsivă – TOC – nu apare mai frecvent statistic, în studiile clinice empirice, la tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă – TPOC. La aceasta se întâlnește însă frecvent depresia, chiar sub forma tulburării monopolar depresive. Faptul ar putea fi interpretat ca orientarea – sau blocarea – unei orientări de manifestare psihopatologică, fie spre direcția structurii personalității fie în direcția manifestărilor episodice. Un alt aspect este acela că tulburarea bipolară – cel puțin în varianta ciclotimiei – poate apare la orice tip de t.p., fapt ce ar sugera că e vorba de o linie psihopatologică relativ independentă.

Comorbiditatea, indiferent cum e concepută sau interpretată, trebuie identificată cu cât mai multă acuratețe. Se consideră că, cu cât e mai mare, cu atât prognosticul e mai rezervat și cazul mai dificil de tratat.

Tema comorbidității apare pregnant în modelul medical al psihopatologiei, care pretinde circumscrierea și identificarea separată a unor entități nosologice, bazate pe liste cumulative de simptome. Ea nu mai este la

fel de acută pentru alte modele cum ar fi cel psihanalitic, sociologic, evoluționist, fenomenologic și chiar developmental. Dar chiar și din punct de vedere al modelului medical comorbiditatea se cere evaluată și înțeleasă pe fundalul terenului și al biografiei, a întregii dimensiuni a persoanei. Aspectul aparent „critic” pe care-l introduce problematica comorbidității psihopatologice tinde în prezent să se integreze în perspectiva mult mai coerentă a „spectrului maladiv”.

4.5. SPECTRELE MALADIVE

În comentarea comorbidității situația extrenă este cea care consideră că ocurența între două categorii este pur întâmplătoare, fără etiopatogenie comună sau alt tip de corelație cauzală. Doctrina spectrului, dimpotrivă, acceptă o etiopatogenie comună pentru mai multe entități nosologice care pot fi diagnosticate distinct și care ar fi diferite prin direcția de penetrație al acesteia și modul sau intensitatea de manifestare. În perspectiva spectrului maladiv e în mod tradițional citată tulburarea schizotipală care ar fi o manifestare mai puțin pronunțată a schizofreniei. Și care se manifestă ca o disstructură a personalității condiționată de determinismul ce conduce la schizofrenie. Când se face trimitere la ideea de spectru se are în vedere de obicei o tulburare ținută bine circumscrisă, în cazul de față schizofrenia. Din spectrul acesteia ar mai face parte t.p. schizoidă și „schizotypia” și schizotaxia normală, concepută de Mehl în sensul unor trăsături speciale de caracter. Această viziune care implică și perspectiva personalității reactivează concepția lui Kretschmer care, în prima jumătate a secolului XX diferenția între schizotimul normal, schizoidul ca personalitate dizarmonică și schizofrenia ca boală, toate corelate cu structura corporală leptosomă.

Kretschmer a comentat la timpul său și o corelație între structura corporală picnică, tipul ciclotim, psihopatul cicloid și psihoza maniaco-depresiv, idee ce este și ea reluată în prezent, fără o trimitere specială la aspectul corporal, în ideea spectrului bipolar. Pentru început trebuie remarcat că în nosologia actuală tema spectrului, deși foarte mult dezbătută, nu are încă coordonate suficient de clare care să o întemeieze. De obicei s-a avut în vedere, așa cum s-a menționat, câte o tulburare precisă și pregnantă care implică într-un fel și personalitatea, fie direct fie indirect, prin defect. Această idee s-a aplicat autismului infantil și TOC. S-a constatat apoi că există cazuri intermediare între o astfel de tulburare și manifestări normale, eventual cu forme care cuprind manifestări subclinice. Viziunea categorială, a tulburărilor discrete, s-a combinat astfel cu cea dimensională. La fel s-au constatat tranziții sau replici în zona t.p. De exemplu în cazul bipolarității există persoane care au oscilații ciclotime de diverse intensități și persoane cu comportament hipertim. În cazul depresiei există distimie și mulți autori acceptă o t.p. depresivă; iar tradiția milenară vorbește de persoane cu temperament melancolic. La fel stau lucrurile în zona patologiei anxioase, mai pregnant în domeniul anxietății sociale, cu replică în t.p. evitantă, cu tranziție spre persoanele normale hiperemotive. Pedopsihiatrii care au descris autismul infantil, în varianta Kanner și Asperger, au constatat că și alte boli pot intra în această clasă. Și apoi, că există forme ușoare ale tulburării Asperger, cu tranziție spre forme de personalitate ce ar putea fi considerate normale dar particulare. În consecință s-a ajuns să se vorbească de un spectru autist.

Este extrem de interesantă evoluția concepției de spectru în domeniul psihozelor, deoarece în ecuație a intrat pe lângă schizofrenie și patologia stărilor dispoziționale, în sens bipolar și monopolar depresiv, precum și patologia halucinator delirantă, mai mult sau mai puțin paranoidă. Aceasta prezintă și ea forme de intensitate subclinică și stări marginale în care se evidențiază „idei supraevaluate”. În prezent există însă o confuzie în lumea psihopatologilor în ceea ce privește conceptul de „psihoză”. De aceea, pe marginea psihozelor problema spectrului deși a intrat pentru moment într-un oareșcare impas, e deosebit de stimulativă pentru o regândire teoretică. Un alt domeniu deosebit de interesant în care tema spectrului s-a afirmat și se articulează cu problematica psihozelor este spectrul patologic obsesiv-compulsiv, care pornește de la patologia TOC.

Ar mai fi de precizat că doctrina spectrului s-a dezvoltat și pe baza studiilor populaționale, mai ales a studierii familiilor celor cu o patologie ținută. Căutând la rudele de gradul întâi nu doar patologia clinică ci toate aspectele pe care le aduce în discuție spectrul maladiv s-au găsit destul de multe argumente pentru ca această idee să fie susținută în continuare.

Rezumând cele menționate până în prezent putem configura un contur general pentru problematica spectrului maladiv, prezentat în figura 12.

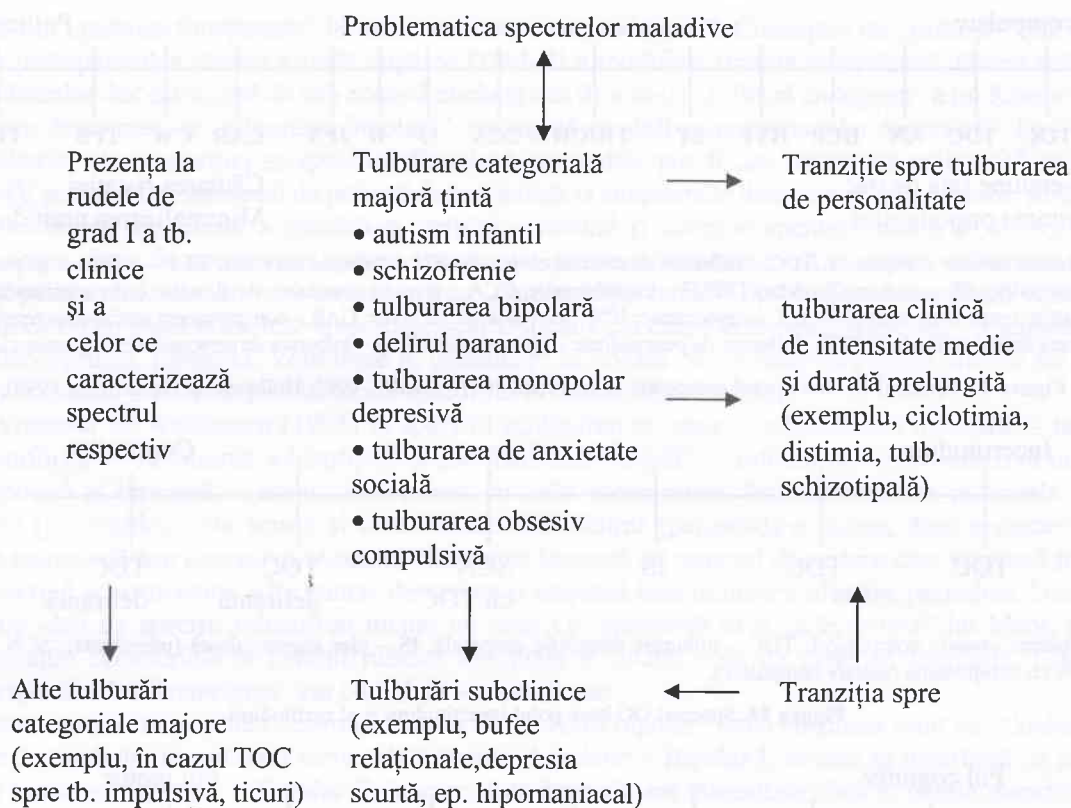


Figura 12. Problematica spectrului maladiv.

De remarcat că ideea de spectru încearcă să combine concepția categorială, pe care o menține, cu o gândire dimensională. Dar orientarea dimensională, a continuumului e concepută ca realizându-se în mai multe direcții. Zonele de patologie avute în vedere de doctrina spectrului sunt mai puține ca numărul entităților maladive din manuale, fapt care apropie această idee de cea a perturbării în psihopatologie a unor structuri fundamentale a psihismului uman.

Un înțeles special al tulburărilor de spectru s-a impus odată cu analizele și studiile lui Hollander și a echipei privitoare la spectrul tulburării obsesiv-compulsive (STOC).

Tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) este inclusă în DSM-IV-TM în clasa tulburărilor anxioase. Conform noii viziuni TOC este considerată ca centrul unui spectru maladiv ce expandează în trei direcții în care simptomatologia nu doar e mai accentuată ci diferă progresiv, intrând treptat în alte clase de patologie, inclusiv neurologice. Cele trei direcții sunt: – între un pol compulsiv și un pol impulsiv; – între un pol al incertitudinii și un pol al certitudinii patologice; – între un pol al obsesionalității și unul al mișcărilor involuntare (fig. 13–17).

Esența acestei înțelegeri a spectrului TOC este ideea de dimensionalitate, de tranziție graduală în cadrul unui continuum de la un pol al tulburării la altul, în direcții diferite de data aceasta. Tulburările incluse în STOC sunt considerate ca fiind „corelate” cu TOC și nu pur și simplu „comorbide”, chiar în cazul în care se întâlnesc împreună. Ceea ce reunește ansamblul acestor tulburări în STOC este, după Hollander (1993), următorul grupaj de aspecte:

Profilul simptomatologic asemănător până la un punct, existând o evidentă zonă de tranziție între simptome.

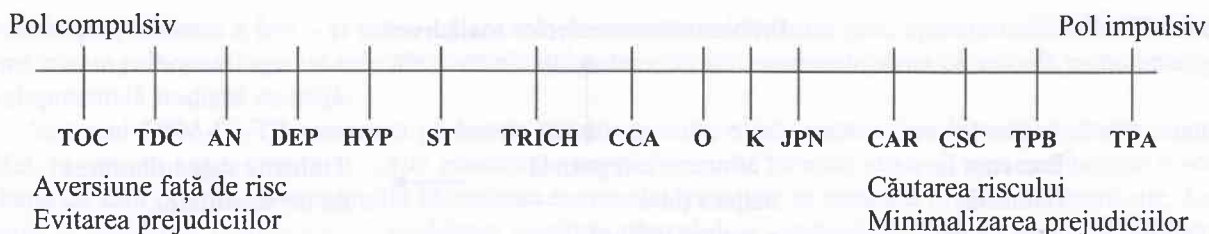
Caracteristici asociate: vârsta debutului, evoluția clinică, istorie familială, comorbidități.

Particularități neurobiologice: evaluate prin teste de provocare farmacologică, studii de imagistică cerebrală.

Răspuns la tratamente farmacologice sau comportamentale selective

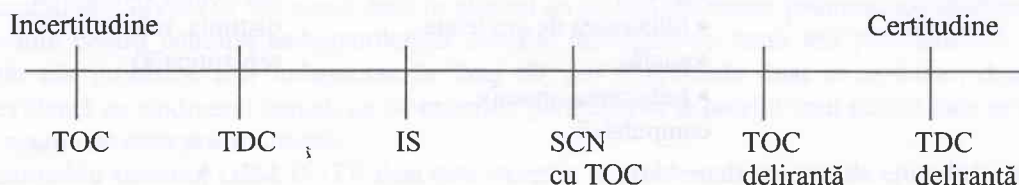
Etiopatogenia configurată ca o vulnerabilitate genetică asemănătoare influențată de factori ambientali.

Aspectele de mai sus nu sunt congruente caracterizării t.m. ce a fost deja făcută (la 1.5, 2.1, 4.1) dar într-o perspectivă specială, care apropie între ele unele categorii de t.m.



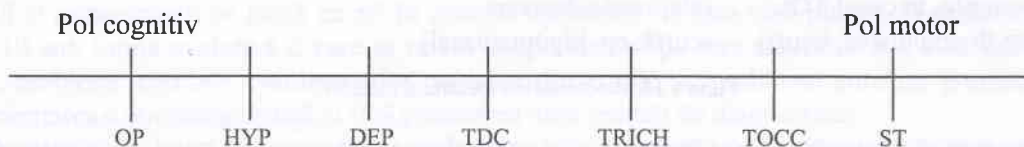
TOC – tulburare obsesiv-compulsivă; TDC – tulburare dismorfică corporală; AN – anorexie nervoasă; DEP – tulburare de personalizare; HYP – hipocondrie; ST – sindrom Tourette; TRICH – tricotilomanie; CCA – consum compulsiv de alimente (accese/episoade bulimice); O – oniomanie(cumpărături compulsive); K – cleptomanie; JPN – joc patologic de noroc, CAR – comportament autoagresiv repetitiv; CSC – comportament sexual compulsiv; TPB – tulburare de personalitate – tip borderline; TPA – tulburare de personalitate – tip antisocial.

Figura 13. Spectrul OC între polul compulsiv și cel impulsiv (Hollander, 1993; Hollander și Benzaquen, 1996).



TOC – tulburare obsesiv compulsivă; TDC – tulburare dismorfic corporală; IS – idee supraevaluată (prevalentă); SCN cu TOC – schizofrenie cu componentă obsesiv compulsivă.

Figura 14. Spectrul OC între polul incertitudinii și al certitudinii.



OP – obsesionalitate pură; HYP – hipocondrie; DEP – tulburare de depersonalizare; TDC – tulburare dismorfică corporală; TRICH – tricotilomanie; TOCC – tulburare obsesiv-compulsivă a copilului; ST – sindrom Tourette.

Figura 15. Spectrul OC între polul obsesiv și cel motor.

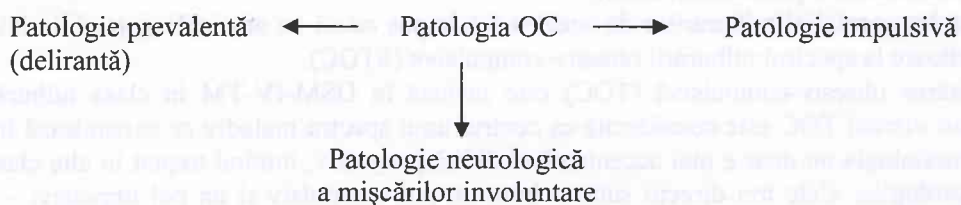


Figura 16. Spectrul OC.

Cele trei direcții ale STOC analizate de Hollander se adaugă tradiționalei corelații cu patologia anxioasă, care e evidentă în multe cazuri și stă la baza terapiei comportamental cognitiv. Aceasta ar fi o a patra dimensiune a acestui spectru. Problema devine și mai complexă dacă se ține seama de apropierea și corelațiile ce există între unele tulburări impulsive și addictivitate, fapt mult comentat mai ales în cazul jocului de noroc patologic. Faptul ar sugera o intersecție între STOC și domeniul (sau spectrul?) tulburărilor addictive, fapt ce a fost în atenția experților care s-au pronunțat prin Consensul de la Cap Town (2006) (Zohar, 2007). O altă corelație ce e discutată e între STOC și cel autist. Apare deci complexa problemă a relațiilor sau a comorbidității nu doar între entitățile nosologice categoriale ci și între aceste ipotetice „spectre maladive psihopatologice”. Această direcție de gândire a psihopatologiei clinice va trebui să se clarifice în următorii ani.

O abordare complexă și multidirecționată a sistematizărilor nosologice, care invocă spectrul maladiv și tinde spre o viziune în rețea, se desfășoară în prezent în domeniul patologiei „psihotice”, mai ales în zona

tradiționalelor „psihoze funcționale” în trecut etichetate ca „endogene”. Conceptul de „psihoză” este destul de confuz în psihopatologia clinică actuală după ce DSM-III a modificat tradiția kraepeliană, lăsând schizofrenia în aria psihozelor dar extrăgând de sub această etichetă cea de a doua „psihoză endogenă” a lui Kraepelin care a primit acum denumirea de „tulburarea bipolară”, conjugată cu „tulburare monopolar depresivă”. La fiecare din aceste tulburări ale dispoziției se specifică faptul că episoadele pot fi „cu simptome psihotice” sau fără. În DSM-III-IV și ICD-10-F termenul de psihoză face referință la simptomele delirante și halucinatorii, admitându-se și dezorganizarea accentuată a gândirii și vorbirii, eventual și comportamentul cataton și dezorganizat. În aceste condiții ideea de spectru s-a aplicat totuși, atât pentru schizofrenie cât și pentru tulburarea bipolară. Precum și pentru alte tulburări care au legătură cu „patologia psihotică”. Problema a devenit mai complicată și prin faptul că nu au putut fi excluse episoadele schizo-afective și cele afectiv-maniacale sau de depresie majoră cu delir necongruent, paranoid. Vom trece în continuare în revistă câteva luări de poziție oficială ale autorilor de vârf în domeniu, privitor la problematica spectrului în domeniul psihozelor.

În viziunea lui Andreasen (1995) în spectrul schizofren ar intra: – schizofrenia nucleară; – tulburările schizofreniforme; – tulburarea schizotipală și „schizofrenia simplă”; – tulburarea schizo-afectivă în varianta sa monopolară și bipolară; – mania și depresia cu delir incongruent. Nu sunt incluse psihozele delirante persistente (paranoide), cele scurte și cele induse. Dar delirul (paranoid) e inclus, dacă e comorbid cu o tulburare maniacală sau depresivă. Această viziune se bazează pe punctul de vedere care atașează tulburarea schizo-afectivă schizofreniei. Alte puncte de vedere o atașează însă tulburării afective periodice. Dezvoltările recente ale ideii de spectru schizofren includ nu doar t.p. schizoidă ci și „schizotipia” lui Mehl, urmărind particularitățile caracteriale la nivelul rudelor apropiate și ținând cont de genetica familială. Este reluată astfel perspectiva lui Kretschmer, așa cum deja s-a menționat.

Într-un mod similar a fost dezvoltată ideea de „spectru bipolar” temă susținută mult de Akiskal (2002). Acesta ar cuprinde în primul rând variantele tulburării bipolare: – Bipolar I, în care se manifestă cu intensitate clinică și mania și depresia; – Bipolar II, în care doar depresia are intensitate clinică, mania manifestându-se subclinic, ca hipomanie sau în cadrul ciclotimiei; – Bipolar III în care apar ep.pt. clinice depresive dar fără stări hipomaniacale, existând însă un temperament hipertim. În perspectiva spectrului bipolar s-a dezvoltat mult studierea temperamentelor, care joacă în prezent un rol important în caracterizarea tulburării și a spectrului. Și de asemenea, evaluarea micilor ep.pt. hipomaniacale ce apar în finalul unei depresii, uneori induse de antidepresive sau de alte substanțe. Problema spectrului bipolar se complică prin faptul că acesta se mărginește la un pol cu tulburarea monopolar depresivă. Care deci, poate fi inclusă și ea la capătul spectrului, așa cum în cele trei direcții ale spectrului TOC se ajungea treptat la alt tip de tulburare, cu un alt specific (neurologică, impulsivă, delirantă). Și încă, la un alt capăt, tulburarea bipolară întâlnește ep.pt. schizo-afectiv. Akiskal îl introduce și pe acesta în spectrul bipolar, mai ales că s-au adunat argumente solide în direcția faptului că o parte a patologiei schizo-afective poate evolua bipolar iar alta monopolar depresiv (Marneros, 1995). Astfel, „tulburarea” schizo-afectivă se vede plasată atât în spectrul schizofren cât și în cel bipolar.

Abordarea psihozelor funcționale din perspectiva ideii de spectru conduce spre o primă zonă de intersecție la nivelul episoadelor sau tulburării schizo-afective. De aceea s-a ridicat problema suprapunerii sau intersecției spectrului schizofren și spectrului afectiv (Marneros, 2007). Această perspectivă pe care o susține pe lângă autorii menționați Marneros, Tsuang și alții, dezvoltă ideea „continuumului psihotic” al psihozelor funcționale (Marneros, 1995) patologia schizo-afectivă fiind considerată ca o punte de legătură între cele două spectre. Mai mult însă, Marneros susține ideea că și psihozele scurte și tranzitorii ar constitui și ele o astfel de punte, la alt nivel.

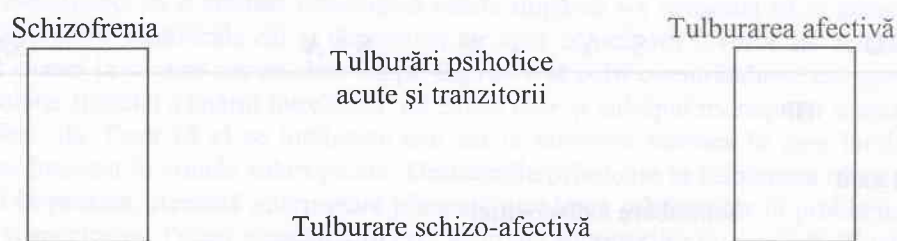


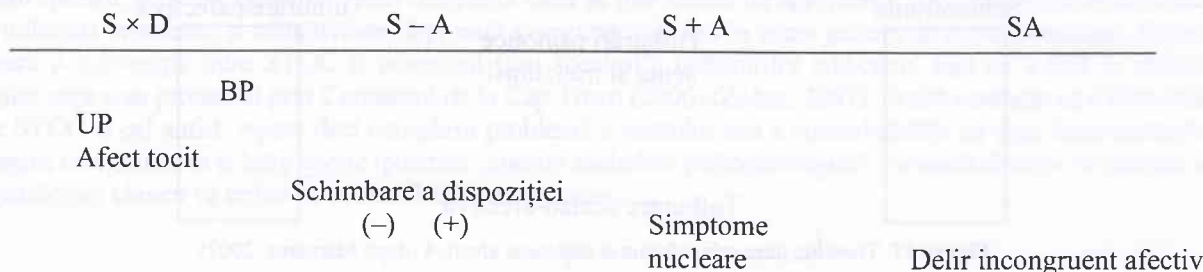
Figura 17. Tranziția între schizofrenie și patologia afectivă (după Marneros, 2007).

E de remarcat și subliniat faptul că în cadrul acestei sinteze, patologia psihotică centrată de delir nu are un loc al ei, fiind absorbită de schizofrenie; și, acceptată la tulburările afective doar ca direcție sau tendință de apropiere de schizofrenie. Fapt ce ignoră tradiția psihopatologiei clinice.

Patologia centrată de delir și halucinații a fost și este considerată ca un aspect nuclear al „psihozei”. Iar ideea dimensionalității și a spectrului se întinde și în acest domeniu. Privitor la delir, Jaspers făcea o distincție între „ideea prevalentă” care ar ține de o „dezvoltare anormală”, mai ales la nivelul personalităților dizarmonice și delirul propriu zis care se instalează printr-un „proces psihopatologic” ce produce o ruptură în continuitatea personalității. Încă din prima jumătate a secolului XX Kretschmer pleda pentru ideea de continuum. În ultimele decenii tema a fost reluată acordându-se atenție „ideeții supraevaluate” și gradelor diverse de ideeție delirantă, ambele putând fi evaluate cantitativ prin diverse scale (Weziroglu, 1999; Eisen, 1998). Chiar preocupările față de spectrul TOC au atras atenția asupra gradației convingerilor anormale ce evoluează în direcția delirurilor cu tematică corporală: hipocondriacă, de infestare, dismorfofobică. De asemenea și preocupările din anorexia mintală au fost analizate prin această gradație ce începe cu preocupări obsesive egodistone, trece prin ideeție supraevaluată, pentru a ajunge la convingeri delirante ferme. Cu această ocazie s-a reanalizat faptul că o astfel de gradație se întâlnește și în tematica senzitiv-relațională și chiar paranoidă, la cei cu anumite t.p. De altfel în DSM-IV-TR se menționează în criteriile sale de diagnostic „scurte trăiri psihotice delirante” cu durată de minute sau ore ce pot apărea reactiv la diverse tipuri de t.p. Actualul interes pentru primul episod de psihoză a relevat faptul că acesta – mai ales în cazul schizofreniei – e precedat de un prodrom cu simptome delirante și halucinatorii intermitente ce se poate întinde pe luni de zile. Și care se poate remite fără, a ajunge la psihoza clinică. În sfârșit studiile populaționale au arătat că în populația normală un procent de până 3% „aud voci” fără a ajunge psihotici clinici (Allardyce, 2008). Multe date sunt congruente cu ideea că poate fi studiat un „spectru al tulburărilor delirant halucinatorii” distinct de cel al schizofreniei. Patologia afectivă cu delir necongruent ar ține atunci de intersecția cu acest spectru și nu doar cu cel al unei schizofrenii circumscrise vag, generic. De altfel, chiar în direcția schizofreniei grupe importante de cercetători actuali urmăresc ideea centrală a lui Bleuler, care considera că fenomenele delirant halucinatorii sunt secundare în această boală pe prim plan plasându-se dezorganizarea psihismului. În plus, t.p. paranoidă se apropie mai mult de ideea unui spectru delirant (paranoid) decât de unul schizofren centrat pe dezorganizarea psihică, de care mai apropiată ar fi t.p. schizoidă. Acest ansamblu problematic nu este însă în prezent comentat în prim plan, datorită unui dezinteres temporar față de problematica delirului, absorbită de un concept vag al schizofreniei (Lăzărescu, 2009).

*
**

Domeniul psihozelor funcționale ce se întinde între schizofrenia lui Bleuler, psihoza maniaco-depresivă a lui Kraepelin și psihozele delirante centrate de paranoidie – la care se adaugă bufeele psihotice scurte – au diverși poli și multiple zone de tranziție. Acest fapt a fost conceptualizat tradițional prin ideea de „psihoză unică” – „Einheitspsychose” (Mundt, 1992). Într-un fel această idee este reactualizată prin programele de cercetare a multor grupe de studiu care aduc în discuție un „continuum psihotic” în zona psihozelor funcționale (Marneros, 1995). Abordările sunt făcute atât din perspectiva clinicii psihiatrice cât și în cea a psihopatologiei evoluționiste. Astfel de exemplu, Crow (1995) și alți cercetători susțin în ultimele decenii ideea că „psihoza funcțională”, este un cost plătit de om pentru evoluția diferențiată a psihismului său, ce utilizează limbajul articulat și are o uriașă dezvoltare a „creierului social”. Într-o astfel de viziune evoluționistă tranziția dintre diverse forme de psihoză este desigur acceptată. Crow imaginează o lungă scală a continuum-ului psihotic.



UP – tulburare unipolară; BP – tulburare bipolară; SA – tulburare schizo-afectivă și tulburare afectivă cu delir incongruent; S + D – prezența afectului trăit și a stării defective.

Figura 18. Continuumul psihotic după Crow.

Concepția lui Crow și a celor preocupați de continuumul psihotic nu poate fi rezumată ușor. E de subliniat că ea se corelează cu amplele dezbateri actuale ale nosologiei psihopatologice privitoare la spectrul maladiv și universul tradițional al psihozelor endogene. Acestea însă își păstrează specificitatea, chiar în lipsa unui concept clar pentru termenul psihoză, a confuziei introdusă de scoaterea tulburării bipolare din aria psihozelor și a dezinteresului actual pentru patologia delirant halucinatorie.

* *

Ideea de spectru maladiv, mai ales aplicată patologiei psihotice, la prima vedere încurcă lucrurile creind confuzie în gândirea clinică. Aceasta cu atât mai mult cu cât „tulburările psihotice” nu se manifestă doar în zona tradiționalelor psihoze funcționale – *recte* „endogene”. Astfel, într-o sinteză recentă (Fujii și Ahmed, 2007) intitulată chiar „Spectrul tulburărilor psihotice” se atrage atenția că acestea se întâlnesc în multe suferințe organice cerebrale, în contextul consumului de substanțe psihoactive, în condiții de deprivare senzorială precum și psihoreactiv. Concluzia autorilor este că ar putea fi vorba de un mod de reactivitate cerebrală, poate în sensul perturbării unui „modul psihocerebral”. Oricum, ar fi vorba de perturbarea unui mod de funcționare cerebrală care se bazează pe anumite zone integrative și care în mod normal are o funcționalitate adaptativă specifică.

O astfel de abordare a problemei ar putea fi extinsă și asupra altor spectre maladive. De fapt, pentru „spectrul autist” studiile de corelare cu disfuncția anumitor zone cerebrale este destul de avansată. La fel pentru spectrul TOC. Iar studiile în această direcție probabil vor progresa. Ideea de bază este că nosologia psihopatologică actuală chiar dacă rămâne la varianta categorial sindromatică pe care a dezvoltat-o sistemul DSM-III-IV, nu-și poate refuza o gândire mai sintetică și integratoare așa cum o sugerează ideea spectrelor maladive. Care, de altfel, se articulează cu cea a „modulelor” psihocerebrale și a modulelor psihice antropologice adaptative, pe care o dezvoltă actuala psihopatologie de orientare evoluționistă, developmentală, cognitivistă și neofemenologică.

4.6. SUBTIPURILE TULBURĂRILOR MINTALE

O altă direcție în care se dezvoltă psihopatologia clinică este cea a subtipurilor. Criteriile de diagnostic din sistemele oficiale asigură doar un cadru general de decupare. Descrierile din manuale sunt mai detaliate. De fapt și în DSM-IV-TR prezentarea criteriilor e precedată de o caracterizare de ansamblu substanțială, clinică, a respectivei categorii. Aceste descrieri clinice, în măsura în care încearcă să reunească cât mai multe din caracteristicile cazurilor cunoscute, tind însă spre generalitate sau spre dispersie. De aceea a apărut util să se caute identificarea unor subtipuri, care au o suficientă coerență și se întâlnesc destul de stabil.

În medicină pentru toate bolile se comentează și „forma clinică”. La fel, în psihiatrie, se precizează că schizofrenia se poate întâlni sub forma clinică paranoidă, dezorganizantă și catatonă, unii acceptând și forma „simplă”. Dar cazul schizofreniei este unul aparte deoarece această boală – „demența precoce” a lui Kraepelin, de la început a fost comentată ca o unitate nosologică prin reunirea unor entități ce au fost descrise separat; și căroră doar ulterior li s-au găsit niște caracteristici comune. La fel, psihoza maniaco-depresivă a fost identificată ca o entitate nosologică aparte după ce s-a constatat că la aceeași persoană pot apărea succesiv atât ep.pt. maniacale cât și depresive; iar apoi combinații diverse ale acestora. Ulterior s-a constatat că sunt cazuri la care se repetă doar ep.pt. depresiv al bolii conturându-se categoria nosologică a depresiei monopolare. Imediat a apărut întrebarea: nu există oare și subtipurile monopolare maniacale? Raspunsul lui Leonhard a fost: da. Doar că el se întâlnește mai rar în emisfera nordică în care luminozitatea e mai redusă și ar fi mai frecvent în zonele subtropicale. Dezbaterile privitoare la tulburarea monopolar maniacală nu au încetat nici în prezent. Această interpretare plasează problema subtipurilor în problematica mai amplă a continuumului și spectrului. Totuși atenția ce se cere acordată subtipurilor nu poate fi diluată printr-o astfel de plasare.

În cadrul patologiei în care predomină depresia s-au diferențiat mai multe tipuri de ep.pt. depresive, indiferent de intensitatea acestuia. Acesta poate să se manifeste: inhibat, anxios, iritabil, cu multiple fenomene de somatizare, cu astenie, cu depersonalizare, agitat, cu simptomatologie mixtă cu cea a ep.pt. maniacal în diverse variante, cu delir congruent sau incongruent, cu inhibiție stuporoasă. Dincolo de

tipologia unui episod anume se ridică apoi problema dacă toate ep.pt. la un caz sunt de același tip, sau această tipologie variază în timp, sugerând factori variați de influențare a manifestării ei. În primul caz se ridică problema în ce măsură tipologia unor ep.pt.e dependentă de teren în sens larg, de temperament sau de structura personalității. Un ep.pt. depresiv se poate manifesta diferit, conform ideii comorbide de patoplastie, dacă apare la un temperament hipertim, iritabil sau la o t.p. histrionică, anankastă sau paranoidă. Dar el se poate manifesta diferit și în funcție de vârsta la care apare, de sex, de statutul social și educație, de formarea culturală spirituală a omului, de capacitatea sa de autocontrol, de cultura în care trăiește. Multe ep.pt. depresive pot apărea mascate de o simptomatologie somatică. În spatele unor episoade depresive pot sta manifestări care tradițional erau considerate histerice, prin care subiectul încearcă să atragă atenția altora și să stârnească compasiunea. Cu toată această varietate, psihopatologia clinică reține câteva subtipuri de episoade depresive standard: inhibat, iritabil, anxios, cu hipersomnie și hiperfagie, acestea având probabil la bază o perturbare neurofiziologică specifică, și/sau, o combinație dintre anumiți moduli psihici adaptativi, fixați prin selecție evolutivă naturală.

În toate domeniile psihopatologiei clinice se pot întâlni subtipuri, mai ales ca aspect clinic al ep.pt.; care de obicei se repetă în același fel cu ocazia fiecărei recurențe. Aceste manifestări particulare pot fi condiționate până la un punct de particularitățile personalității. În cazul unei t.p. histrionice, atacurile de panică vor avea o altă desfășurare decât în cazul unei t.p. schizoide.

Există și domenii ale psihopatologiei clinice în care precizarea subtipurilor clinice s-a făcut în urma unor studii sistematice. Astfel, în ultimul deceniu analizele cazuistice detaliate efectuate multicentru, pe o cazuistică impresionantă ce a fost urmărită longitudinal folosindu-se analiza factorială a condus la concluzia existenței a patru subtipuri de manifestare a TOC:

- obsesii agresive, sexuale și religioase urmate de compulsii de verificare; în unele studii cele sexuale și religioase sunt grupate separat;
- obsesia de simetrie, exactitate, ordine și compulsia de aranjare;
- obsesia de contaminare și compulsia de curățenie/spălare;
- obsesii și compulsii de colecționare.

Subtipurile diferențiate prin studii inductive în cazul TOC se referă la caracteristicile semiologice a unor episoade, care se manifesta similar longitudinal și predominant la un același pacient. Ideea că însăși o tulburare mintală bine definită poate fi abordată în perspectiva tipurilor sau subtipurilor s-a impus exemplar în cazul tulburării bipolare (TAB). Tradițional au fost luate în considerare cazurile clasice care prezintă atât episoade depresive cât și maniacale ce necesită internarea. După ce în jurul anilor '60 a fost diferențiată ramura monopolar depresivă a tulburărilor afective periodice s-a ridicat problema dacă toate cazurile ce se internează doar pentru depresie sunt monopolar depresive. Destul de repede s-a constatat că un este așa, deoarece aceste cazuri pot prezenta episoade hipomaniacale pentru care nu se internează, o ciclotimie ce precede internarea depresivă și îi poate urma. Cercetările familiale au arătat și ele importanța prezenței la rudele de gradul întâi a tulburării bipolare pentru a muta balanța dinspre monopolarul depresiv spre bipolar. A apărut astfel noțiunea de Bipolar II, care în raport cu clasicul Bipolar I nu prezintă internări pentru manie, dar are stări hipomaniacale. Cercetările tot mai atente au evidențiat stări hipomaniacale sau potențial maniacal la multe cazuri care clinic se manifestă doar depresiv. Între acestea se plasează și temperamentul hipertim, stările mixte și episoadele hipomaniacale induse de substanțe sau suferințe organice. Varianta cea mai detaliată a subtipurilor tulburărilor bipolare a oferit-o Akiskal (1983, 2002, 2007) într-o perspectivă a spectrului bipolar. Dar subtipologia bipolarității e comentabilă și distinctă de cea a spectrului, acesta din urmă implicând și problematica patologiei familiale și cea a tranziției spre delir și schizofrenie (sau altă patologie psihiatrică). Ultima schemă a subtipurilor de TAB propuse de Akiskal e următoarea:

- O – Schizofrenia;
- BP 1/2 – Schizobipolar;
- BP I – Mania;
- BP I 1/2 – Hipomania extinsă;
- BP II – Hipomania spontană;
- BP II 1/2 – Depresia ciclotimică;
- BP III – Hipomania asociată cu antidepresivele;
- BP III 1/2 – Mutație dispozițională după abuz de substanțe;
- BP IV – Depresia hipertimică;

BP V – Depresia unipolară cu stări mixte;

BP VI – Instabilitatea dispozițională în debutul demenței.

Akiskal a extins progresiv, de-a lungul anilor, ideea unei subtipologii a TAB de la inițiala dichotomie între Bipolar I și Bipolar II la multiple eventualități cazuistice, care toate presupun cel puțin un potențial bipolar. Atât problemele empirice cât și teoretice rămân deschise. Se cere însă înregistrat faptul că psihopatologia clinică actuală e tot mai atentă la problematica subtipurilor inclusiv în perspectiva diacronă a tulburării mintale.

Psihopatologia clinică recurge atât la observarea cazuisticii, la analiza datelor culese cu rigoare și metode verificabile de diverși cercetători cât și la analize conceptuale, în efortul său de a progresa în adecvarea modelului teoretic pe care-l constituie orice sistem nosologico-nosografic, față de realitatea nemijlocită a oamenilor suferinzi și marcați de deficitul bolii psihice. În acest demers un rol fundamental continuă să-l joace analiza de caz. Descrierea detaliată și pregnantă a unor cazuri tipice rămâne, de pe vremea lui Jaspers, o metodă esențială pentru luminarea problemelor în aria psihopatologiei clinice. Pornindu-se de la acestea se pot stabili liste de simptome, criterii, instrumente standardizate etc. Subtipurile pot fi și ele bine exemplificate prin prezentarea sau descrierea de cazuri, cazuri reale sau cazuri robot, didactice. În domeniul tulburărilor de personalitate această metodă este mult utilizată sub forma de cazuri standard. Între altele este deja clasică subtipologia pe care o dezvoltă Millon, într-o carte ce a rămas o lucrare de referință.

Descrierea, analiza, prezentarea și publicarea de cazuri constituie un demers științific fundamental în psihopatologia clinică. Atât marile doctrine cât și marile sistematizări sunt până la un punct nivelatoare și inhibitoare față de cercetarea vie, ingenioasă și deschisă spre adevăr a realității omului suferind mintal. Multe din cazurile descrise în literatura de specialitate rămân adevărate și interesante, chiar dacă nu sunt cuprinse – sau sunt acceptate doar marginal – în actualele sistematizări. Psihozele cicloide de ex., în descrierile și comentariile lui Leonhard, Brockington și Perris, etalează o simptomatologie care, chiar dacă e rară, nu ar trebui ignorată de psihopatologia actuală. Nu trebuie uitat că eforturile de standardizare ale psihopatologiei clinice actuale au fost făcute în primul rând pentru a se ameliora comunicarea între specialiști. Ea este desigur utilă în ceea ce privește aspectele financiare ale sănătății mintale. În ceea ce privește cercetarea științifică, omogenizarea pe care această standardizare o induce este însă doar parțial benefică. Raționalitatea științifică trebuie să facă în continuare eforturi pentru a putea integra în studiu și cazurile mai vechi, bine descrise care nu se mai integrează bine în noile criterii. Dar mai ales, cazurile actuale, cazurile noi, așa cum se prezintă ele realmente, cu toate subtipurile lor, în întreaga lor comorbiditate și cu integrarea lor în clase și spectre nosologice ample, care uneori se întretaș și se suprapun una peste alta ridicând probleme teoretice, conceptuale psihopatologilor. Această perspectivă de abordare ar presupune un sistem de ordonare și studiere a t.m., mai flexibil și deschis, care să îl dubleze pe cel oficial, simplu și rigid, necesar desigur pentru statistică și pentru politicienii sănătății mintale, ca un referențial general.

4.7. NOSOLOGIA PSIHIATRICĂ ȘI PSIHOPATOLOGIA DIN COMUNITATE

Psihopatologia clinică tradițională s-a constituit pe baza cazuisticii internate în spitale, care a permis în cursul secolelor XIX și XX descrierea unor „sindroame clinic semnificative”. Acestea au stat la baza circumscrierii și sistematizării bolilor, a observării modurilor evolutive și a rezultatelor încercărilor terapeutice. În cursul secolului XX s-a acordat însă, treptat, o atenție crescândă cazuisticii semiambulatorii și ambulatorii și s-a dezvoltat psihiatria comunitară.

Sistemul DSM-III-IV pretinde, pentru definirea și diagnosticarea unei tulburări psihice, ca aceasta să se bazeze pe o disfuncție prezentă în sistemul mintal al individului, excluzându-se pe de o parte cazurile subclinice, pe de altă parte cazurile ce reprezintă în primă instanță „probleme ale vieții” persoanei sau o simplă „marginalitate socială”. Această opțiune are avantaje și dezavantaje. Avantajele constau în faptul că se evită etichetarea excesivă cu consecințe sociale nefavorabile, mai ales în urma stigmatizării. Dezavantajul constă în aceea că nu se ajunge la un diagnostic precoce, în fazele incipiente, prodromale, sau că nu se acordă suficientă atenție vulnerabilității, fapt cu consecințe terapeutice și evolutive nefavorabile.

Ideea că există un continuum între normalitatea psihică și stările psihopatologice este veche. Și ea a persistat constant de-a lungul istoriei. Psihopatologia clinică ce s-a născut în secolul XX a susținut-o în

permanență. Problema a fost – și este – că secvențele acestei tranziții sunt greu operaționalizabile. Granițele dintre zonele psihopatologiei și cele ale normalității psihice nu sunt tranșante, ceea ce actuala psihopatologie dezvoltamentală studiază cu grijă.

Sistemul DSM-IV-TR sesizează problema acestor granițe, motiv pentru care introduce câteva nuanțe. Astfel, în ultimul capitol intitulat: „*Alte condiții ce pot fi în centrul atenției clinice*” sunt menționate o serie de teme ce sunt propuse pentru studiu în vederea eventualei includeri în sistemul oficial de diagnostic. Sunt notate: – probleme relaționale; – probleme corelate abuzului și neglijenței față de copil; – probleme academice, ocupaționale, de identitate, religioase și spirituale; – probleme corelate aculturației și ciclurilor vieții, doliul etc. Aceste „probleme” deși în prezent nu sunt oficial diagnosticabile, necesită atenție și sprijin, eventual intervenții psihoterapeutice.

Privitor la rolul pe care-l joacă eventual evenimentele de viață stresante sau problemele psihosociale în condiționarea stărilor psihopatologice, fapt important pentru toate „problemele” menționate mai sus, diagnosticianul este invitat să discearnă dacă în ultimul an au fost probleme psihosociale sau ambientale care sunt relevante pentru condiția psihopatologică actuală, indicându-se nouă arii problematice. Dacă există evenimente sau probleme mai îndepărtate în timp ele pot fi invocate doar excepțional, doar dacă au o legătură evidentă cu sindromul actual, ca de exemplu participarea la ororile unui război care se corelează cu o actuală reacție de stres posttraumatic.

În ansamblu sistemul DSM-IV-TR deși este receptiv la problemele marginale episodului sau tulburării de intensitate clinică, se manifestă precaut, cu o grijă deosebită pentru a nu se realiza abuzuri prin etichetarea diagnostică.

ICD-10 prezintă o abordare mai nuanțată a „problemelor de viață” în perspectiva biografică. Ele sunt introduse nu ca diagnosticul unor stări psihopatologice ci ca posibili factori vulnerabilizatori, ca și factori ambientali și psiho-sociali ce joacă un rol în apariția afecțiunii. Aceștia sunt plasați, în diagnosticul pe axe, pe o axă III sub forma evolutivă Z care se referă la „probleme” pe care subiectul le-a avut sau le are ca de exemplu: probleme corelate evenimentelor negative din copilărie, probleme corelate grupului de suport social. Orientarea e etiopatogenetică și fără precizarea unor entități de diagnosticat.

Psihopatologia clinică se ancorează în psihiatria clinică, cea care își are tradiția în necesitatea internării suferindului mental în spital. Dar teritoriul ei este și în zona psihiatriei comunitare, deci a suferindului ambulator. În aceste arii, manualele de diagnostic sunt mai puțin operante. Apropiindu-se de zona suferinței umane firești, manualele oficiale de diagnostic rămân la distanță, ca un far orientativ.

CAPITOLUL 5

DIAGNOSTICUL ȘI EVALUAREA ÎN PSIHOPATOLOGIE

5.1. DIAGNOSTICUL ȘI EVALUAREA CA PROBLEMĂ GENERAL UMANĂ

Diagnosticul este un aspect esențial al procesului uman de cunoaștere. Ceva ce se cere cunoscut este investigat, pe baza fundalului prealabil de cunoștințe și al unei metodologii, este identificat, evaluat, caracterizat și asertat, astfel încât să devină o realitate publică semnificantă, semnificativă și utilă, „ceva” ce poate fi accesibil și de folos celorlalți. Adică investigatorilor, precum și altor oameni care pot interveni în cazul dat, în perspectivă practică.

Diagnosticul se practică în variate domenii ale practicilor și cunoașterii umane. Un analist politic este chemat să facă diagnosticul unei stări de criză, un critic literar să evalueze romanele bune apărute într-un an, un anticar prețul unor obiecte rare, un detectiv să identifice criminalul. Caracteriologul face diagnosticul firii unui om iar medicul diagnostichează boli.

Diagnosticul și evaluarea sunt componente ale vieții curente, de zi cu zi. Oamenii se diagnostichează și se evoluează unii pe alții ca deștepți sau proști, impulsivi, furioși, demni de încredere etc. Și la fel, în mod curent persoanele diagnostichează pe cei cu care intră în contact dacă sunt veseli sau triști, obosiți sau curioși, dacă au anumite intenții de moment, în general sau în raport cu sine, dacă se apropie cu intenții prietenoase sau dușmănoase.

Procesul de diagnostic pe care îl efectuează un psiholog bine instruit se dagajează ca o figură pe acest fundal, atât atunci când evaluează capacități, funcții, abilități cât și când configurează structura caracterială, sau identifică stări psihopatologice prin interviu, observare și probe proiective.

Diagnosticarea unor boli pe care o face medicul se detașează pe fondul general al proceselor de diagnostic menționate. Desigur, el face apel la fondul de cunoștințe a vremii sale, la sistemul nosologico-nosografic cunoscut și acceptat, folosește tehnici și instrumente variate în consultarea pacientului. După ce ajunge la o concluzie își formulează diagnosticul care e baza proiectelor terapeutice și a raportărilor oficiale.

Diagnosticul și evaluarea din psihopatologia clinică se derulează similar. Se are în vedere s.n.n. cunoscut și acceptat, circumscrierea t.m., criteriile de diagnostic. Toate asimilate de diagnostician, integrate în experiența sa de psihopatolog și în cunoașterea sa de ansamblu a lumii. Cazul ce se prezintă pentru diagnostic e o persoană umană ce prezintă o t.m. Obiectivul diagnosticului este identificarea tulburării psihice și/sau a problemelor conexe, pe fundalul de ansamblu a personalității și existenței pacientului. Se folosesc tehnici de interviu și observare, diverse probe mai mult sau mai puțin standardizate. Psihopatologia clinică ce s-a dezvoltat în spiritul DSM-III presupune cât mai multă rigoare, exactitate și evaluarea cantitativă în procesul de diagnosticare psihopatologică.

5.2. DIAGNOSTICUL EPISODULUI PSIHOPATOLOGIC ȘI A TULBURĂRII PSIHICE ÎN ACTUALA LOR FORMULARE NEOKRAEPELIANĂ

În primă instanță se are în vedere diagnosticarea unui episod psihopatologic. Acesta e identificat pe baza simptomatologiei, ca un „sindrom semnificativ clinic”, menționat și descris într-un sistem nosologico-nosografic acceptat de comunitatea științifică profesională. Diagnosticarea o face un specialist în raport cu cazul unei persoane care îi este adresată printr-o anumită preselectie. De exemplu, prin prezentare la un cabinet de consultații, internarea într-un spital sau trecută prin alt filtru. Evaluarea sa diagnostică de către specialist e un proces intuitiv și intelectual global, situațional și practic, care beneficiază în prezent de tehnici standardizate și cuantificate care i-au crescut validitatea și reproductibilitatea.

Diagnosticul ep.pt. presupune deci în primul rând identificarea unui „sindrom semnificativ clinic”. Sindromul psihopatologic constă dintr-un ansamblu coerent și semnificant de simptome. Simptomele

psihopatologice constau din trăiri subiective, expresii, comportamente și modificări resimțite sau constatate ale performanțelor, foarte rar însoțite de tulburări ale parametrilor biologici corporali. Simptomele sunt explicit și univoc definite în manuale (de exemplu, SCAN-OMS). DSM-IV-TR constă în mare parte, din circumscrierea unor sindroame ca cel depresiv, maniacal etc., fiind, pe această bază un instrument de diagnostic. Diagnosticianul obține pe diverse căi date privitoare la semiologia psihopatologică: observând pacientul, discutând cu el și cu cei ce trăiesc în apropierea sa, supunându-l unor probe și efectuând analize. El se comportă deci, în principiu, ca orice medic. Aspectul specific diagnosticului psihiatric îl reprezintă ponderea importantă a simptomelor ce constau din trăiri subiective și comportamente aberante pe care pacientul le relatează direct diagnosticianului care interoghează sau îi sunt aduse la cunoștința acestuia de cei ce știu despre ele. Dincolo de chestionare directe, de răspunsuri mai mult sau mai puțin eliptice la întrebări, un rol important îl joacă relatarea subiectului investigat, povestirea sa autobiografică, expusă coerent sau fragmentar. Obținerea informațiilor despre trăirile subiective ale pacientului este deseori dificilă, subiectul necomunicând spontan trăirile sale și răspunzând incomplet sau neadecvat la anumite întrebări. Această particularitate a condus la dezvoltarea „interviurilor structurate” și semistrustrate. Unele din sistemele de diagnostic, ca de exemplu SCAN și CIDI – ambele instrumente oficiale ale OMS – publică și un manual de definiții explicite asupra simptomelor în raport cu care se pune întrebarea. Investigatorul diagnostician pune o întrebare bine precizată, pentru a afla dacă o trăire subiectivă, cu valoare de simptom, este prezentă. Iată un exemplu dintr-un interviu structurat, promovat de OMS, CIDI, din capitolul dedicat depresiei – E22:

„Au existat vreodată două săptămâni sau mai mult timp în care aproape în fiecare zi să te fi simțit: 1. fără valoare; 2. lipsit de sens, «vinovat»?”

Răspunsul e prin NU sau DA. Dacă răspunsul e DA, se adaugă întrebarea: „A existat un motiv particular (rațional) pentru care te-ai simțit astfel?”

Urmează alte două întrebări precise care se referă (E23) la sentimentul de inferioritate: (dacă te-ai simțit inferior altora) și E24: privitor la lipsa încrederii în sine.

Într-un alt instrument internațional, utilizat pentru diagnostice, în raport cu DSM-IV – SCID-I, într-una din variante există întrebarea A13:

„În perioada (în care v-ați simțit trist) cum v-ați simțit în raport cu Dumneavoastră înșivă? (fără valoare? Aproape în fiecare zi?) Se poate adăuga întrebarea: „Eventual, v-ați simțit vinovat în raport cu ceea ce a-ți făcut sau nu a-ți făcut?”. Se răspunde prin DA sau NU.

În modalități mai nuanțate – ca de exemplu în SCAN – atunci când se aplică interviuri semistrustrate, se pot pune mai multe întrebări conjugate, sugerate în manual, dar și elaborate de cel ce conduce interviul, astfel încât el să ajungă la certitudinea prezenței respectivului simptom (a respectivei trăiri subiective) anormale la pacient. De exemplu, în SCAN, tot la capitolul depresie există un set de întrebări privitoare la pierderea stimei de sine:

„Care este părerea Dumneavoastră, despre Dumneavoastră, în comparație cu alți oameni? Vi se pare că vă simțiți mai puțin capabil decât ceilalți? În ce fel? Vă simțiți inferior sau chiar fără valoare? Este acest sentiment nou sau v-ați simțit întodeauna la fel?”

Întrebările sunt ordonate în conformitate cu o listă de simptome succesive a căror prezență sau absență se cere clarificată. În unele sisteme de diagnostic ca, de exemplu în AMDP, se propune doar o astfel de listă (cecklist), urmând ca investigatorul să clarifice, prin toate mijloacele de care dispune, prezența sau absența respectivelor simptome dintre care unele sunt și expresive sau comportamentale. Sau există doar sugestii privitoare la întrebările de pus. Ordinea de listare a simptome ce se cere clarificată, se bazează pe o anumită logică, care are în vedere, conturarea succesivă a principalelor sindroame sau configurații sindromatice. De câte ori se cere evaluarea prezenței unui sindrom printr-o modalitate standardizată, se solicită și evaluarea intensității acestuia. Prin evaluarea repetată a configurației semiologice se poate stabili și care simptome diminuează, persistă sau se agravează.

Un aspect particular îl constituie faptul că în perspectivă diagnosticului psihopatologic contactul psihic cu pacientul se stabilește greu iar expresivitatea și comunicarea sa prin limbaj sunt perturbate de procesul maladiv. Așa se petrec lucrurile în depresie, autism, schizofrenie (prin dezorganizarea ideo-verbală), delirium, demențe. Faptul se cere consemnat și poate constitui, prin el însuși o informație pentru diagnostic. În sistemul OMS – SCAN, ce se bazează pe un interviu semistrustrat, există o scală de evaluare specială (a IV-a) care încearcă să evidențieze acest aspect. Astfel, sistemul de diagnostic SCAN-Interviu, partea a doua, cea care se ocupă de tulburările psihotice și demențe, începe cu un capitol (15) ce evaluează tulburările de vorbire (deci a comunicării informative) la examinare. Sunt notate următoarele eventualități:

- 15.1. Abilitatea săracă de vorbire datorită inteligenței limitate;
- 15.2. Vorbire incoerentă din orice cauză;
- 15.3. Tulburare de dezvoltare a vorbirii ce face parte din sindromul autismului infantil;
- 15.4. Alte tulburări de vorbire de exemplu, disfazia;
- 15.5. Sărăcia de conținut sau vorbire redusă;
- 15.6. Tulburări ale stării de conștiință;
- 15.7. Înțelegerea slabă și/sau folosire deficitară a limbii, dacă nu este limba maternă;
- 15.8. Alte cauze pentru deficiențe de vorbire.

Tulburările de vorbire fac uneori dificilă evaluarea de ansamblu a simptomatologiei, mai ales dacă informațiile sunt luate doar de la pacient. Același rol perturbator îl pot prezenta diverse simptome psihotice. De aceea, în SCAN se propune, la începutul părții a doua o scală de evaluare care să țină seama și de dinamica apariției acestor tulburări.

Această scală are în vedere următoarele situații:

- Simptomele privitoare la deficiență în comunicarea semnificativă nu au apărut în timpul perioadei studiate;
- Simptomele au apărut dar au fost nesemnificative și tranzitorii;
- Simptomele au apărut în ocazii multiple și cu diverse durate de timp;
- Simptomele au fost prezente mai mult sau mai puțin continuu în cursul perioadei;
- Dificultăți de vorbire, notate la secțiunea 15, fac răspunsurile dificil de interpretat;
- Notarea este nesigură, referitor la prezența fenomenelor chiar după o examinare detaliată;
- Notarea nu se poate face datorită examinării incomplete, de exemplu din cauza refuzului pacientului de a colabora.

Identificarea prezenței unor simptome conduce în cele din urmă la un diagnostic de ep.pt., structurat printr-un sindrom clinic semnificativ. Pentru diagnosticul de ep.pt. se folosește în prezent sistemul politetic al criteriilor necesare și suficiente. Sunt menționate pentru includere o serie de criterii obligatorii și un număr de criterii facultative; precum și criterii de excludere. Atât DSM-III-IV cât și ICD-10 acceptă acest model. De exemplu, pentru diagnosticul de episod de depresie majoră sunt enumerate în DSM-IV-TR, 9 criterii (simptome) de includere, fiind considerate necesare minimum 5, primele 2 fiind obligatorii; iar celelalte, prezente prin cumul.

Acest sistem are avantaje și dezavantaje. El permite o anumită rigoare în identificarea unui cadru nosologic categorial. Dar pe de altă parte, conduce și la gruparea unor cazuri neomogene din punct de vedere semiologic, o parte din ele având dintr-un număr total de simptome enumerate doar pe unele, și o altă parte, pe altele. Totuși, prin prezența unor sisteme de diagnostic categoriale ce prezintă un minim de criterii de diagnostic necesare și prin dezvoltarea interviurilor structurate și semistrustrate, s-a realizat un pas în plus în ceea ce privește rigoarea diagnostică și intercomunicabilitatea dintre diagnosticieni.

Această modalitate de diagnostic, standardizată și „tehnică”, ignoră evident rolul intuiției și comprehensiunii în acest complex demers care este diagnosticarea drept caz psihiatric a unei persoane umane conștiente. Dar procedeul propus în urmă cu 40 de ani a constituit și rămâne un risc asumat care are avantajele și dezavantajele sale. Luând în considerare ansamblul bolilor psihice – deci întreg s.n.n. al psihiatriei – OMS recomandă pentru diagnosticarea bolilor psihice la adulți, instrumentul CIDI – care se bazează pe un interviu structurat – și SCAN – ce se bazează pe un interviu semistruurat. Pentru un diagnostic în conformitate cu DSM-IV, s-a elaborat instrumentul SCID.

Pentru evaluarea intensității tulburărilor psihice identificate la un moment dat și pentru urmărirea evoluției în timp a stărilor psihopatologice s-au dezvoltat „scale de evaluare”. O bună parte din acestea se referă tocmai la simptomatologia episodului psihopatologic. Pentru exemplificare putem trimite la celebrele scale Hamilton, Beck, Zung și MADRAS care au în vedere evaluarea depresiei. Aceste scale psihopatologice presupun existența în prealabil a unui diagnostic categorial care, acum, este evaluat cantitativ și în perspectivă dinamică. Fiecare item (simptom) este cotate (în urma chestionării, și/sau observației) cu o notă. Se face suma notelor obținute pentru a se obține o cifră globală. Cu ocazia repetării evaluării la intervale regulate de timp se poate constata dacă nota globală se modifică în minus; ceea ce ar însemna ameliorarea intensității simptomatologiei și un rezultat terapeutic pozitiv.

Pentru scalele de depresie Hamilton și MADRAS s-au elaborat și chestionare ce se pot aplica în combinație cu observarea pacientului. În schimb, scala Beck este una de autoevaluare.

Scalele de evaluare au în vedere și comorbiditatea. De exemplu, scala Hamilton poate înregistra simptome de anxietate, obsesionalitate, depersonalizare, ideile relaționale.

În realitatea clinică, tabloul semiologic al episoadelor nu este pur, dacă ne referim la tabloul semiologic prin care au fost prezentate simptomele standard. Frecvent, există combinații, mixtări, comorbidități, fapt ce a fost deja comentat. Depresia, este unul din sindroamele cele mai răspândite care se poate mixta cu multe alte sindroame. Acest fapt a ridicat probleme cercetătorilor, care au construit instrumente pentru studiul depresiei. De exemplu, instrumentul SADD, utilizat de OMS în cercetarea multicentru, pe care a întreprins-o asupra depresiei, a folosit 39 itemi, mulți fiind introduși pentru a depista comorbiditatea.

Majoritatea scalelor de evaluare psihopatologică presupun identificarea și evaluarea cantitativă a unei patologii categoriale deja identificate ca: depresia, anxietatea, fobia, obsesia și compulsivitatea, mania, schizofrenia pozitivă și/sau negativă etc., extinse în zona de comorbiditate cea mai frecventă. Există și scale de evaluare psihopatologică și chestionare cu orientare mai generală, care nu pleacă de la centrarea pe un sindrom ci au de la început în vedere mai multe arii sindromatice tinzând să ofere o imagine psihopatologică de ansamblu. Așa este: SCL-90, CRPS, Montgomery-Asberg, MMPI. Inventarul Psihopatologic Minnesota se plasează și el la acest nivel, fiind mai complex ca elaborare și neevidențind decât indirect intensitatea sindroamelor. Aceste instrumente sunt aplicate pentru a evidenția domeniile principale de patologie psihică pe care un subiect le trăiește, dincolo de limita considerată normală. În general, între scalele de evaluare țintite pe un sindrom anume (de exemplu, depresia sau fobia socială), și interviurile psihopatologice generale (structurate, semistructurate sau bazate doar pe respectarea evidențierii unor checklist-uri simptomatice) există un continuum și interferențe. Ceea ce este comun e faptul ce pe această cale se introduce o anumită ordine și cuantificare în diagnosticul psihiatric. Care, prin repetarea aplicării, permite evaluarea dinamică, în timp, a evoluției tulburării.

Un ep.pt. nu se reduce la simptomatologia unui „sindrom clinic semnificativ”. El are, pe lângă durată și intensitate și o etiopatogenie și se dezvoltă pe un anumit teren. Sistemul DSM-III-IV încearcă să surprindă câteva aspecte importante ale acestei probleme prin diagnosticul pe axe. Sunt propuse 5 axe:

Axa I se referă la episodul actual psihopatologic. El poate fi mai mult sau mai puțin conform cu sindroamele standard descrise. Diagnosticianul urmează să opteze pentru una din categoriile definite în manual cu specificările de rigoare. De exemplu Episod depresiv major (inhibat, anxios), cu sau fără simptome psihotice. Pot exista două sau mai multe diagnostice, fapt ce ridică problema comorbidității. Se recomandă ca în prim plan să fie acel diagnostic care a determinat consultul, internarea sau care servește direct motivul diagnosticării.

Axa II se referă la o tulburare psihică constantă. În obiectiv a fost deficiența mintală, tulburările pervasive de dezvoltare și tulburarea de personalitate.

Axa III se referă la comorbiditatea somatică. Relația acesteia cu tulburarea psihică poate fi variată și se cere comentată. Suferința somatică poate fi primară iar tulburarea psihică evident secundară. Dar, o tulburare somatică poate fi consecința celei psihice, ca de exemplu o automutilare la o personalitate borderline. Sunt și tulburări somatice ce fac parte din tabloul semiologic al sindromului psihopatologic ca de exemplu, tahicardia în anxietate sau constipația în depresie.

Axa IV se referă la problemele psiho-sociale și ambientale ce pot afecta diagnosticul, tratamentul și prognosticul tulburării mintale. Acestea pot fi evenimente de viață negative, stresante, solicitante, dificultăți ambientale, conflicte intrafamiliale sau interpersonale, insuficiența suportului social și a resurselor sau alte probleme corelate cu contextul. Direcțiile menționate în DSM-IV se referă la: grupul de suport primar, ambianța socială, domeniul educațional și ocupațional, locuire, probleme economice, probleme privind accesul la serviciile de îngrijire a sănătății. Conform principiului de a fi cât mai neutru din punct de vedere al etiologiei, sistemul DSM-IV cere doar identificarea acestor probleme în ultimul an, interpretarea rolului lor etiopatogenic fiind o problemă separată. Totuși câteva categorii nosologice fac trimitere la stresori psihosociali așa cum e: Reacția acută la stres sau Reacția de dezadaptare.

Axa V se referă la nivelul de funcționare socială, la disabilități și performanțe în manifestarea rolurilor sociale, temă ce va fi dezvoltată în continuare.

Culegerea și sintetizarea datelor ce stau la baza unui diagnostic psihiatric – eventual sistematizat pe axe ca în DSM-IV – constituia ea însăși o problemă, așa cum s-a menționat. În cazul internării se elaborează un document medical, o Fișă sau o Foaie de Observație a cazului. S-au făcut eforturi să se standardizeze cât mai mult și un astfel de document ajungându-se astfel la sistemul AMDP. Acesta reprezintă un sistem semistandardizat de culegere și înregistrare a informațiilor privitoare la un pacient psihic și constă din din 5 fișe care se referă la:

1. informații biografice generale; 2. antecedente; 3. evenimente și schimbări de viață importante în cursul biografiei; 4. simptome psihopatologice; 5. tulburări somatice corelate psihopatologiei (somm, apetit etc.). Sistemul pretinde trecerea în revistă a tuturor itemilor pentru a evita ignorarea unor informații.

Fișa anamnestică 1 are 21 poziții care se referă la: modul de internare, starea civilă, număr de copii, fratrie, vârsta la prima căsătorie, limba maternă, persoane ce trăiesc în aceeași gospodărie și asigură venitul, școlaritate și formare profesională, situație profesională, locuință, religie etc. Modul de completare constă din sublinierea eventualității ce privește cazul, dintr-o listă. De exemplu:

STARE CIVILĂ		
1. celibatar	3. văduv	5. divorțat
2. căsătorit	4. separat	6. fără răspuns
1. concubinaj	2. fără concubinaj	3. fără răspuns

Fișa 2 se referă la evenimentele patogene sau condiții ce au favorizat episodul actual: probleme afective și sexuale, probleme în cadrul cuplului și familiei, probleme financiare, în domeniu profesional, al studiului, relații cu justiția, migrația, solitudinea, existența unei boli în familie etc.

Fișa 3 evidențiază evenimentele sau schimbările de viață mai mult sau mai puțin firești care apar în cursul biografiei, cu menționarea pe orizontală a intervalului de vârstă când acestea s-au produs. Se notează astfel: moartea tatălui și a mamei, separarea părinților, plasamentul familial, căsătoria și divorțul pacientului, moartea partenerului, o nouă legătură, nașterea unui copil, schimbarea serviciului etc. Desigur, unele dintre acestea nu privesc persoana în cauză dar completarea fișei permite o imagine sinoptică a biografiei sale.

Fișa 4 se referă și la antecedentele patologice menționând și afecțiuni organice cerebrale, afecțiuni psihiatrice, tentative suicidare etc.

Fișa 5 conține o scală cu 100 simptome a căror prezență se cere cotate cu 5 variante între 0 = absent, 4 = foarte puternic, 5 = fără opinie. Simptomele sunt grupe în clase semiologice în următoarea manieră: Tulburări de conștiință: 1. scăderea vigilenței, 2. disoluția câmpului de conștiință; 3. îngustarea câmpului de conștiință; 4. extinderea câmpului de conștiință.

Simptomele sunt grupate în sindroame semnificative pentru episoade psihopatologice.

Deși standardizarea din AMDP pare greoaie, ea poate fi aplicată destul de ușor după un exercițiu adecvat putând fi utilizată în cercetare. Și în prezent școala din München prezintă studii privitoare la psihoze efectuate cu acest sistem.

**

Un pacient poate prezenta mai mult decât un ep.pt. De fapt o înțelegere consistentă a tulburării mintale ar trebui să nu se reducă la un unic episod, fapt ce a fost comentat. Pentru evaluarea unui caz e important deci să se evidențieze toate acestea, direcție în care OMS s-a arătat mult mai interesat decât DSM-III-IV. Pe lângă precizările de rigoare din SCAN, OMS-ul a publicat la un moment dat o scală specială centrată pe această problemă, sistemul PHSD (*Past History and Sociodemographic Description Schedule*). Se înregistrează fiecare episod și fiecare interval. Episodul este considerat ca având în spate minim 30 zile de absență a oricărui simptom (psihotic). Pentru fiecare ep.pt. se estimează: – data aproximativă a debutului; – data contactului cu un serviciu psihiatric (sau echivalent); – ritmul debutului (acut 1-7 zile; subacut 1 săptămână – 1 lună; insidios peste 1 lună); – dacă s-au petrecut e.v. înainte de debut, independente de boală și nefiind o consecință evolutivă a acesteia (se prezintă ca eventualități); – internările în spital cu durata lor; – tratamente urmate. Acest sistem nu își propune o corelare directă cu principalele evenimente ale ciclurilor vieții. El a fost relativ puțin utilizat, ca atare, în cercetare. Totuși, ideea e importantă pentru a suplini neglijența manualelor de diagnostic – și în primul rând a sistemului DSM-III-IV în ceea ce privește circumscrierea longitudinală a tulburării mintale, prin succesiunea mai multor ep.pt. de același fel sau din aceeași clasă.

**

La capătul acestui comentariu privitor la diagnosticul standardizat și quantificat se cere menționat că procesul de diagnostic este unul sintetic, care presupune și intuiția, utilizarea experienței personale,

colaborarea dintre mai mulți specialiști și o gândire concluzivă comprehensivă și responsabilă. El se petrece între persoane umane. Ceea ce caracterizează procesul de diagnostic din psihopatologia clinică actuală este nu doar parțiala sa standardizare și cuantificare – care crește reproductibilitatea sa – ci și faptul că se desfășoară deseori în echipă, chiar dacă în final o anumită persoană trage ultima concluzie și își asumă responsabilitatea cazului.

Diagnosticul unui episod sau a unei tulburări poate fi considerat ca posibil, probabil, cert. Apoi, diagnosticianul poate ajunge la concluzia că tulburarea se manifestă în cazul de față în mod tipic sau atipic. Siguranța și tipicitatea unei tulburări identificate la un pacient, se poate referi la aceasta în ansamblu, sau la unele aspecte, ca etiopatogenia, modelul evolutiv, răspunsul terapeutic.

Pe lângă distincția episod – tulburare, în cursul procesului de diagnosticare se mai fac și alte distincții precum:

– Diagnostic unic sau diagnostic multiplu. Ultimul se referă la prezența unor comorbidități, adică la existența la aceeași persoană a două sau mai multe entități malade considerate ca distincte.

– Distincția primar/secundar. Se consideră că o tulburare este secundară alteleia dacă aceasta o precede și există argumente că se datorează într-o măsură prezenței primeia. Problema se pune deseori în cazul apariției depresiei după o perioadă îndelungată de evoluție a altei tulburări, de exemplu agorafobia. Ea nu se pune însă dacă depresia apare după episoade maniacale; în acest caz se consideră că e un aspect firesc și natural al derulării unei tulburări bipolare. De asemenea, în cazul dependenței etanolice deseori e dificil de clarificat dacă depresia o precede pe aceasta sau îi este secundară.

Diagnosticul psihopatologic se formulează într-un anumit limbaj. La un prim nivel avem „diagnosticul etichetă”, care utilizează termenii dintr-un SNN ca ICD-10 sau DSM-IV-TR și beneficiază de un indice de identificare. Diagnosticul poate fi prezentat sau redactat însă și mai detaliat, de exemplu cu comentarea relației dintre tulburări în cazul comorbidității, a relației între axele din DSM-IV, a interpretării terenului și factorilor etiopatogenetici. Pot fi comentate aspectele idiosincrazice și particularitățile cazului respectiv, ținându-se cont și de caracteristicile specifice ale persoanei. În această direcție se dezvoltă mișcarea actuală a „diagnosticului centrat pe persoană”.

5.3. EVALUAREA ȘI DIAGNOSTICUL TULBURĂRII DE PERSONALITATE

Diagnosticul t.p. este dificil. El necesită mult timp pentru că se cere evaluată întreaga biografie a persoanei, din multe puncte de vedere și din diverse surse. Noțiunea de „diagnostic” se aplică acum într-un sens special, larg, fără a fi intru totul similară cu diagnosticul bolilor din medicină, inclusiv din cea psihiatrică. Evaluarea se apropie de cea a caracterizării tipologice; și în final, de cea a caracterizării de ansamblu a unei persoane.

Un ghid pentru evaluarea și diagnostic t.p. pot fi criteriile generale și tipologice categoriale din DSM-IV, considerate împreună. În orice caz, nu se poate pune un diagnostic de categorie a t.p. fără să se presupună explicit prezența criteriilor generale de circumscriere a t.p. Și, eventual, precizarea intensității perturbării, care poate fi medie, gravă, foarte gravă. Se pot identifica desigur și „trăsături accentuate ale personalității”, care creează unele probleme mai ales în mediu familial și a celor apropiați, caz în care nu avem însă un diagnostic oficial de t.m.

Dacă ne referim strict la evaluarea psihică a persoanei, încă Allport menționa trei seturi de date utile:

- Autodescriere și chestionare (Q – data);
- Observația comportamentului (B – data);
- Teste psihologice (T – data).

Această împărțire simplifică deja, în mare măsură, viziunea largă asupra personalității pe care o invocă Jaspers la începutul secolului XX. Autorul german sugera obținerea unor date multiple, în care se includ: mărturiile ale diverselor persoane, documente precum scrisori, note autobiografice, produse culturale (cărți), neignorând stilul (de exemplu, grafologic), aspectul persoanei și al ambianței sale fizice imediate (îmbrăcăminte, podoabe), și, desigur, autodescrierea și auto-calificarea persoanei în cadrul unor relații directe. Toate datele se reunesc în perspectiva biografiei, care include structura psihică a persoanei, diapazonul său de trăiri, paleta de manifestări și relații interpersonale pe care o realizează performanțele

funcționării sale în roluri sociale. Dar și cunoștințele sale, cultura, felul în care își reprezintă lumea, convingerile și credințele sale, concepția sa despre lume. Viziunea lui Jaspers era una fenomenologică, ce tindea spre ideografic și descriere de cazuri exemplare. Comentariul lui Allport este mai restrâns la aria de specialitate a psihologului.

O persoană poate fi circumscrisă și „diagnosticată” cu atât mai ușor cu cât e mai bine cunoscută. De aceea, pe lângă chestionarea directă a persoanei sunt utile informații obținute de la terțe persoane. Uneori, poți caracteriza și evalua o persoană doar din relatările unui relativ sau a mai multor persoane ce îl cunosc.

E practică frecvent administrarea unui interviu de autoevaluare. Aceasta e o metodă rapidă, economică și orientativă. Dar, opinia despre sine a persoanei ce completează chestionarul poate fi deformată, prin starea de moment, importanța acordată acestuia, eventual tulburări psihopatologice pe axa I, de exemplu depresie sau schizofrenie. Însăși prezența unei t.p. poate deforma auto-evaluarea, de exemplu la un histrionic, narcisic, dependent, schizoid. Ea mai poate fi modificată de nesinceritatea voită a subiectului, fapt ce e valabil și în cazul unei chestionări directe. Chestionarele pentru evaluarea t.p. pot fi structurate sau semi-structurate. Acestea conțin de obicei la început și întrebări deschise, în care subiectul este invitat să se autodescrie, indicându-i-se ariile și perioadele de viață la care să se refere în mod special, dar avându-se în vedere întreaga biografie. Interesează mai ales faptul dacă ciclurile vieții au decurs sau nu natural: formarea în familie, învățământul, profesia, întemeierea și menținerea unei familii proprii, ciclul locativ. Apoi, dacă au existat evenimente de viață multiple, schimbări de viață, conflicte cu autoritățile, cu poliția, detenții ș.a.m.d.

Întrebările directe se referă la relațiile interpersonal-sociale, comportamentul în diverse situații, în roluri sociale, reactivitatea la situații deosebite etc. Se urmărește evidențierea unor trăsături anormale constante ale persoanei, care ridică probleme de adaptare. Pe lângă întrebările principale se pun și întrebări secundare, de detaliere sau întrebări complementare, indirecte. Joacă un rol important experiența examinatorului cu persoanele cu t.p., atât în administrarea chestionarelor în general cât și în administrarea unui anumit chestionar. În relația directă cu examinatorul, acesta poate urmări expresivitatea generală a pacientului, limbajul, atitudinea interpersonală față de interlocutor. Același chestionar aplicat la unele intervale de timp poate da rezultate mai mult sau mai puțin diferite, dependente de situația de ansamblu în care se află subiectul precum și de rezultatele schimbării produse pe parcurs.

De regulă, în evaluarea t.p. e important să se obțină informații și de la terțe persoane. De obicei se chestionează un relativ apropiat, care îl cunoaște de mai mult timp (unii autori menționează cel puțin cinci ani de cunoaștere a persoanei). Se aplică aceleași întrebări sau cel puțin întrebări privitoare la aceleași domenii. Informațiile obținute de la o altă persoană pot fi congruente cu cele ale subiectului. Sau, pot fi parțial diferite, fapt ce depinde de: relația în care află informantul cu subiectul, starea de moment a relației, perspectiva din care îl cunoaște, intenția pe care o are în furnizarea informației („interesele în joc”). De obicei sunt de preferat persoane apropiate ce doresc să-l sprijine cu obiectivitate.

Pe lângă chestionarea unor informații apropiați de subiect mai sunt utile date oficiale despre el din partea unor instituții ca școala, locul de muncă, parteneri de afaceri și hobby, armată, vecini poliție. Cercetarea de teren pe care o face un asistent social obținând informații din diverse surse este totdeauna utilă.

Se mai pot utiliza și chestionare țintite, de exemplu privitor la impulsivitate, dependență etc. Se pot utiliza și teste proiective, dar rezultatul acestora nu este standardizat.

Evaluarea și diagnosticul t.p. este parțial un construct. De fapt, însăși criteriile de evaluare ce ghidează diagnosticul, interviul, structurat sau semi-structurat, toate sunt parțial constructe elaborate de autori, care încearcă să ghideze obținerea de date astfel încât între diverși examinatori să existe un acord de evaluare.

Chestionarele de evaluare a t.p. dau rezultate care se pot raporta la un sistem categorial sau se mențin la un rezultat dimensional. Chestionarele sunt elaborate și în funcție de orientarea teoretică a autorilor lor, de felul în care concep t.p. de accentul pe care îl pun pe temperament sau pe caracter, pe comportamentul disocial adaptativ, pe patologie, anormalitate și normalitate. Nu există și nu poate fi conceput un chestionar exhaustiv, complet și infailibil. Aplicarea oricărui chestionar oferă rezultate proprii, care aproximează într-un fel anume realitatea. De obicei, reapplicarea aceluiași chestionar aceluiași pacient de către aceeași persoană la un interval de timp dă rezultate asemănătoare. Eforturile se depun ca, chestionarele să fie astfel concepute încât investigatori diferiți aplicându-l aceleiași persoane la intervale medii de timp să dea rezultate cât mai apropiate.

În domeniul t.p. alternativa se abordare dimensională față de cea categorială s-a dezvoltat mai mult decât în restul psihopatologiei clinice. În perspectiva diagnosticului o problemă dificilă e reprezentată de multitudinea sistemelor dimensionale elaborate și utilizate, așa cum deja s-a menționat în capitolul 3. În plus, sistemele dimensionale se articulează cu problematica caracteriologică a psihologiei persoanei care are și ea multe doctrine și sisteme de evaluare. În ultimii ani există eforturi substanțiale pentru a se realiza sinteze acceptabile de cât mai mulți, în această direcție. O încercare de menționat e cea a echipei lui Krueger care încearcă să articuleze diagnosticele de pe Axa I și Axa II, formulate în sisteme categoriale și dimensionale, ultimele bazându-se pe cele două concepții funcționale în prezent: – etichetări cu instrumente de caracteriologie generală; – etichetări cu instrumente dimensionale specifice caracteriologiei psihopatologice.

Tabelul 4

Instrumente multiscală pentru evaluarea personalității și a tulburărilor de personalitate

Interviuri	Autoevaluări
Evaluări bazate pe diagnostic	
<i>Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV; Zanarini et al., 1996)</i> <i>International Personality Disorder Examination (PDE; Loranger, 1995, 1999)</i> <i>Personality Disorder Interview – /K (PDI-IV; Widiger et al., 1995)</i> <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorder (SCID-II; First et al., 1997)</i> <i>Structured Interview for DSM Personality – IV (SIDP-IV; Pfohl et al., 1997)</i>	<i>Coolidge Axis II Inventory (CATI; Coolidge & Merwin, 1992)</i> <i>Milieu Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III; Million et al., 1994)</i> <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory Personality Disorder Scales (MMPI-PD; Morcy et al., 1985)</i> <i>Personality Disorder Questionnaire –IV (PDQ-IV; Hylcr (1994)</i> <i>Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP; Clark, 1993)</i> <i>Wisconsin Personality Inventory (WISPI; Klein et al., 1993)</i> <i>Personality Assessment Inventory (PAI; Morey, 1991)</i>
Evaluări bazate pe „trăsături”	
<i>Diagnostic Interview for Borderline Patients (DIB; Gunderson et al., 1981)</i> <i>Diagnostic Interview for Borderline Patients – Revised (DIB-R; Zanarini et al., 1989)</i> <i>Diagnostic Interview for Narcissism (DIN; Gunderson et al., 1990)</i> <i>Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R; Hare, 1991)</i> <i>Personality Assessment Schedule (PAS; Tyrer, 1988)</i> <i>Structured Interview for the Five-Factor Model (SIFFM; Trull & Widiger, 1994)</i>	<i>Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire (DAPP-BQ; Livesley & Jackson, in press)</i> <i>Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP; Clark, 1993)</i> <i>Inventory of Interpersonal Problems – Personality Disorder scales (IIP-PD; Pilkonis et al., 1996)</i> <i>NEO Personality Inventory – Revised (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992)</i> <i>Extended Interpersonal Adjective Scales (IASR-B5; Trapnell & Wiggins, 1990)</i> <i>Personality Adjective Check List (PACL; Strack, 1987)</i> <i>Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ; Cloninger et al., 1991, 1993)</i> <i>Temperament-Character Inventory (TCI; Cloninger et al., 1994)</i> <i>Structural Analysis of Social Behavior Intrex Questionnaire (SASB-IQ; Benjamin, 1996a)</i>

O problemă controversată a diagnosticului psihopatologic este faptul că sistemul internațional al OMS, ICD-10, nu folosește o axă separată pentru diagnosticarea t.p. Și în cadrul dezbaterilor privitoare a DSM-V revine insistent propunerea ca t.p. să rămână un diagnostic pe axa I, pe axa II plasându-se tipologia sau caracteristicile dimensionale de caracterizare. Problema e că nu a existat un consens privitor la care caracteristici să fie selecționate din multitudinea celor propuse. Sintezele recente făcute de specialiști sugerează concentrarea asupra a patru parametri: 1. extroversie/introversie; 2. impulsivitate/constrângere; 3. instabilitate emoțională; 4. antagonism/dependență. Existența a doar patru mari coloane dimensionale pare să fie o concluzie generală a cercetătorilor, chiar dacă denumirile și ... variază. Se realizează la acest nivel o articulare între categorial și dimensional.

Marea majoritate a interviurilor existente au fost elaborate în SUA și de aceea se referă la DSM-III-IV. În afara acestora se poate menționa doar PAS-Tyrer, elaborat în Marea Britanie, care e un interviu dimensional-categorial, adaptat pentru a permite diagnosticarea după ICD-10. Și inventarul Karolinska, elaborat în Suedia de o echipă din care fac parte și americani, care e un instrument compozit cu elemente preluate din mai multe ale inventare și utilizat mai ales pentru TP a alcoolizilor.

5.4. EVALUAREA PSIHOLGICĂ ÎN PSIHOPATOLOGIA CLINICĂ

A fost comentată problema diagnosticului episodului, a tulburării de personalitate și în principiu a tulburării mintale în viziunea neokraepeliniană a DSM-III-IV care tinde spre standardizare și cuantificare. Dar diagnosticul și evaluarea psihopatologică, derivată din etichetarea ce se desfășoară în psihologia populară și în caracteriologie, își are și o altă tradiție, pe care psihologii au dezvoltat-o studiind persoana și preocupându-se de psihoterapie. În secolul XX s-au abilitat o serie de „probe proiective”, corelate unor doctrine psihopatologice. O probă proiectivă provoacă persoana – normală, cu probleme sau aflată în stare psihopatologică – să elaboreze un răspuns ce poate fi interpretat. Celebru este Testul Rorschach, al petelor de culoare. A fost utilizată mult timp proba Szondy, de alegere a unor fotografii de bolnavi psihici concepută pentru investigarea unor orientări pulsionale antropologice. Testul Tematic Aperceptiv al lui Cattell în care subiectul își proiectează în povestire, pe marginea unor fotografii, conflictele intrapsihice și opinii despre sine. Informații utile se pot obține când subiectul e invitat să deseneze un om, un pom, o casă, o familie etc. Sunt probe în care el urmează să completeze fraze la care e prezentat doar începutul, probe în care trebuie să asocieze rapid alte cuvinte la un cuvânt prezentat, să își exprime preferința culorilor, probe constructive, răspunsuri la situații standard problematice, reacții în urma propunerilor de joc de rol. Dincolo de identificarea unui „sindrom clinic semnificativ”, psihopatologia sondează caracteristicile unei persoane date. Psihopatologul poate afla, complementar cu diagnosticul categorial, multe date despre psihismul persoanei în cauză; despre problemele, frământările, tendințele sau „complexele” acestuia.

Psihologul poate explora de asemenea funcționarea cantitativă a unor funcții ca atenția sau memoria. În ultimul timp s-au dezvoltat mult probe psihologice neurocognitive care evidențiază deficiențe și perturbări ale funcționării psihice bazale, care nu sunt cuprinse în diagnostic, dar care interesează mult psihopatologia.

În cursul diagnosticului psihopatologic este normal să se întocmească un dosar care să conțină cât mai multe informații, inclusiv cele de investigații psihologice variate.

5.5. EVALUAREA FUNCȚIONĂRII SOCIALE ȘI A DETERIORĂRII ACESTEIA ÎN PSIHOPATOLOGIE

Stările psihopatologice, având diverse tablouri clinice, durate și intensități, exprimă o modalitate disfuncțională și deficitară a existenței persoane umane. Aceasta este evidentă din perspectiva vieții sociale, a integrării funcționale în comunitate și a creativității. Sistemul DSM-III-IV a introdus deteriorarea sau deficiența („impairment”) funcționării sociale ca un criteriu al circumscrierii tulburării mintale, un criteriu de diagnosticare a acesteia. Faptul presupune evaluarea cantitativă a acesteia, ceea ce își propune diagnosticul pe axe al acestui sistem. Din cele cinci axe diferențiate de acesta, ultima – GAF – introduce o schemă scalară de evaluare a funcționalității care combină amploarea simptomatologiei cu deficiențe în funcționarea socială, ocupațională sau școlară.

Tabelul 5

Scala de evaluare globală a funcționalității (GAF – DSM-IV-TR)

100–91	Funcționarea superioară într-un larg domeniu de activități, problemele de viață nu par a fi scăpat vreodată din mână, este căutat de alții pentru multele sale calități, niciun simptom
90–81	Simptome absente sau minime, funcționare bună în toate ariile, interesat și implicat într-o gamă largă de activități, eficient social, în general mulțumit de viață, numai probleme sau îngrijorări cotidiene
80–71	Dacă simptomele sunt prezente, ele sunt tranzitorii sau reacții de așteptat (normale) la stresorii psiho-sociali; doar ușoare deficiențe în funcționarea socială, ocupațională sau școlară
70–61	Unele simptome ușoare sau unele dificultăți în funcționarea socială, ocupațională sau școlară, dar, în general, funcționează destul de bine, are unele relații interpersonale semnificative
60–51	Simptome moderate sau orice dificultăți moderate în funcționarea socială, ocupațională sau școlară
50–41	Simptome serioase sau orice deficiențe serioase în funcționarea socială, ocupațională sau școlară
40–31	Unele deficiențe în testarea realității sau în comunicare, sau deficiențe majore în arii diverse, cum ar fi munca sau școala, relațiile familiale, gândire, judecată sau dispoziție
30–21	Comportamentul se consideră a fi influențat de deliruri sau halucinații sau există deficiențe serioase în comunicare sau judecată, sau incapacitate de funcționare în aproape toate ariile
20–11	Un oarecare pericol de a-și face rău singur sau altora, sau ocazional, nu reușește să mențină o igienă personală minimă, sau deficiențe majore în comunicare
10–1	Pericol persistent de a se răni singur sau a face rău altora, sau incapacitate persistentă în menținerea igienei personale minime, sau acte suicidare serioase, cu o expectanță clară a decesului

DSM-IV-TR a acceptat în anexele sale, orientate spre studii viitoare și o scală de evaluare a funcționării sociale și ocupaționale în care să nu fie menționată starea psihopatologică (*Social and Occupational Functioning Assessment Scale – SOFAS*) care a fost însă neglijată și nu a fost implicată în cercetare. În schimb OMS-ul nu a acceptat niciodată să amestece evaluarea psihopatologică cu cea a funcționării sociale, promovând sisteme distincte de diagnosticare a bolilor – ultima versiune oficială a acestora fiind ICD-10 din 1992 cu capitolul F pentru tulburările psihice – față de diagnosticarea handicapurilor și disabilităților sociale – ultima versiune oficială a acestora fiind CIF din 2001. Pentru evaluarea disfuncționalității sociale a tulburărilor psihice, OMS a lansat în 1988 instrumentul DAS, care are în vedere 4 mari domenii și o evaluare globală (itemii fiind cotați cu 4 grade de gravitate. Domeniile în discuție sunt:

1. Comportament general: 1.1. Comportamentul de autoîngrijire a pacientului în ultima lună; 1.2. Reducerea activității (în ultima lună); 1.3. Lentoare; 1.4. Retragere socială.

2. Performanța în roluri: 2.1. Participarea la activitățile gospodărești; 2.2. Rolul marital, relațiile afective cu soțul; 2.3. Rolul marital: relațiile sexuale cu soțul; 2.4. Rolul parental: interesul față de copii și îngrijirea lor; 2.5. Rolul sexual: relațiile cu alte persoane decât partenerul marital; 2.6. Contactele sociale: fricțiuni în relațiile interpersonale, altele decât cele maritale; 2.7. Rolul ocupațional: performanța în muncă în ultima lună (inclusiv activitatea studenților); 2.8. Rolul ocupațional: interesul în a găsi o slujbă sau în a reveni la serviciu sau studii; 2.9. Interesele și informațiile în ultima lună; 2.10. Comportamentul pacientului în situații de urgență sau extraordinare, ce s-au petrecut în ultimele 6 luni.

3. Pacientul în spital: 3.1. Comportamentul în secție; 3.2. Opinia infirmierilor; 3.3. Ocupațiile pacienților; 3.4. Contactul cu lumea din afară.

4. Factori modificatori: 4.1. Achiziții specifice (în ultimele 6 luni); 4.2. Responsabilități specifice; 4.3. Atmosfera psihică din cămin (familie); 4.4. Suport exterior.

5. Evaluare globală.

După cum se poate constata, sistemul DAS are în vedere și situația în care pacientul este internat în spital, precum și modificările survenite în ultimele 6 luni, cu sau fără intervenția unor factori exteriori. Deși instrumentul a fost utilizat destul de mult în cercetare, mai ales în variante ulterioare, prescurtate și simplificate, preocupările OMS în direcția evaluării funcționării sociale s-au orientat în direcția elaborării unei noi versiuni a manualului din 1980 privitor la clarificarea și diagnosticarea handicapurilor.

Denumirea completă a manualului este, în traducerea română: „Clasificarea internațională a funcționării, disabilității și sănătății” – prescurtat CIF. El a fost adoptat de OMS în 2001. Dar, ideile pe care le exprimă, care sunt consonante cu cele din DAS, au stat la baza conceperii diagnosticului pe axe pe care l-a promovat pentru tulburările psihice OMS și Asociația Mondială de Psihiatrie – WPA – idei fixate într-un manual publicat în 1997 (*Multiaxial Presentation of the ICD-10 for use in Adult Psychiatry*). Acest sistem diferă de cel din DSM-III-IV prin faptul că promovează trei axe: Axa I reunește toate bolile și tulburările; axa II abordează separat doar nivelul de funcționare socială; axa III se referă la factorii ambientali și psihosociali ce joacă un rol în apariția afecțiunii.

Pentru evaluarea funcționării sociale, axa II se referă la 4 domenii:

Îngrijiri personale. Acestea trebuie privite ca și activități ghidate de norme și convenții sociale. Se referă la igiena personală, îmbrăcare, alimentare etc., activități la realizarea cărora pacientul trebuie să participe. Deci vor fi luate în considerare: (i) activitățile pacientului ce contribuie la menținerea igienei și sănătății; (ii) obiceiurile alimentare (mese regulate, îngrășare sau slăbire); (iii) menținerea spațiului de locuit în ordine și igienă.

Ocupația. Acest domeniu se referă la funcționarea în activități remunerate, la studiu, activități casnice, echivalente cu munca standardizată. Se au în vedere: (i) conformarea pacientului cu disciplina muncii; (ii) calitatea performanței în muncă; (iii) motivația de a se menține într-un rol ocupațional.

Familia și activitățile într-o gospodărie. Domeniul se referă la participarea la viața familială (rol marital, rol parental) și la activitățile gospodărești (menajul, a lua masa împreună). Se cere a se ține cont de specificul cultural. Privitor la rolul marital, se iau în considerare: (i) comunicarea cu soțul; (ii) abilitatea pacientului de a-și manifesta afectivitatea; (iii) măsura în care pacientul este resimțit de către partener ca o sursă de suport. Privitor la rolul parental, se iau în considerare: (i) capacitatea pacientului de a asigura sănătatea și securitatea copiilor; (ii) măsura în care prezintă afecțiune față de copii și se interesează de starea

lor de bine și de viitorul lor; (iii) eventualele abuzuri sau acțiuni adverse în raport cu copiii. Privitor la activitățile în gospodărie, se au în vedere: (i) modalitatea în care pacientul participă la menținerea familiei ca un grup social viabil; (ii) maniera în care pacientul își îndeplinește rolurile în familie.

Funcționarea în contexte sociale apropiate. Acest domeniu se referă la performanțele pacientului în relație cu membrii comunității, la participarea sa la activități de relaxare și distracție sau la alte activități sociale. Oricum, se are în vedere, raportarea sa la persoane din afara familiei. Se iau în considerare: (i) modalitatea în care pacientul răspunde la întrebările, problemele, solicitările altora; (ii) modul său de coexistență cu alții, la nivel „impersonal” (în magazine, autobuze, la conferințe etc.); (iii) comportamentul față de persoane care îi displac; (iv) calitatea și continuitatea contactelor cu prietenii; (v) angajarea pacientului în activități de destindere și recreere în afara casei.

Evaluarea se face pentru fiecare domeniu și global, prin note de la 0 la 5, în sensul că: 0 = nițio dizabilitate de-a lungul timpului, pacientul funcționează conform normelor grupului său de referință, în contextul socio-cultural dat. 5 = devierea de la normă este foarte gravă în toate domeniile, atingând un punct critic; pacientul este grav dizabilitat tot timpul.

Deficiența, disfuncționalitatea, perturbarea funcționării în roluri sociale, în relaționarea interpersonală, este de obicei evidentă și de la sine înțeleasă în cursul unui episod psihopatologic acut și intens, cum ar fi o stare de delirium, un atac de panică sau o manie coleroasă. În cadrul episoadelor mai prelungite, ea poate varia în funcție de fază, de perioade prodromală, inițială, cea a manifestării intense, cea a remisiunii parțiale ș.a.m.d. O corelație cu simptomatologia psihopatologică există, desigur, dar ea nu e totdeauna liniară. Un pacient la care persistă halucinații și idei delirante poate avea concomitent o bună funcționare socială în diverse arii. În perioada ce urmează episoadelor psihopatologice, în așa zisele „stări defective postmaladive” relația iarăși nu e totdeauna sinergică. Pot exista importante „defecte sociale” cu simptome psihice minime, de exemplu doar astenice; iar alte cazuri în care o bună parte din simptomatologie persistă, pot funcționa eficient, de exemplu în roluri familiale, paternale etc. Un aspect deosebit îl constituie și perspectiva dezvoltamentală. În perioada infanțo-juvenilă, psihopatologia poate bloca dezvoltarea unor funcții psihice sectoriale; sau poate bloca și opri din dezvoltare domenii ample ale manifestărilor psihice, cum ar fi relaționarea socială – în tulburarea pervasive de dezvoltare autistă, – sau progresele în domeniul cognitiv, al inteligenței operaționale – ca în deficiența mintală. Un aspect special al dezvoltării psihice anormale, îl constituie tulburările de personalitate, a căror diagnostic a fost comentat.

Diagnosticarea separată a deficienței de funcționare socială („*functional impairment*”) față de simptomatologia psihopatologică este un punct de vedere pe care OMS și WPA îl susțin în continuare (Ustun, 2009) și de care psihopatologii americani încep să se apropie. Ca argumente importante sunt menționate: – Faptul că un pacient cu tulburări psihice poate avea și boli somatice care contribuie la o concomitentă reducere a funcționării sociale; – Tulburările de funcționare socială pot avea și alte cauze decât tulburările psihice și bolile somatice; – Ele necesită tipuri speciale de intervenție recuperatorie și protezare socială. Totuși, renunțarea la actuala combinație pe care din 1980 o promovează DSM-III-IV necesită o perioadă de tranziție, deoarece acest instrument stă la baza multor studii clinice, iar reevaluările necesită instrumente compatibile.

5.6. DIAGNOSTICUL PSIHOPATOLOGIC ÎN PERSPECTIVA EPIDEMIOLOGIEI, A PSIHIATRIEI COMUNITARE ȘI DE-A LUNGUL CICLURILOR VIEȚII

Problematica diagnosticului medical, inclusiv a celui psihiatric-psihopatologic, s-a dezvoltat în jurul cazurilor internate în spitale. Medicina și psihopatologia s-au orientat progresiv, în secolul XX, tot mai mult spre comunitate, ceea ce implică depistarea precoce, prevenție și studii epidemiologice active în domeniul bolilor netransmisibile. Cercetarea și acțiunea în acest domeniu al psihopatologiei „marginale” presupune un domeniu al tulburărilor și bolilor clar și oficial definite, care să opereze ca referențial. În acest sens sunt utile sistemele de diagnostic de tip DSM-III-IV și ICD-10 oricât de criticabile ar fi. În relație cu aceste sisteme se desfășoară acțiuni practico-teoretice care nu invocă direct diagnosticele oficiale, dar le presupun sau fac referință la ele. Menționăm câteva din aceste programe:

– Studii populaționale pentru depistarea activă a cazurilor. E vorba de obicei de cazuri de intensitate medie dar chiar și gravă, care nu se manifestă datorită reticenței subiectului și anturajului; sau fenomenelor

de compensare și toleranță psihosocială. Mai des e în discuție patologia depresivă, obsesivă, unele forme de anxietate fobică și de adicție; dar și multe cazuri de comportament impulsiv sau chiar de manifestări psihotice. Cazurile nedepistate pot evolua divers, se pot remite, agrava, croniciza etc. Depistarea activă se poate face prin echipe de intervenție special instruite, care acționează după o metodologie specializată în studii populaționale. Astfel de intervenții sunt, desigur, costisitoare. Dar însăși creșterea numărului de specialiști și instituții specializate dintr-o zonă geografică poate ameliora depistarea. Pentru epidemiologie se dezvoltă instrumente speciale, de obicei chestionare sau scale de autoevaluare, ce pot fi aplicate uneori de cercetători care nu sunt psihopatologi.

– Depistarea cazurilor subclinice și a prodromelor, dezvoltă și adâncește ideea acțiunii active în rândul populației. Sunt implicate însă acum aspecte teoretice și metodologice speciale. Un caz subclinic și un prodrom pot fi circumscrise și identificate doar în raport cu cazul bine circumscris, în raport cu care prezintă simptome parțiale, incomplete sau „mascate”. În acest sens s-a comentat începând cu anii '70, „depresia mascată prin simptome somatice”. În același sens a putut fi comentată și patologia anxioasă și poate fi abordată patologia obsesivă, hipomaniacală ș.a. Uneori se acceptă drept „caz” și acelea care întrunesc un număr mai mic de simptome decât „cazul clinic semnificativ”. În ultimul deceniu s-a acordat și se acordă o mare importanță prodromului psihotic. Sunt evaluate frecvența, intensitatea și durata simptomelor, alături de alți factori de risc. O atență depistare precoce sau a manifestărilor subclinice, permite și intervenții terapeutice precoce; și/sau monitorizare medicală a cazului. Sunt depistate cazuri cu risc crescut și cazuri cu „foarte mare risc” pentru psihoze.

– Identificarea – sub umbrela ideii de diagnostic – a cazurilor vulnerabile pentru patologii psihiatrice, reprezintă un alt obiectiv al psihiatriei comunitare. Acest fapt devine posibil pe baza unor indicii, cum ar fi: un copil născut dintr-o mamă schizofrenă; – un tânăr ce crește alături de tatăl său alcoolic; – o femeie ce îmbătrânește într-o familie în care s-a manifestat timp de mai multe generații boala Alzheimer. În discuție nu e doar vulnerabilitatea genetic biologică ci un complex de împrejurări umane care sugerează vulnerabilizarea persoanei. Caracteristicile mediului uman ecologic sunt la fel de importante. Pentru schizofrenie s-a dezvoltat scala Bonn a „sindroamelor bazale” recent relansată de Parnas.

– Prezența unor tulburări de dezvoltare în cursul ontogenezei și a ciclurilor vieții, pot ridica probleme de diagnostic ce se corelează cu precedentele. De exemplu manifestări excesive ale anxietății de separare, ale ritualurilor infantile normale, reactivitatea opoziționistă sau explozia excesivă a unor copii, pot fi indicatori de alarmă sau de sesizare a celor ce urmăresc supervizarea grupelor cu risc crescut. În același sens pot funcționa și – particularități temperamentale excesive, de tipul hipertimiei, retrageri depresive, nesiguranței anxioase, apatiei indifferente; – sau o excesivă dependență interpersonală, un excesiv opoziționalism, o excesivă conștiinciozitate sau hiperexpresivitate ș.a.m.d. Psihologia și psihopatologia dezvoltamentală urmărește cu atenția tranziția între manifestări normale, excesive și psihopatologice în diverse momente ale ontogenezei. Tranziție ce poate fi oricând reversibilă, care depinde de foarte mulți parametri și care indică clar existența unor lungi perioade în care nu se poate formula un diagnostic bine argumentat de tulburarea psihică. Dar, fără existența unor criterii explicite, clar definite și acceptate public a tulburărilor psihice, nici una din problemele mai sus menționate ale psihopatologiei comunitare nu poate deveni funcțională. În perspectivă dezvoltamentală unele tulburări psihice, marginale sau chiar clar exprimate pot dispărea în alte faze dezvoltamentale. Sau se pot schimba în alt tablou clinic. Acest fapt susține ideea că actualul sistem de diagnosticare, așa cum e el prezentat în DSM-III-IV și ICD-10, are o semnificație și o utilitate care îl va menține încă o perioadă de timp în prim plan.

5.7. DIAGNOSTICAREA ALTOR ASPECTE DECÂT CELE PSIHOPATOLOGICE ȘI DE PERFORMANȚĂ

Într-un sens restrâns, psihopatologia clinică urmând consecvent modelul medical, a promovat creșterea acurateței diagnosticului de tulburare episodică, tulburare de personalitate și, în ansamblu, de tulburare mintală care se manifestă disfuncțional și deficitar în plan social. Încadrarea în proiectul medical implică însă și etiopatogenia, care în acest caz se desfășoară între polul somatic-cerebral și cel al influențelor psihosociale. Creatorii sistemului DSM-III-IV au înțeles acest fapt atunci când au elaborat diagnosticul pe axe:

axa III se referă la patologia somatică a persoanei în cauză, iar axa IV la evenimentele de viață importante din ultimul an. Deschiderea spre comunitate a psihiatriei a condus psihopatologia clinică să țină tot mai mult seama de existența normală și firească a omului, dincolo de eventuala sa claustrare în azile sau spitale. Această perspectivă a fost constant cultivată de toate doctrinele psihopatologice ale secolului XX, care au dialogat cu psihologiile orientate spre persoană; precum și cu o serie de alte doctrine antropologice sau filosofice. Astfel, treptat, „psihopatologia clinică”, încearcă să evalueze persoana umană fragilă, care eventual a trecut prin episoade psihopatologice, în lumea și mediul său de existență firească. Care, e cel al existenței în comunitatea socio-culturală a nișei sale ecologice umane. Posibilele influențe psiho-sociale stresante dar și factorii protectivi ai acestei nișe, interesează psihopatologia clinică în egală măsură cu simptomatologia. Perspectiva diagnosticării și evaluării s-a extins, cu sensul de claritate, exactitate, rigoare și precizie cantitativă și în această direcție. De aceea, actuala psihopatologia clinică e interesată de probleme cum ar fi evaluarea evenimentelor stresante de viață, a rețelei de suport social, a calității vieții.

Evaluarea evenimentelor de viață – e.v. – cu posibile implicații în apariția unui ep.pt. presupune identificarea lor, plasarea lor în timp în raport cu debutul acestuia, eventual evaluarea intensității lor. În DSM-IV-TR acestea sunt evaluate pe axa IV, prezentându-se o listă orientativă privitoare la domeniile în care se pot manifesta: – conjugal (marital, nonmarital), parental, probleme interpersonale (de exemplu cu prietenii, vecinii, membrii nemaritali ai familiei), ocupațional (incluzând munca, școala, gospodăria, șomajul, pensionarea, probleme școlare), circumstanțe de viață (de exemplu, schimbarea rezidenței, imigrare), financiar, legal, developmental (faze ale ciclurilor vieții), boli sau accidente fizice, operații, avorturi, alți stresori (de exemplu, dezastru natural, persecuție, agresiuni cu jaf), factori familiali (pentru copii și adolescenți). Stresorii sunt clasificați în acuți, cu durata de sub 6 luni și predominant persistenți. Evaluarea se face în raport cu 5 valori: absent, ușor, moderat, sever, extrem. Un alt sistem e cel ce exprimă în instrumentul PANI a lui Zimmerman. În principiu se au în vedere e.v. din ultimul an dar și înainte, dacă se consideră că au avut un impact cu ep.pt. Nu interesează dacă ele au avut un impact plăcut sau neplăcut, dacă au fost resimțite pozitiv sau negativ. Intensitatea resimțită e cotate între 0–4. Interviu reglementează felul în care să se coteze evenimentele ce se repetă la scurt interval de timp și măsura în care ele sunt sau nu independente de subiect. Sunt luate în considerare, detaliat, evenimente ce pot apare în ciclurile naturale ale vieții în următoarele domenii: relații intime în perspectiva căsătoriei, în afara situației de căsătorit, cu prieteni și rude; rezidența; ocupația; finanțele; calitatea de părinte; studenția; morți; sănătate; relații interpersonale; juridic; ghinioane; diverse. În total sunt 197 itemi. Prezentăm ca exemplificare, în tabelul de mai jos, primul domeniu:

Tabelul 6

Exemplificarea unui item din scala PANI a lui Zimmermann

RELAȚII INTIME – CĂSĂTORIT	Cu cât timp în urmă	Impact negativ 0-4	Impact pozitiv 0-4
<p>Care este statutul marital actual? S-a schimbat în ultimul timp? (data)</p> <p>(Chestionarul parcurge mai multe domenii chiar dacă nu e cazul, pentru a le exclude)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Căsătorit fără acordul familiei 2. Căsătorit cu acordul familiei 3. Se logodește cu acordul familiei 4. Se logodește fără acordul familiei 5. Separare familială datorită dificultăților materiale 6. Separare de soție/soț pentru mai mult de o lună pentru alte cauze decât dificultăți materiale 7. Divorț 8. Reîmpăcare cu soția/soțul după separare datorită dificultăților maritale (reconciliere) 9. Infidelitate față de soț 10. Infidelitate a partenerului 			

Sistemul are și valoarea unui check-list și poate evidenția nu doar e.v. intens stresante ci și schimbările de viață – pozitive sau negative – și problemele curente ale vieții, care, prin cumul, pot juca un rol în condiționarea ep.pt. În principiu nu se are în vedere însă toată istoria biografică așa cum e cazul cu fișa 23 din AMDP sau cu axa III din sistemul de diagnostic pe axe ICD-10.

Evaluarea rețelei de suport social* se poate face și ea prin chestionare adresate pacientului și eventual confirmate de un relativ. Convingerea pacientului ce are persoane apropiate care-l sprijină sau îl pot sprijini este importantă prin ea însăși.

Scala Sarasson (*The Social Support Questionnaire SSQ*) constă din 27 întrebări, pentru fiecare fiind prevăzute două răspunsuri. De exemplu: 1. Cui vă puteți adresa cu adevărat când simțiți nevoia de a vorbi? 2. Pe cine vă puteți baza să vă ajute când o persoană despre care ați crezut că vă este bun prieten v-a insultat, spunându-vă că nu dorește să vă mai vadă? Primul răspuns indică, în ordinea importanței, persoanele și tipul de legătură. Al doilea se referă la cât de satisfăcătoare este apreciată această raportare, de la foarte satisfăcător la foarte nesatisfăcător.

Scala lui Henderson (ISSI) cuprinde 13 întrebări la care se cer 3 răspunsuri. De exemplu, 6a. Există vreoa persoană pe care simțiți că vă puteți sprijini? Răspunsul poate fi: nici una; da, dar nu am nevoie de nici una. Dacă da, întrebarea continuă: cine este aceasta? 6b. V-ar place să vă puteți sprijini mai mult pe această persoană? ș.a.m.d.

Scala lui Veil (MISS – *The Mannheim Interview on Social Support*) are în vedere atât suportul instrumental cât și cel psihologic (afectiv), zilnic și în situații de criză, sursele și amploarea acestuia. Sunt 5 categorii de întrebări (A, B, C, D, E). De exemplu, B1: dacă ar trebui să cereți cuiva un mic favor (de exemplu să vă împrumute ceva, să vă ajute să rezolvați mici reparații în gospodărie sau să facă unele cumpărături, cui a-ți putea să vă adresați? În timpul ultimei săptămâni cine v-a ajutat în astfel de probleme de zi cu zi sau altele similare? V-ar place să cunoașteți mai mulți oameni cărora să le cereți astfel de favoruri? Se stabilesc și ariile sociale din care ar putea veni sprijinul: familie, cunoștințe, vecini, colegi de serviciu, biserică etc.

Scalele de evaluare nepsihopatologice sunt foarte multe, putând viza cunoașterea persoanei din diverse incidente: a stimei de sine, a dependenței interpersonale, a concepției despre viață etc. Psihopatologia a fost interesată în ultimul timp mai ales de evaluarea calității vieții și a satisfacerii nevoilor.

Pentru psihopatologie problema calității vieții – c.v. – se pune mai ales la cazurile de evoluție îndelungată, la care sunt posibile recăderi, defecte clinice și deficiențe de funcționare, cazuri care în urma procesului de desinstituționalizare început în deceniul al VII-lea, fac obiectul unui „management de caz”. În evaluarea c.v. se cere ținut cont și de factori subiectivi și obiectivi, contextuali, fizico-materiali. În conceptualizarea lui Katschnig ea poate fi evaluată din trei perspective:

- Starea de „bine subiectiv”;
- Funcționarea în roluri sociale; aceasta este evaluată prin axa II a ICD-10;
- Calitatea factorilor ambientali, contextuali.

Factorii subiectivi sunt deseori destul de greu de evaluat. S-a propus urmărirea lor în raport cu teoria „nevoilor umane bazale” a lui Maslow (McKenna), caz în care se urmărește: – autorealizarea (nevoia de a realiza propriul potențial); – stima de sine (nevoia de a fi respectat de alții); – nevoia de suport social din partea altora; – siguranța (securitatea la domiciliu și în lume); – aspecte psiho-fiziologice (satisfacții în direcția nevoii de alimentație, adăpost etc.). În evaluarea „binelui subiectiv” intervine și factorul timp, în sensul că trăirea persoanei e evaluată în raport cu situația de moment, pentru o perioadă determinată de timp, cum ar fi o lună (cazul cel mai frecvent); sau pe durată îndelungată, ajungându-se până la evaluarea sentimentului de „fericire”. Pentru o evaluare circumstanțială, subiectul poate fi solicitat să se autoevalueze în raport cu o serie de întrebări.

De exemplu, în scala BGOL e prezentată subiectului următoarea listă de opțiuni: 1. Nu simt o stare de eșec (*failure*); 2. Mă simt capabil să fac față muncii; 3. Am un bun apetit; 4. Nu mă simt inferior; 5. Totdeauna sunt plin de energie; 6. Am dificultăți în a lua decizii; 7. Nu sunt lipsit de speranță; 8. Sunt încrezător în mine; 9. Nu am dureri fizice; 17. Mă simt în siguranță; 18. Am o mobilizare fizică completă; 19. Sunt plin de speranță; 20. Sunt bucuros că trăiesc; 21. Mă simt confortabil cu mine; 22. Resimt plăceri în hobby-urile mele; 23. Nu sunt niciodată îngrijorat.

Trebuie subliniat că starea de „bine subiectiv” nu se rezumă la o trăire afectivă. Întotdeauna intră în joc și o evaluare, deci un factor cognitiv, de apreciere. În cazurile de „distorsiune cognitivă” cum sunt cele din depresia prelungită, diminuarea c.v. poate deriva din această modificare de optică. Factorul cognitiv este extrem de important atunci când se cere o evaluare pe termen lung, când se întreabă despre mulțumirea globală în raport cu istoria de viață, cu vârsta, sau atunci când e atinsă problema fericirii.

* A se vedea 7.6.5.

Factorii contextuali ambientali cei mai frecvent evaluați în caracterizarea c.v. sunt următorii:

– *Calitatea locuinței.* Aceasta este privită în perspectiva comodității ce o oferă (mărime spațială, dotare cu mobilier), cât și a factorilor de zi cu zi, care participă la c.v., cum ar fi căldura, apa curentă, iluminatul, congelatorul, radioul, televizorul etc.; desigur, aceștia variază mult în raport cu contextul socio-cultural. De locuință se corelează și relațiile cu vecinii sau modalitatea în care subiectul este acceptat sau nu, de ceilalți locuitori ai casei, aceste probleme interferând cu aria problematicii interpersonal-sociale a familiei, în sens largit.

– *Comunicarea* privită într-o perspectivă largă, care implică și deplasarea. Se pot lua în considerare: calitatea serviciilor în domeniul mijloacelor de transport în comun, calitatea drumurilor, eventual existența mijloacelor proprii de deplasare (mașină proprie) dar și comunicarea la distanță, prin telefon sau prin alte mijloace.

– *Siguranța în viața socială, sentimentul de protecție în mijlocul comunității.* Acestea pot fi asigurate de sistemul de ordine, de legislație, modificări în anumite momente socio-politice deosebite, condiționat de frecvența răufăcătorilor într-un cartier locativ anume etc. Până și iluminatul străzilor este, uneori, inventariat la acest capitol. Mai pot fi luate în considerare marginalizarea sau stigmatizarea individului în societate din motive etnice, religioase sau pentru că a suferit de o boală (psihică).

– *Facilitățile și șansele* pe care un individ le are în micro-grupul sau societatea în care trăiește; de exemplu, accesul la educație, la informare, accesibilitatea la îngrijiri medicale, șansele de acțiune independentă, eficiența sau creșterea, accesul la cultură etc.

– *Nivelul de autonomie și libertate a subiectului.* La acest nivel se poate începe cu autonomia în deplasare, ce poate fi condiționată de defecte maladive, fizice sau psihice (amputația picioarelor, agorafobie), dar articulată și cu mijloace contextuale fizice umane (proteză, mașină, însoțitor). Autonomia individului se corelează, în contextul său social, cu permisivitățile ce-i sunt acordate, dar și cu capacitatea sa de a se afirma și impune. Autonomia și libertatea de manifestare sunt dependente și de mediul socio-cultural, mai permisiv sau mai restrictiv, rejectiv sau opriment, precum și de resursele sale financiare. Ne aflăm acum într-un domeniu în care factorii contextuali interferă strâns cu cei de funcționare în roluri sociale și cu cei subiectiv-psihologici.

– *Domenii de manifestare permisivă de articulare pozitivă și împlinire a convingerilor și credințelor subiectului.* Acestea pot fi, pe de o parte, politice și, pe de altă parte, religioase. Omul credincios poate găsi, prin rugăciune, prin participarea sa la viața unei biserici, a unei comunități religioase interesată de soarta membrilor săi și, în general, prin credința sa, un plus de forță moral-spirituală, fapt important pentru c.v. sale. Și la acest nivel, aspectul „contextual” este doar un implicat al proiectelor existențiale ale persoanei.

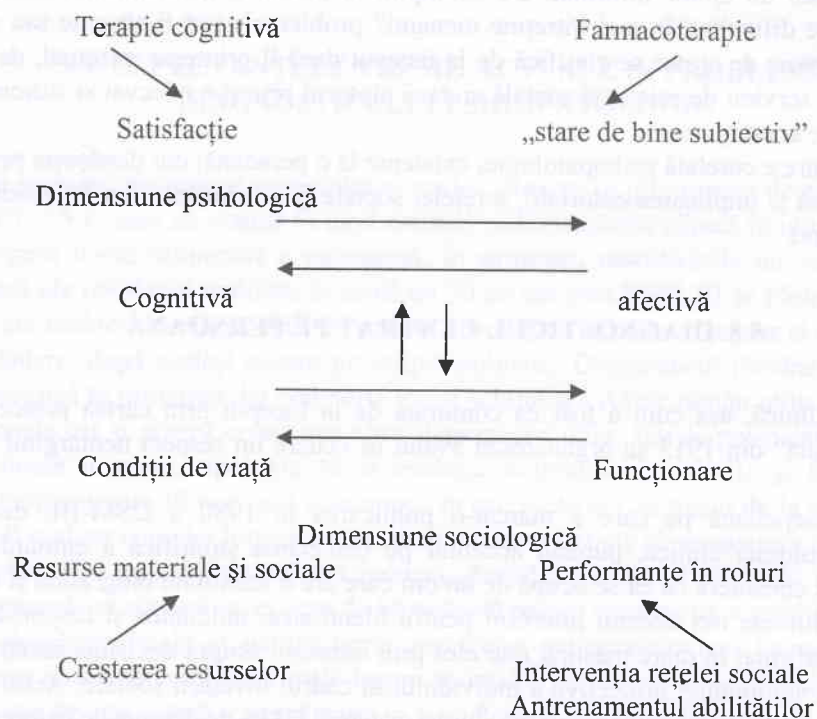


Figura 19. Intervenții pentru creșterea calității vieții (după Katschnig).

Odată cu procesul de desinstituționalizare s-a opinat că pacientul sau defectivul psihic, menținut în societate, e mai puțin costisitor pentru societate în perspectiva cost/beneficiu. Acest lucru nu s-a confirmat, dată fiind complexitatea serviciilor și activităților ce se cer organizate. Totuși, există evident un beneficiu uman, atât în ceea ce privește creșterea c.v. cât și a respectării demnității persoanei.

Psihiatria comunitară are nevoie de instituțiile și echipele sale proprii de intervenție ca: hosteluri, staționare de zi și de noapte, centre de ergoterapie și terapie ocupațională, centre de sănătate mintală, cluburi psiho-sociale, centre de intervenție în criză. Se mai poate avea în vedere plasamentul familial remunerat, sprijinirea familiilor în care se află un suferind psihic, organizații non-guvernamentale – ONG-uri – a pacienților și familiilor lor etc. Echipele complexe care se ocupă de monitorizarea cazurilor cuprind: psihiatri, asistenți sociali, ergoterapeuți, psihologi, asistenți medicali calificați, psihopedagogi, meloterapeuți, arterapeuți, recuperatori diverși, voluntari. Un asemenea sistem de intervenție în comunitate se cere, la rândul său evaluat, în perspectiva structurii, costurilor și eficienței sale. Ultima include și satisfacția pacienților – sau a „consumatorilor serviciilor de sănătate mintală” – în raport cu satisfacerea nevoilor lor. În această direcție s-au dezvoltat de asemenea scale de evaluare între care poate fi menționat instrumentul MRSS (*Morningside Rehabilitation Status Scale*) elaborat în 1984 de Afflek și colab., și care se referă la 4 dimensiuni: 1. independență/dependență; 2. activitate/inactivitate; 3. integrare socială/izolare; 4. efectul simptomelor prezente. Pentru fiecare dimensiune există o evaluare între 0 și 7, iar evaluările se repetă, în timp. În ultimul timp se pune un accent tot mai mare asupra satisfacerii nevoilor persoanelor aflate în comunitate. În perspectiva problemei aduse în discuție, un instrument recent mai complex este Scala de evaluare a nevoilor (Camberwell CAM-F). Aceasta are în vedere 22 itemi, mulți dintre aceștia fiind comuni cu cei utilizați în evaluarea „disabilităților” și a c.v.

Mai precis, itemii aduși în discuție sunt: 1. Locuința; 2. Alimentația; 3. Întreținerea menajului; 4. Igiena personală; 5. Activitățile cotidiene; 6. Sănătatea fizică; 7. Simptome psihotice; 8. Informații asupra afecțiunii și a tratamentului; 9. Retragerea psihologică; 10. Securitatea personală; 11. Securitatea anturajului; 12. Alcool; 13. Droguri și medicamente; 14. Relații sociale; 15. Relații sentimentale; 16. Viața sexuală; 17. Îngrijirea copiilor; 18. Instrucție; 19. Utilizarea telefonului; 20. Utilizarea transportului în comun; 21. Aspecte financiare; 22. Ajutor social.

Aspectul deosebit al acestei abordări constă în faptul că se urmărește rezolvarea nevoilor, a problemelor pe care subiectul le are în domeniul respectiv; și faptul dacă primește un ajutor din partea unor instituții organizate și/sau un ajutor informal. De exemplu, la itemul 3 „Întreținerea menajului” se ridică problema: Persoana are dificultati în a-și întreține menajul? problemele pot fi absente sau ușoare (se oferă exemple). Dacă are nevoie de ajutor se clarifică de la început dacă îl primește informal, de la cei apropiați (rude, amici) sau de la servicii de asistență socială și dacă ajutorul primit e adecvat și suficient; și, cât de de mulțumit e pacientul de acest ajutor.

O astfel de evaluare e corelată psihopatologiei existente la o persoană; dar depășește persoana evaluând nișa sa ecologică umană și implicarea celorlalți, a rețelei sociale și a forurilor oficiale, medicale sau sociale în soarta omului suferind.

5.8. DIAGNOSTICUL CENTRAT PE PERSOANĂ

Psihopatologia clinică, așa cum a fost ea conturată de la început prin cartea princeps a lui Jaspers „Psihopatologia generală” din 1913 se organizează având în vedere un respect nemărginit pentru persoana umană.

Revoluția neokraepeliană pe care a marcat-o publicarea în 1980 a DSM-III, decontextualizează problematica psihopatologiei clinice, punând accentul pe cercetarea științifică a entităților malade, cu refuzul explicit de a se considera că ea se ocupă de un om care are o identitate biografică și un context uman proximal, cultural. În ultimele trei decenii interesul pentru identitatea, unicitatea și responsabilitatea față de sine a persoanei s-a reafirmat în mare măsură, mai ales prin interesul asupra doctrinei narrative, a sine-ului, a intersubiectivității și a autonomiei proiective a individului în cadrul învățării sociale. Acest fapt s-a răsfrânt și asupra problemei diagnosticului psihopatologic. Însăși sistemul OMS de diagnostic psihopatologic ICD-10 introduce, spre deosebire de DSM-III-IV, recomandarea de a se acorda atenție factorilor contextuali. În

continuare, WPA a resuscitat interesul pentru persoană, mai ales prin programul IGDA (*International Guidelines for Diagnostic Assessment*) susținut de Mezzich (2003). Acesta reia liniile directoare ale diagnosticului pe axe de ICD-10 adăugând o axă pentru calitatea vieții și insistând asupra particularizării ideografice.

În cadrul proiectului IGDA, Mezzich insistă că diagnosticul psihopatologic se cere în primul rând făcut „pentru persoană”. Această subliniere diferă și ea de obiectivele DSM-III-IV care stipulează că principalul obiectiv al manualului este să servească o bună practică realizată de profesioniști, problema de a servi persoanei în cauza fiind doar subînțeleasă. Noua mișcare, care se bazează în mare măsură pe sublinierea făcută de către Fulford privitor la importanța valorilor în diagnosticul medical și psihiatric, are în vedere centrarea pe persoană a diagnosticului. Această valorizare a conceptului sintetic a persoanei are o importanță deosebită în medicina actuală, hiperspecializată și hipertehnizată, care a devenit foarte scumpă pentru o mare parte a oamenilor. Ideea directoare a centrării diagnosticului pe persoană articulează benefic psihiatria de alte ramuri ale medicinei, de neurologie, geriatrie, psihosomatică și chiar de chirurgie și pediatrie. Odată invocată persoana, manifestările psihopatologice ce pot fi identificate se articulează de forțele restante ale acesteia, de biografie și de context, de funcționarea și integrarea socială, de calitatea vieții și de destinul propriu a subiectului în lumea sa culturală specifică.

Noul slogan promovat de IGDA prin Mezzich, dezvoltă ideea în sensul că diagnosticul se cere făcut nu doar centrat pe persoană și pentru persoană ci și împreună cu persoana. Acest fapt subliniază ideea de parteneriat, atât în formularea diagnosticului cât și în plan terapeutic. Ideea de a transforma pacientul și ambianța sa proximală în coterapeut, de a implica comunitatea în promovarea sănătății mintale, care devine astfel o cauză comunitară. În plus, accentul pe care această orientare îl pune pe destinul personal al suferindului psihic, pe nevoia ca el să-și reorganizeze viața în condițiile bolii dar, păstrând și cultivând demnitatea personală, satisfacțiile de viață și sensul existențial – toate fiind reunite în conceptual de „recovery” – dau o nouă dimensiune umanistă procesului de diagnostic și evaluare psihopatologică.

Una din problemele ce rămân deschise în această nouă mișcare plină de umanitarism este complexitatea conceptului de persoană, care era deconcentrant deja pentru Jaspers. Totuși, dacă se rețin perspectivele etico-juridice, cele ce se referă la demnitatea persoanei precum și conotațiile transcendentale-transcendente ale conceptului, ideea de a invoca persoana în demersul diagnostic este un fapt important al psihopatologiei clinice actuale.

5.9. EXPECTANȚELE VREMII ACTUALE ÎN PROBLEMA DIAGNOSTICULUI PSIHOPATOLOGIC

La sfârșitul primului deceniu al mileniului al treilea, suntem în plin proces de reelaborare a sistemelor DSM-III-IV și ICD-10-F, care au marcat în mod esențial psihopatologia clinică în ultimii 30 de ani. Direcția în care se vor opera unele schimbări e cunoscută. În principiu modificările nu vor fi mari astfel încât elementele de bază ale revoluției realizate în urmă cu 30 de ani prin DSM-III se păstrează: sistemul rămâne unul categorial care include un număr finit de entități nosologice circumscrise clar și explicit prin criterii de includere și excludere, după același sistem prototipic politetiv. Diagnosticul rămâne unul pe Axe, care în DSM-V nu se modifică în principiu dar comportă totuși schimbări. Axele rămân utile atât pentru a introduce aspecte dimensionale cât și pentru colectarea altor determinări utile, atât în perspectiva etiopatogenetică, a precizărilor privitoare la teren, tipologie, și la evoluția longitudinală. Marile și fructuoase dezvoltări doctrinare ale psihopatologiei clinice care s-au impus în cei 30 de ani au trecut de la apariția revoluționară a DSM-III, nu pot fi traduse complet într-un sistem diagnostic ce trebuie să se păstreze clar, ușor de abordat și util intercomunicării. Ele însă se vor reflecta indirect. Astfel, se speră să pătrundă într-un fel perspectiva longitudinală a episoadelor succesive, extrem de importantă pentru conturarea comorbidității, a problematicii psihopatologiei developmentale și pentru tema spectrelor psihopatologice. De asemenea, se așteaptă posibilitatea de a se nota mai exact informații despre anomalii concomitente neurobiologice, neurocognitive, temperamentale, sau de altă natură, care să ajute la o înțelegere mai bine determinată a cazurilor. Evaluarea funcționării și integrării sociale și cea a istoriei de viață, sunt aspecte distincte de starea psihopatologică

1. ...

2. ...

CATEGORII		
1. ...	2. ...	3. ...
...
...

3. ...

PARTEA A III-A

PERSPECTIVA DOCTRINELOR PSIHOLOGICE

4. ...

5. ...

6. ...

7. ...

8. ...

CAPITOLUL 6

PSIHOPATOLOGIA ÎN PERSPECTIVA DEVELOPMENTALĂ ȘI A CICLURILOR VIETII

6.1. NAȘTEREA ȘI PROBLEMATICA ACTUALĂ A PSIHOPATOLOGIEI DEVELOPMENTALE. CICLURILE VIETII

În prezent, psihopatologia developmentală se află în centrul preocupărilor specialiștilor. Această situație s-a realizat treptat la conjuncția mai multor direcții de preocupare.

Psihiatria – și deci și stările psihopatologice clinice – au fost observate și studiate în secolele XIX și XX în primul rând pe cazuri internate, în spitale. Nu existau clinici pentru copii. Chiar și în acest context clinicienii au constatat particularități corelate vârstei. Unele boli precum demența erau caracteristice vârstelor înaintate. Când se constituie sistematica clinică clasică a psihiatriei prin Kraepelin, schizofrenia este considerată ca o tulburare a vârstelor tinere. De altfel hebefrenia, descrisă de Haeckel și încorporată de Kraepelin în demența precoce, era o psihoză specifică tinereții, numele fiindu-i dat de la Hebe, zeita tinereții la greci. Psihoza maniaco-depresivă, era considerată însă ca fiind caracteristică vârstei adulte iar paranoia și parafrenia mai specifice adultului matur și vârstei a treia. Kleist a descris chiar o paranoia de involuție pe când paranoia la copil nu era de imaginat. Vechea oligofrenie, idioția era tradițional și evident expresia nedezvoltării intelectuale și deci detectabilă din copilărie. Din grupul mare și la început puțin diferențiat al acesteia s-au desprins apoi subgrupe de intensități și etiopatogenii variate. Între acestea, pe la mijlocul secolului XX a fost identificat autismul infantil Kanner. Apoi, o tulburare ca anorexia mintală s-a dovedit a fi net dominantă la fete în perioada pubertății.

În cadrul psihiatriei ca ramură a medicinei s-a diferențiat în cursul secolului XX psihiatria infantilă care și-a descoperit nenumărate probleme și teme specifice. La fel a apărut și gerontopsihiatria. Dar, în afară de interesul pentru patologia psihiatrică a diverselor vârste, însăși dezvoltarea psihologiei și psihopatologiei au condus la actualul interes pentru aspectul său developmental.

La începuturile psihopatologiei doar Freud a făcut o trimitere indirectă la dezvoltarea ontogenetică. El a fost de la început preocupat de expereințele psihotraumatice ale copilăriei, care pot lăsa urme în dezvoltarea ontogenetică, distorsiuni ale structurii psihice care zac în inconștient și care se actualizează cu ocazia unui episod psihopatologic. În cele din urmă întreaga psihanaliză a lui Freud e centrată pe invocarea stadiilor succesive de viață ale copilului în primii patru ani de viață. Relaționarea sa biopsihologică cu părinții în această perioadă, dinamizată de pulsuniile sinelui, în principiu de pulsuniunea libidinală, conduce la etape succesive, care pot să nu fie depășite armonios. Sechelele acestui proces zac în inconștient și influențează comportamentul ulterior. În psihanaliză abordarea psihismului infantil nu e făcută însă direct, observațional, ci e dedusă din interpretarea simptomelor în cursul curei psihanalitice.

Breșa realizată de Freud în direcția psihologiei și psihopatologiei developmentale a crescut ulterior progresiv. Către mijlocul secolului XX, noile școli psihanalitice au acordat o importanță tot mai mare eului și apoi sinelui („self”), crescând importanța acestei instanțe psihice, ca centru reflexiv și de inițiativă. S-a impus treptat o psihanaliză centrată pe „ego” care consideră că această instanță e o structură de la început independentă, cu o bază neurocerebrală proprie; și nu doar o excrescență a sinelui. Intenționalitatea copilului a început să fie interpretată ca nefiind capturată doar de căutarea plăcerii ci de dorința de a întâlni un alter-eu, un „obiect” relațional formator și securizant. Principalul „obiect”, în primul an de viață cel puțin, este mama sau echivalentul său. S-a speculat chiar că nevoia de „obiect” funcționează încă din primul an de viață, faptul implicând și semnificațiile valorice, bune sau rele ale obiectului. Psihologia eului a condus psihanaliza spre noi interpretări, cum ar fi mecanismele de

apărare ale eului. Ea a permis și dezvoltarea concepției dezvoltamentale, cel puțin în două direcții (Fogany, 2006; Hauser, 1995).

Una a fost cea ocazionată de întâlnirea dintre psihanaliză, pediatrie și cei ce se ocupau de psihologia dezvoltării copilului. Aceștia din urmă erau obișnuiți cu observația directă a sugarului și copilului mic, cu notarea progreselor în manifestările de orice fel ale acestuia. Psihologii și psihopatologii de orientare psihanalitică trebuiau să se adapteze faptului că, copilul nu poate fi supus unei cure analitice de asociații libere. Dezvoltarea sa psihică se cere studiată prin comportamentele și expresiile sale directe, eventual prin semnificațiile simbolice ale acestora. Metoda hermeneutică a psihanalizei se cerea combinată cu o metodologie empiric observațională, eventual experimentală. La acest nivel studiile psihanalitice s-au conjugat cu cele derivate din etologie.

Psihologia s-a dezvoltat, la fel ca și psihopatologia, la cumpăna dintre secolele XIX și XX, dar pe alte baze. Ea nu era inserată direct în problematica unei practici așa cum psihopatologia era corelată medicinei psihiatrice. Tradițiile psihologiei erau filosofice, ea derivând dintr-o ramură a acesteia numită pneumatologie. Știința psihologică s-a afirmat la început în paralel cu științele naturii, apropiată într-un fel de ceea ce era studiat în laboratoare, experimental și observațional. Așa a debutat ea cu fizicalismul lui Fechner și asociaționalismul lui Wundt. Această tendință s-a păstrat și în secolul XX prin programele de cercetare lansate de behaviorism și gestaltism. Experimentele făcute pe animale au fost tot timpul importante pentru psihologia științifică. Dar și studiile experimentului pe om și studierea experimentală a dezvoltării copilului. La mijlocul secolului XX s-au impus cercetările școlii lui Piaget care descoperă și descrie etape succesive de dezvoltare ale cogniției și proceselor intelectuale, de la naștere până la adolescență. (Piaget, 1965; 1970). Fiecare etapă o precede pe următoarea și îi este necesară. Operațiile concrete le preced pe cele abstracte, rezolvarea comportamentală precede rezolvarea în plan mental-reprezentational, gândirea probabilistică e precedată de una concret deterministă, iar întreg eșafodajul inteligenței se integrează în structuri succesive și ierarhice. Cercetările de psihologie dezvoltamentală ale lui Piaget s-au articulat rapid cu cele psihanalitice. De exemplu, prin descrierea „depresiei anaclitice” de către Spitz.

Un eveniment științific important a fost dezvoltarea etologiei, focalizată pe studiul comportamentului animalelor în mediul lor natural (Beniuc, 1970; Cociu, 1999). Reproducerea sexuală este esențială la vertebrate iar ciclurile acesteia au fost în mod special studiate, inclusiv achizițiile comportamentale ale puilor. Lorenz (1965) subliniază importanța fenomenului de „impregnare” („*imprint*” în engleză „*prägung*” în germană). În perioada imediat postnatală puiul este extrem de sensibil la informațiile ce le receptează. Funcții care au ajuns la maturare prin dezvoltarea creierului trec printr-o scurtă perioadă de sensibilitate crescută în care ele se cristalizează prin conjuncție cu stimulii receptați din ambianță se „impregnează” de aceștia; stimulii rămân pentru toată viața fundamentali pentru declanșarea funcției respective. Datorită faptului că puii cresc în mod natural în preajma părinților, ei se „impregnează” cu modele comportamentale ale acestora. Fenomenul este prezent în mod similar și la copiii umani cu diferența că perioada de „imaturitate” postnatală e extrem de lungă, astfel încât maturarea cerebrală și apariția unor perioade sensibile de cristalizare a unor funcții se prelungește mult, în ambianța maternajului.

Funcțiile psihice adaptative înnăscute au deci nevoie de o impregnare printr-o „experiență cheie”. Experiențele făcute pe urangutani, mai ales de școala lui McKiney și Harlow (1962), au arătat că felul în care se desfășoară maternajul poate influența comportamentul tardiv. Dacă puiul e alăptat artificial, sugând de pe un „model” matern din sârmă, chiar îmblănit, în perioada vieții de adult el are tulburări de comportament (Soumi, 1972).

În perspectiva etologiei relațiile formative dintre mamă și copil au ajuns să fie privite cu alți ochi. Copilul, de la naștere, caută contactul cu mama și îl provoacă. Mama e modificată bio-psihologic prin nașterea unui copil, prezintă interes și preocupare specială în raport cu el. Zâmbetul copilului declanșează zâmbetul mamei și invers. Foarte recent după naștere, copilul recunoaște figura umană, chiar într-un desen, și după voce. La naștere copilul e în mod deosebit dotat pentru a recepta informațiile semnificative de la mamă. Toate aceste aspecte conduc la un proces în spirală, autoîntreținută, care se amplifică prin maturarea creierului copilului și prin comportamentul de maternaj.

Psihanaliștii pediatri, mai ales cei din școala britanică din a doua jumătate a secolului XX, au ținut cont de toate aceste date, Astfel Winicott (1958) a demonstrat importanța comportamentelor de

maternaj din primele luni, faptul că, copilul are nevoie să fie ținut în brațe, la piept, legănat, să i se vorbească, să i se cânte. Tot el a dezvoltat tema „obiectelor tranziționale”. Piaget arătase cum se dezvoltă progresiv funcțiile semiotice și de la un punct capacitățile reprezentative ale copilului, capacitatea sa de a imita persoane neprezente începând după vârsta de 1 an și 8 luni. Psihanaliza clasică a vorbit în această perioadă despre reprezentările fantasmatiche ale copilului. Winicott (1953) subliniază faptul că obiecte și situații reale cum sunt păpușile, jucăriile, scenele, poveștile, au pentru copil o semnificație secundară, reprezentativă simbolică, trimit spre o altă realitate. Iar acest fapt se menține și se dezvoltă toată viața.

În acest context al studierii observaționale a sugarului și copilului mic de către pediatrii familiarizați cu psihanaliza, care pune accent pe dezvoltarea eului și sinelui și ține seama de posibilitățile aplicării cunoștințelor relevante de etologie la copil, Bowlby a dezvoltat în jurul anilor '80 teoria atașamentului (Bowlby, 1980; 1982). Conform datelor care susțin această teorie, după vârsta de 8 luni copilul reacționează în mod special, cu un comportament ce indică disconfort sau teamă, dacă mama dispare din fața sa. El o așteaptă, știind că ea este altundeva. Și la fel, el reacționează anxios dacă apare o persoană străină. Faptul poate fi constatat experimental (Ainsworth 1978, Stan, 1999). Figura umană capătă o consistență temporară și o semnificație constantă pentru copil. Mama există pentru el cu valențe protective, chiar și atunci când nu e de față. Ea este o persoană de care el e atașat, este o „figură de atașament” constantă, prezentă în forul său mnestic și reprezentativ. Această relație de atașament se dezvoltă și se consolidează până la 3 ani. Mama, sau figura semnificativă de atașament, are în primul rând o valoare protectivă, de siguranță. Prezența ei efectivă sau resimțită reprezentativ, permite copilului să fie sigur, încrezător în sine, investigator, activ. Dar, atașamentul poate fi și fuzional, caz în care copilul nu poate întreprinde nimic decât în prezența apropiată a mamei de care este excesiv de atașat. Sau, poate fi ambivalent, deoarece mama este și sursă de puniție, nu doar de satisfacție. În sfârșit, atașamentul poate fi indiferent față de o mamă rece afectiv și neimplicată. Felul în care se realizează relația de atașament are importanță în dezvoltarea în continuare a copilului. Pe modelul acestei relații, se realizează relația și cu alte persoane apropiate, din familie sau care joacă un rol important pentru copil. Un aspect important al teoriei atașamentului constă în ceea ce Bowlby a numit „*internal working model*”. Acesta se referă la prezența mnestică reprezentativă a imagoului matern și a imaginilor altor persoane semnificative, în interiorul psihismului copilului. El se relaționează în primă instanță față de astfel de „alte persoane apropiate”, care sunt reprezentate în interioritatea sa. Și, prin filtrul acestui model de relaționare, se raportează apoi efectiv la persoanele reale (Carlson, 1995).

Teoria atașamentului a deschis calea unei înțelegeri transgeneraționale a ontogenezei și manifestărilor psihice, normale și anormale. O fetiță care se dezvoltă după un model de atașament fuzional, rece, dezorganizat, când devine mamă dezvoltă și ea acest model de relaționare cu copilul care se va „impregna” de un mod de atașament distorsionat, pe care-l va transmite la rândul său. În plus s-a studiat – faptul care intuitiv era evident – că, apariția relației de atașament la sugar și copilul mic se realizează în contextul unei dispoziții de atașament reactivat la mamă și în general la părinți. În ultimul timp se studiază dezvoltarea „atașamentului prenatal”. Copilul, de când e dorit și conceput este obiectul unui interes și atașament crescut din partea părinților, care crește progresiv până la naștere și după aceea. Acest fapt explică și „doliul prenatal” al mamelor în caz de avort.

Prin teoria atașamentului psihologia eului a câștigat o nouă perspectivă și psihanaliza clasică a avut o dovadă experimentală a doctrinei „introjecției” imaginilor parentale. Aceasta deoarece teoria atașamentului se bazează pe date empirice, observaționale și experimentale.

În aceeași direcție, în ultimele două decenii s-a evidențiat apariția ontogenetică în jur de 3 ani a unei funcții psihologice speciale, a „mentalizării”, care a mai fost denumită „*Theory of Mind*” (ToM) – „Teoria minții” (Allan, 2008). Se constată experimental că după 3 ani copilul intuiește direct intenționalitatea unei persoane pe care o percepe în situație: *De ce e interesant?*, *Ce intenționează să facă?*, *Ce crede despre situația dată?* Deci, copilul își reprezintă corect ceea ce este în mintea celuilalt, adult sau copil, și pe care o percepe ca diferită de mintea sa (Baron-Cohen, 2005, 1997). Acest fapt presupune o capacitate crescândă de reprezentare a funcționării minții altor oameni, care desigur e similară cu cea a cunoașterii propriilor intenționalități, cu funcționarea propriei minți. Pe această bază e posibilă ulterior cooperarea cu alții, în diverse activități. Prin cogniția ce o ocazională ToM copilul își dă seama și dacă celălalt se înșală asupra

situației. Fenomenul permite o bună adaptare socială prin coordonarea propriilor strategii de acțiune cu preocupările și intențiile celor din preajmă, a celor apropiati. Faptul e important pentru adaptarea socială și pentru desfășurarea relațiilor interpersonale. El stă și la baza sesizării intențiilor și aprecierilor altora în raport cu sine și a sentimentului propriei autonomii. Fenomenul ToM este un indicator al organizării unei importante structuri psihice, cea a „sinelui nuclear”. Perturbarea acestei structuri se întâlnește în autismul infantil și în schizofrenie.

În primul an de viață se dezvoltă privirea țintită, apoi privirea conjugată a copilului în raport cu privirea unei persoane prezente care urmărește ceva din ambianță (Mundy, 2006). Urmează dezvoltarea atașamentului și ulterior capacitatea pe care o relevă teoria ToM. Suntem în prezența unei succesiuni developmentale, la fel cum și psihanaliza postula dezvoltarea etapelor de fixare libidinală și cum Piaget descria etapele succesive ale instituirii inteligenței. Diferența e că nu se iau în considerare doar experiențele directe ontogenetice ale copilului ci și baza cerebrală care, maturându-se, aduce în fața experienței acestuia modalități specifice de reacție, trăire, raportare, comportament, astfel încât se ajunge la structurarea unor „moduli psihici adaptativi”. De fapt, copilul în dezvoltare chiar caută să provoace experiențele cheie care favorizează organizarea acestora, ulterior exersând comportamentele respective. Moduli psihici antropologici adaptativi odată realizați devin baza pentru alte structurări psihice suprajacente, care pot fi înțelese dintr-o perspectivă mai mult sau mai puțin modulară. Oricum intră în joc învățarea, atât cea ocazională și direcționată de adulți cât și cea care rezultă din experiențele curente. Copilul câștigă treptat tot mai multe abilități și competențe care-i permit o afirmare autonomă și performantă în contextul interrelaționărilor, a vieții sociale, a pretențiilor pragmatice și competiționale a lumii în care trăiește și în care se inseră prin rezolvarea de situații problematice.

Psihanaliza clasică a lui Freud a urmărit, în primul rând, succesiunea dezvoltării psihice a copilului până la 3–5 ani. Tot din perspectiva psihanaliticii, Erikson (1986) a sugerat o etapizare a vârstelor, caracterizată prin anumite particularități psihologice dominante. În esență, Erikson distinge 8 etape care pot fi schematizate în tabelul de mai jos:

Tabelul 7

Etapile ciclurilor vieții după Erikson (după Newton, 2000)

Etapa psihosocială	Sentimentul pozitiv asociat	Forme de psihopatologie corelate	Predictori pozitivi și negativi ai formării identității	Aspecte de lungă durată ale formării identității
Încredere <i>versus</i> neîncredere (naștere)	Speranță	Psihoze Dependente (de droguri) Depresie	Recunoaștere reciprocă <i>versus</i> izolare autistă	Perspectiva temporală <i>versus</i> confuzia temporală
Autonomie <i>versus</i> rușine și îndoială (18 luni)	Voință	Paranoia Obsesii Compulsii Impulsivitate	Voința de a fi „el însuși” <i>versus</i> lipa de încredere în sine însuși	Siguranță de sine <i>versus</i> conștiința de sine
Inițiativă <i>versus</i> vinovăție (3 ani)	Scop	Tulburări conversive Fobii, tulburări psihosomatice Inhibiție	Anticipare de rol <i>versus</i> inhibiție de rol	Experimentarea rolului <i>versus</i> fixarea rolului
Întreprinzător <i>versus</i> inferioritate resimțită (5 ani)	Competență	Înhibiție a puterii creatoare Inerție	Identificarea sarcinilor <i>versus</i> sentimentul utilității	Instruirea profesională („ucenicia”) <i>versus</i> „încremenirea” în muncă
Identitate <i>versus</i> confuzie de rol (13 ani)	Fidelitate	Comportament delinvent Tulburări de identitate cu genul		Identitate <i>versus</i> confuzia identității
Intimanță <i>versus</i> izolare (20 ani)	Dragoste	Tulburarea de personalitate schizoidă Distanțare		Polarizarea sexuală <i>versus</i> confuzia bisexuală
Generalizare <i>versus</i> stagnare (40 ani)	Grija pentru ceilalți	Criza „perioadei de mijloc” Invalid prematur		Capacitatea de a conduce și a urma conducătorii <i>versus</i> renunțarea la responsabilități
Integritate <i>versus</i> disperare (60 an)	Înțelepciune	Alienare extremă Disperare		Aderarea ideologică <i>versus</i> confuzia valorilor

Pe de altă parte, a crescut interesul pentru ciclurile vârstei adulte. Echipa lui Levinson (1978) a imaginat, pe baza unor studii factologice, o derulare a ciclurilor vieții până la vârsta a treia, într-o manieră schematică, dar sugestivă.

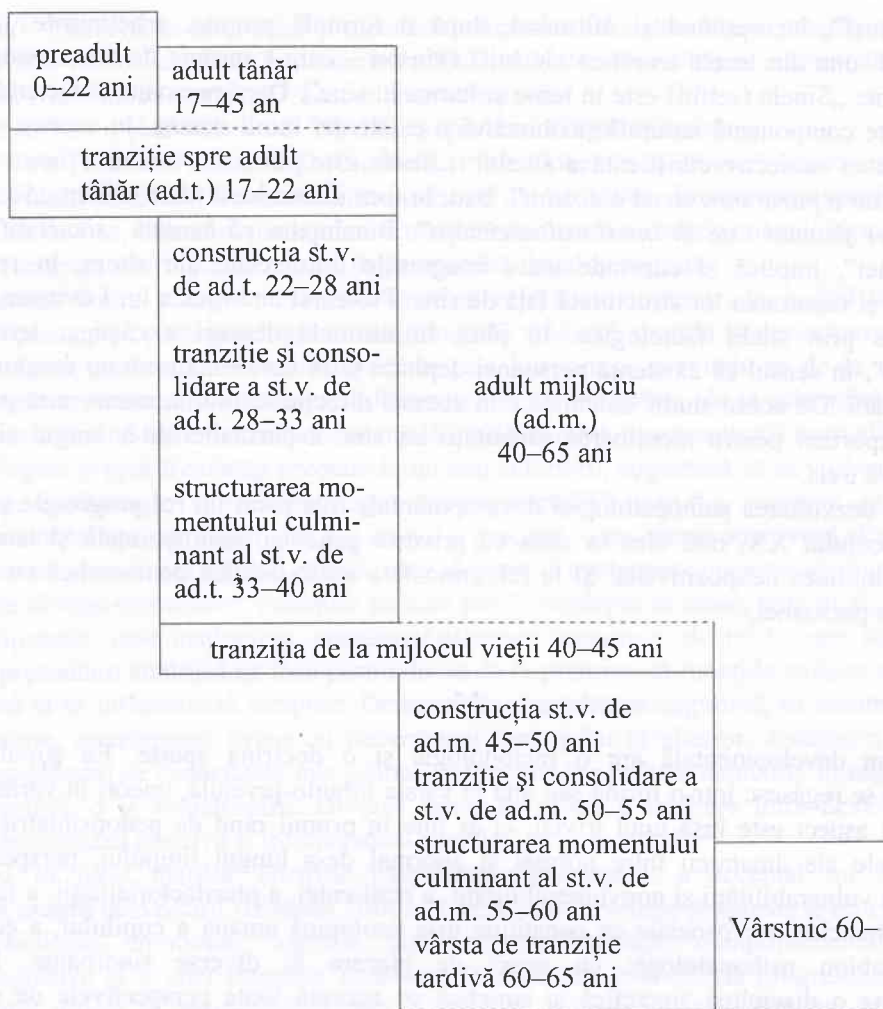


Figura 20. Marile perioade ale ciclurilor vieții la adult; structuri ale vieții (st.v.) ce se succed (după Levinson, 1978).

Pentru a comenta perioadele dezvoltamentale ale ciclurilor întregii vieți, Levinson introduce noțiunea de „structură a vieții individuale” (*The Individual Life Structure*), prin care înțelege, în mare „angajarea individului în societate”. Analitic, sunt diferențiate trei perspective:

a) Lumea socio-culturală a individului, în care acesta trăiește efectiv. Aceasta presupune variate contexte sociale: clasa, religia, etnicitatea, familia, sistemul politic, structura ocupațională și instituțională etc., în măsura în care acestea au relevanța și semnificație pentru el.

b) Anumite aspecte ale propriului sine (self) care sunt implicate în lumea dată. Acesta include un complex de dorințe, conflicte, anxietăți și căi de a controla și rezolva aceste aspecte; și, de asemenea, include propriile fantezii, valori morale, idealuri, valențe, abilități, trăsături de caracter, modalitatea de a simți, gânduri și acțiuni. Sinele – „Selful” – este un element intrinsec al structurii vieții individuale și nu o entitate separată.

c) Participarea individului la lume. Subiectul se implică în lumea ce i se oferă, se angajează în roluri de cetățean, muncitor, șef, prieten, soț, frate, membru al diverselor grupuri. Participarea presupune tranzacția între sine și lume, care este corelată cu anumite semnificații și trăiri.

Levinson consideră că structura vieții individuale se cere înțeleasă în contextul biografiei persoanei, care parcurge lungi perioade, multiplu determinate, între care evenimentele și schimbările majore ale vieții sunt deosebit de importante. Dar, deasupra – și la baza – acestora stau marile cicluri ale vieții, care sunt condiționate în esență prin caracteristicile de vârstă. Există deci, și în perioada postadolescentină, perioade de tranziție și perioade relativ stabile. În cele de tranziție, importantă este opțiunea fundamentală a persoanei, care poate fi uneori precipitată de evenimente exterioare. La mijlocul vieții, între 40–45 ani, ne aflăm într-o perioadă optimă pentru realizarea procesului de individuație, în sensul lui Jung, prin care subiectul devine tot

mai adânc „el însuși”, încorporând și afirmând, după o formulă proprie, arhetipurile „inconștientului colectiv”. În sfârșit, una din tezele teoretice ale lui Levinson – care-l apropie de fenomenologie – este și următoarea aserțiune: „Sinele (selful) este în lume și lumea în sine”. Dacă persoana conștientă cu sinele său reflexiv este o parte componentă naturală și obiectivă a existenței lumii umane, în aceeași măsură, lumea există în interioritatea subiectiv conștientă a sinelui: „Sinele este parte intrinsecă a lumii exterioare...Și lumea exterioară este o parte intrinsecă a sinelui”. Sau, în formularea lui Arthur Miller: „Societatea este în interiorul persoanei și omul este în interiorul societății”. Bineînțeles că această „societate”, care este în interiorul „persoanei”, implică și cuprinde toate imagourile introjectate ale altora, în relaționările lor reciproce ierarhice și raportarea lor structurată față de sine. Proiectul ambițios a lui Levinson este însă greu de urmărit riguros prin studii factologice. În plus, în ultimele decenii a câștigat teren perspectiva „situaționalismului”, în sensul că existența persoanei depinde și se corelează mult cu conjuncturile în care viața sa se desfășoară. De aceea studii sistematice în această direcție în ultima vreme sunt puține. Rămâne însă un interes important pentru menținerea identității cu sine a persoanei de-a lungul ciclurilor vieții, implicând și vârsta a treia.

În apariția și dezvoltarea psihopatologiei developmentale mai jucat un rol progresele științifice din a doua jumătate a secolului XX, mai ales în ceea ce privește genetica, neuroștiințele și teoria sistemelor, cognitivismul și atitudinea neopozitivistă. Și la fel, atmosfera socio-politică democratică cu respect pentru sinele și demnitatea persoanei.

*
**

Psihopatologia developmentală are o metodologie și o doctrină aparte. Ea stipulează că toate tulburările psihice se regăsesc într-o formă sau alta la vârsta infanto-juvenilă, uneori în variante atipice sau subliminare. Acest aspect este însă unul trivial, el ar ține în primul rând de pedopsihiatrie. Aspecte mai particulare sunt cele ale dinamicii între normal și anormal de-a lungul timpului, perspectiva formelor intermediare, cea a vulnerabilității și nonvulnerabilității, a rezilienței, a plurifactorialității, a factorilor nocivi și protectori, a sistemelor microsociale ce constituie nișa ecologică umană a copilului, a echifinalității în realizarea unui tablou psihopatologic cu punct de plecare în diverse sindroame. Psihopatologia developmentală este o disciplină sincretică și sintetică ce acceptă toate perspectivele de studiu și nu e limitativă doctrinar. Ea ține cont de genetică și de dezvoltarea somatică a copilului și tânărului, de studierea maturării și funcționării creierului la diverse vârste, de câștigarea progresivă a competențelor, de influențele educative ale familiei și școlii precum și de cele informale, ce vin din partea relativilor. Psihopatologia developmentală nu se limitează la ontogeneză ci se răsfrânge asupra întregii biografii, are în vedere ciclurile vieții, microgrupul familial, rețelele sociale, influențele instituționale și culturale.

Proiectul psihopatologiei developmentale s-a dezvoltat în perioada anilor '70, când era în lucru și proiectul DSM-III. După 1980 ea se dezvoltă ca o direcție de integrare a cunoașterii în psihologie și psihopatologie rezultată din diverse programe, dar care toate au în vedere observații empirice testabile. Perspectiva pozitivistă și structuralistă este dominantă. Dar pot fi integrate și cercetări ce vin dinspre psihanaliză sau chiar fenomenologie. Fiind astfel concepută, psihopatologia developmentală are nevoie de un centru de colectare și sinteză a cercetărilor și de monografii. O primă monografie a fost publicată în 1982 sub coordonarea lui Rutter (1982) cu titlul de „Psihiatrie developmentală”. O altă sinteză importantă e tratatul coordonat de Cicchetti și Cohen apărută în 1995 și reeditat în 2006.

În acești peste 25 ani de la apariția cărții editate de Rutter, problematica domeniului s-a dezvoltat amplu. Tabla de materii a monografiei din 1982, care are 385 pagini, este următoarea:

Secțiunea I. Influențe asupra dezvoltării: 1. Introducere; 2. Genetica și dezvoltarea mintală; 3. Maturarea sistemului nervos central; 4. Anomalii congenitale, constituția corporală și aspectul corporal; 5. Influențe familiale; 6. Influențe școlare; 7. Influențe comunitare și culturale; 8. Diferențe psihologice care țin de sex; 9. Diferențe individuale în temperament; 10. Învățarea.

Secțiunea II. Funcționarea corporală: 11. Alimentarea și somnul; 12. Dezvoltarea controlului sfincterian; 13. Dezvoltarea motorie și disabilitatea motorie; 14. Lateralizarea; 15. Reactivitatea sistemului nervos autonom.

Secțiunea III. Cogniție: 16. Percepția; 17. Dezvoltarea atenției; 18. Limbajul; 19. Abilitățile de citit și pronunțarea; 20. Dezvoltarea cognitivă; 21. Inteligența.

Secțiunea IV. Dezvoltarea emoțională și socială: 21. Atașamentul și dezvoltarea relațiilor sociale; 22. Relațiile familiale și cu alte persoane: două lumi sociale; 23. Jocul; 24. Dezvoltarea emoțională; 25. Dezvoltarea psihosexuală; 26. Dezvoltarea morală; 27. Dezvoltarea agresivității.

Secțiunea V. Teorii și abordări: 28. Tendințe și probleme în perspectivă.

Ediția a II-a a Tratatului editat de D. Cicchetti și D.J. Cohen în 2006 are 3 volume și aproape 3 000 de pagini. Primul volum se ocupă de teorii și metode, cel de al doilea de neuroștiințele developmentale iar volumul al treilea de risc, tulburări și adaptare. Comentarea directă a cadrelor nosologice cuprinde mai puțin de un sfert din lucrare, toate fiind prezentate în perspectivă developmentală.

La conjuncția dintre științele neuro-biologice și cele socio-culturale, în cadrul unui înteles larg al „științelor antropologice”, psihopatologia developmentală studiază apariția și dezvoltarea diverselor funcții centrate de eu (sine, persoană). Această cercetare este întreprinsă pornindu-se de la aspectul normal al dezvoltării, cu sesizarea tuturor variantelor și distorsiunilor ce pot apărea, de la cele minore până la cele mai grave. Strânsa interferență între dezvoltarea normală a psihismului, cea marginală normalității, stările critice, cele psihopatologice și apoi frecvența revenire la un nou echilibru, sugerează să se vorbească mai bine de un concept comun: „psihologie și psihopatologie developmentală” (p.pt.d.), expresie ce o vom folosi în continuare. Ansamblul acestor studii are, așa cum s-a precizat, o orientare pozitivistă. Ceea ce presupune o observare, descriere și evaluare cât mai exactă, care să permită evaluarea comparativă dintre diverse loturi de studiu făcută de diverși cercetători. Funcțiile psihice pot fi împărțite în clase, cum ar fi, în conformitate cu variantele tradiționale: cele instinctive, emoțional-afective, cognitive, de relaționare socială, de judecare morală. Orice prezentare analitică se face pornindu-se de la premiza că funcțiile psihice sunt interconectate, se condiționează și se influențează reciproc. De exemplu dezvoltarea cognitivă, în ansamblu, se bazează pe atenție și memorie, interferează strâns cu dezvoltarea limbajului și ulterior, a cititului. Pe de altă parte, acestea sunt dependente de capacitatea mai globală a funcționării psihice denumită inteligență; pe care însă, din altă perspectivă, o și actualizează. Diverse studii au arătat o corelare între dezvoltarea cognitivă a inteligenței și dezvoltarea afectivă și interpersonal socială.

Gravitând în jurul marilor doctrine psihopatologice, p.pt.d. a acceptat tot timpul perspectiva organizațională asupra dezvoltării (Cicchetti 2006). Aceasta are în vedere progresia și reorganizarea calitativă a sistemelor: biologic, emoțional, cognitiv, reprezentativ, lingvistic, comportamental, în direcția unei diferențieri progresive și a unei integrări ierarhice. Dezvoltarea individuală progresează de la o stare de organizare relativ difuză și nediferențiată spre o crescută articulare și complexitate, prin diferențierea și consolidarea sistemelor separate, dublată de un proces de interconexiune integrativă. Inițial, sistemele separate sunt nediferențiate. În cursul dezvoltării, ele devin tot mai distincte, mai diferențiate, ceea ce duce la un nivel crescut de complexitate al organizării ansamblului. La fiecare moment al reorganizării, structurile prealabil dezvoltate sunt încorporate în cele următoare, în sensul unei integrări ierarhice.

Pot fi considerate ca aspecte caracteristice pentru p.pt.d. următoarele: – Perspectiva interdisciplinară; – Studierea concomitentă și în paralel a dezvoltării normale și a celei deviant-patologice a psihismului, inclusiv zonele de tradiție dintre acestea; – Studii orientate pozitivist privitor la aspecte precise ale persoanei, dezvoltate longitudinal și corelate între ele (obiectivul limită îl reprezintă studierea dezvoltării și metamorfozelor pe întreaga durată a vieții, deci articularea cu problematica ciclurilor vieții de la vârsta adultă); – Perspectiva transgenerațională a particularităților dezvoltării normale și anormale; – Înțelegerea dezvoltării din perspectivă ecologică, a interrelațiilor și influențelor reciproce dintre individ și micro-grupurile umane cu care aceasta interacționează direct în cadrul unei socio-culturi; – Studierea concomitentă a factorilor stresanți și a celor protectivi; – Studierea continuității și discontinuității dintre tulburările și devianțele prezente la o anumită vârstă și la vârste ulterioare, inclusiv la cea adultă; – Cercetarea „elasticității” („rezilienței”) psihismului, în sensul că anumite persoane reușesc o bună dezvoltare, chiar dacă trăiesc timp îndelungat în condiții nefavorabile; – Ajungerea la un rezultat comun psihopatologic la vârsta adultă, pe diverse căi ale devierii în cursul copilăriei; – Problemele care le ridică perioadele critice ale dezvoltării; – Studierea perioadelor de risc crescut pentru psihopatologie; – Constituirea unor indivizi cu risc constant pentru tulburări psihice și evoluția acestora în cursul dezvoltării; – Studierea situațiilor developmentale în care copilul sau tânărul se află într-o fază intermediară între normalitate și anormalitate; – Influențele negative asupra dezvoltării diverselor funcții a unei deficiențe sectoriale, prin cumulări intermitente, ajungându-se la vulnerabilizări sau perturbări de ansamblu; – Compensarea developmentală a unor deficiențe prin evoluția spontană sau prin intervenții țintite în anumite perioade de viață.

P.pt.d. are o importanță cu totul deosebită în perspectiva promovării sănătății mintale. Studiile pe care ea le întreprinde aduc argumente asupra factorilor de vulnerabilizare, asupra patologiei subclinice și prodromale ce poate uneori progresa spre stări clinice, asupra factorilor protectivi și rezilienți, asupra evoluției pe termen lung a unor manifestări episodice și a drumului de viață a oamenilor cu tulburări psihice.

Actuala p.pt.d. are un impact deosebit asupra psihopatologiei clinice tradiționale și împreună cu psihopatologia evoluționistă, cognitivă și fenomenologică solicită în prezent o regândire a acesteia.

6.2. NOSOLOGIA PSIHIATRICĂ ÎN PERSPECTIVĂ DEVELOPMENTALĂ ȘI A CICLURILOR VIEȚII

Psihopatologia developmentală are în vedere clasică nosologie psihiatrică care, în cadrul modului ei complex de abordare nu s-a modificat în esență dar s-a nuanțat. Se studiază tot mai cu atenție vulnerabilitățile, manifestările precoce și consecințele tardive ale unor tulburări, apropierea dintre diverse cadre nosologice clasice așa cum rezultă nu doar din simptomatologice ci și din comorbiditatea longitudinală și patologia familială. P.pt.d. sugerează că marile sindroame clinice exprimă nede dezvoltarea sau manifestarea deviantă a unor structuri funcționale normale, a unor „moduli” psihici adaptativi, care în parte sunt programați genetic în parte se dezvoltă în mod firesc în cursul ontogenezei asigurând funcționarea psihică normală a adultului.

Psihopatologia developmentală are în vedere în primul rând entitățile de care s-a ocupat întotdeauna și pedopsihiatria; și care se referă la acele tulburări care apar sau pot fi diagnosticate la vârsta infanțo-juvenilă. În mod clasic aici se plasează deficiența mintală de diverse grade și etiologii, însoțită sau nu de encefalopatie evidentă. Deficiența mintală nu este o boală psihică propriu zisă ci o oprire în dezvoltarea mintală, predominant în aria operaționalității funcțiilor intelectuale. O altă tulburare deja clasică a pedopsihiatriei este autismul infantil Kanner care este clar diagnosticabil la 3 ani; dar indici semnificativi pot fi detectați în primul an de viață. În forma sa tipică simptomatologia afectează calitatea interacțiunilor sociale, a comunicării lingvistice și nonlingvistice iar interesele și comportamentele copilului sunt repetitive, stereotipe, reduse. Este vorba tot de o nede dezvoltare psihică armonioasă, de o tulburare „pervasivă” care afectează în primul rând comunicarea interpersonală socială, percepția de sine și percepția celuilalt. În marginea acestei tulburări s-a dezvoltat conceptul de „spectru autist” care cuprinde și sindroamele Asperger, Haller, Rett precum și „autismul atipic” și autismul cu înaltă inteligență și adaptare. În acest caz se ridică problema nede dezvoltării unor „moduli” psiho-cerebrali, moduli antropologici adaptativi ai sinelui, cum ar fi cel care susține „coerența centrală” a psihismului, și cel ce stă la baza mentalizării, a ToM. E vorba de structura funcțională a „sinelui nuclear” („self”) în corelația sa comprehensivă cu sinele altor persoane.

Tulburarea atențională și comportamentală denumită mai demult instabilitate psihomotorie, în prezent ADHD devine evidentă la 3–4 ani și în esență constă dintr-un deficit de atenție, hiperactivitate și impulsivitate. Acestea au drept consecințe dificultăți de integrare socială și de achiziționare a competențelor școlare. Pentru diagnostic se pot folosi liste de simptome, cum ar fi pentru deficitul de atenție: copilul nu e atent la detalii, la activitățile curente (teme, joc), pare să nu audă ceea ce i se spune, nu poate urmări explicațiile, nu finalizează activitățile (la școală, acasă), începe mai multe lucruri deodată, nu își poate organiza activitatea, pierde ușor, e uituc, e distras cu ușurință de stimuli exteriori. La fel se poate proceda pentru hiperactivitate și impulsivitate. Tulburarea A.D.H.D. e tot mai frecvent diagnosticată în ultimul timp, inclusiv la adult, ridicând multiple probleme cum ar fi: – Care este baza de disfuncție cerebrală care o susține? – În ce măsură reprezintă ea devierea unui modul psihologic adaptativ și anume acela de investigare activă a ambianței, care în mod firesc e deosebit de activ în copilărie? – În ce relație se află cu alte tulburări ale psihopatologiei ca: anxietatea, hipomania, tulburările de conduită agresive. Această ultimă problemă se corelează cu o importantă polarizare nosologică ce s-a făcut în pedopsihiatrie între tulburările „externalizate” – care pe lângă A.D.H.D. mai cuprind tulburări ale conduitei, adicția de substanțe psihoactive, și tulburările „internalizate” care se exprimă mai puțin comportamental, așa cum e depresia, anxietatea, patologia obsesivă, unele tulburări de somn sau corelate alimentării. Această polarizare este în ultimul timp adoptată și de unele cercetări din domeniul psihopatologiei adultului.

Ultimii ani au atras atenția asupra faptului că tulburările dispoziției sunt și ele frecvente la vârsta infanțo-juvenilă dar au modalități de exprimare puțin diferite. Ele se manifestă acum predominant prin

tulburări de comportament, iritabilitate, scăderea randamentului școlar, tulburări de somn și alimentare. Copilul nu își exprimă verbal depresia destul de explicit dar se retrage din grup, uneori vagabondează, slăbește, obține calificative slabe la școală. Episoadele maniacale sau hipomaniacale se exprimă și ele prin simptome ca: neliniște psihomotorie, atenție instabilă, agresivitate, tulburări de comportament, nevoie redusă de somn, creșterea debitului vorbirii. Depistarea tulburărilor dispoziționale la vârsta infanțo-juvenilă e importantă, chiar dacă sunt forme subclinice, pentru monitorizarea cazurilor, în vederea prevenției unor episoade majore la vârsta adultă; precum și pentru înțelegerea amplitudinii spectrului tulburărilor afective.

O atenție specială merită abordarea dezvoltării a tulburărilor anxios-fobice și obsesiv-compulsive. Criteriile pentru diagnosticarea acestora sunt prezentate în DSM-IV-TR și ICD-10 unde ele sunt grupate alăturat. P.pt.d. introduce o perspectivă de abordare care pune accentul pe: – Înțelegerea manifestărilor precoce a sindroamelor din acest spectru psihopatologic, ca: Particularități ce țin de vârsta și de manifestările firești și comprehensibile; – Înțelegerea condițiilor care țin de complexitatea psihismului la diverse vârste și de situațiile psihologice specifice etapelor dezvoltamentale; – Înțelegerea dinamicii dezvoltamentale a acestei patologii; – Înțelegerea unor perioade speciale ale ciclurilor vieții care pot activa predispozițiile anxios-obsesive.

Anxietatea și fobia sunt fenomene normale și adaptative, atât la animale cât și la om. Ele au particularități normale de manifestare și în perspectivă dezvoltamentală și situațională. Anxietatea de separare și de contact cu persoane necunoscute este marca definitorie a începerii formării relației de atașament normale. Anormale ar fi lipsa acestor reacții la vârsta și în împrejurările definite dezvoltamental. Dar și o manifestare excesivă a anxietății de separare și de contact în perioada 1-3 ani poate fi un indicativ de psihopatologie. Acest model de reacție normal și adaptativ poate apoi persista și ulterior, la vârsta și în împrejurări în care nu mai e adecvat. Copilul cu o relație de atașament fuzională, care nu se poate despărți niciun moment de mamă la 3-6 ani (care rămâne lipit de „fustele” mamei) este un caz anormal care semnaleză o vulnerabilitate psihopatologică. Wackefield are dreptate atunci când consideră că aplicarea mecanică a criteriilor DSM-IV-TR pentru diagnosticul de „anxietate de separare” poate conduce la multe diagnostice fals pozitive. Dar, dacă fenomenul e cunoscut și judecarea diagnostică nu e mecanică ea poate sta la baza înțelegerii unor fenomene psihopatologice ulterioare. De exemplu, pentru ceea ce a fost descris și calificat la 6-7 ani ca fobie școlară. Aceasta poate fi pluricondiționată, în perspectivă psihosocială putând interveni și experiențele negative pe care un copil timid le poate avea în perioada de adaptare la viața din comunitatea școlară: eșecuri, critici sociale, rușine, stigmă, lipsa de comprehensiune și sprijin solidar etc. Dar, fundamentele de relaționare socială dificilă cu noi persoane, pe care le relevă anxietatea de separare și de contact, nu trebuie ignorate. Agorafobia nu a fost comentată la preșcolari. Faptul e comprehensibil deoarece la această vârstă copilul nu se deplasează de obicei singur în spațiile publice și experiența sa în parcurgerea unor teritorii complexe și noi, nefamiliare, era până recent în mod firesc redusă. La fel ca și conștiința – sau preconștiința – pericolelor posibile în noile ambianțe. Dar, copiii prezintă în mod spontan atacuri de panică, fenomen corelat îndeaproape agorafobiei, astfel încât aceste cazuri sunt probabil mai predispușe, și o dezvoltă ulterior în cadrul unei „diateze” anxioase. Fobia sau anxietatea socială nu are nici ea criterii suficiente pentru a fi diagnosticată în mica copilărie; deși pot fi identificați copii mai emotivi și „rușinoși”. E nevoie ca în ontogeneza psihică să se dezvolte capacitățile de autoevaluare pentru ca subiectul să se aștepte ca în manifestările publice alții să-l evalueze negativ. Dezvoltarea ontogenetică a controlului emotivității sociale, a stimei de sine, a capacităților de relaționare și *coping* cu alții, sunt însă „piese de dosar” care participă la sinteza acestui proces; la care contribuie desigur și experiențele de viață, eventualele învățări patologice, particularitățile tipologice caracteriale, zona de funcționare socială spre care subiectul a fost direcționat și în care s-a experimentat ș.a.m.d. (McClure, 2006).

Tulburarea obsesiv-compulsivă – TOC – a beneficiat în ultimele două decenii de o atenție sporită din partea cercetătorilor, dovedindu-se a fi deosebit de frecventă. Se pune tot mai mult accent pe debutul său precoce, pe incidența sa crescută în perioada pubertății și adolescenței (Lăzărescu, 2008). De fapt TOC a fost de mult în atenția pedopsihiatrilor preocupați de ritualurile infantile. În urma unor observații atente s-a evidențiat marea frecvență la copii a unor comportamente repetitive zilnice, „ritualuri infantile” similare cu fenomenele din TOC. Multe din acestea reprezintă exerciții plăcute, altele reduc anxietatea prin întărirea și consolidarea „constanței obiectului” în perioada de incertitudine a separării, altele ajută la ținerea sub control a impulsivității. Preocuparea față de simetrie și ordine precum și insistența pentru identitate sunt fapte comune la preșcolari. Dar dacă persistă peste 4-5 ani, se asociază cu o adaptare dificilă. La fel, tendința spre

fixitate, pentru a păstra lucrurile în aceeași poziție. Începând cu al doilea an de viață copiii dezvoltă o varietate de ritualuri în legătură cu comportamente obișnuite. La doi ani și jumătate apar ritualuri de culcare și de păstrare a unor situații identice. Freud asociază ritualurile copilului cu nevoia de a controla și organiza realitatea. Ritualul apare ca un vehicol pentru relațiile interpersonale, ajută la stabilirea sensului sinelui și a relației cu alții. Piaget a studiat în cadrul dezvoltării inteligenței importanța jocului simbolic cu roluri, ce se repetă ritualic, pentru consolidarea modelelor de interacțiune. Ritualurile copilăriei se corelează cu activități sau situații obișnuite: sculatul, toaleta de dimineață, plecarea de acasă, așteptarea unor evenimente, mâncatul, culcatul. Aceste situații banale devin încărcate de superstiții și ajung să fie în cazul obsesionalității hiperelaborate și mari consumatoare de timp. Ritualurile copilului se corelează cu frica că s-ar putea întâmpla ceva rău dacă nu e „totul în ordine”. În spatele ritualurilor copilului se cere totdeauna căutată nesiguranța, lipsa sentimentului de independență și sprijin, distorsiunea relaționărilor interpersonale (Evans, 2006).

Ritualurile sunt o componentă a vieții zilnice a fiecărui om, ele putând fi mai mult sau mai puțin manifeste și rigide. În unele cazuri de TOC ele ajung să fie principale manifestări a tulburării. La persoanele cu o vulnerabilitate crescută pentru obsesionalitate, ritualurile zilnice se pot accentua în perioade ale schimbărilor de viață sau în perioade de criză existențială, de creștere a responsabilității. O situație specială e cea a femeilor în perioada parturii și imediat după naștere. În această perioadă s-a observat apariția unor obsesii agresive privitoare la propriul copil, culminând cu intenția de a-l omorî. Obsesia compulsivă apare într-un context anxios depresiv și îngrozește mama. La părinții tineri, mai ales cu ocazia primului copil, apar pe tot parcursul parturii preocupări marginale obsesive legate de evoluția sarcinii. În perioada imediat premergătoare nașterii gândurile intruzive ar fi prezente la 95% din părinți. După naștere mama e de obicei prevalent centrată pe copil căutând în permanență să anticipeze nevoile sale. Apare preocuparea anxioasă că nu va face față adecvat solicitărilor, că s-ar putea să greșească și să îi facă rău fără voie copilului. Și de asemenea grija ca acesta să nu se îmbolnăvească, preocupări față de igienă, creștere etc. Sunt frecvente verificările și autocontrolul, uneori solicitarea sprijinului altora. În perioada *postpartum* apar destul de frecvent trăiri de tip OC diverse la mamă, deseori în context depresiv. Ele pot apărea și la tată, mai ales gânduri agresive față de copil când e deranjat.

La vârsta a treia în mod normal apar o serie de manifestări de model obsesiv cum ar fi: verificări repetate, zgârcenie, colecționarism, psihorigiditate cu evitarea situațiilor noi, reamintiri obsesive. În ultimii ani s-a descris la persoane aflate la vârsta a treia, „sindromul Diogene”, care constă în colecționarism conjugat cu pronunțată dezordine, autonegligare și neglijență. O parte din manifestările acestui sindrom se corelează cu problematica patologiei obsesionale.

*
**

P.pt.d. a introdus noutăți în ceea ce privește metodologia de cercetare în psihopatologie. În principiu ea este axată pe pozitivism, pe o medicină a evidențelor în care o cazuistică precis definită după o metodologie este reevaluată și reanalizată la intervale mari de timp. Intervalul mare de timp, de exemplu din copilărie până la vârsta adultă, pretinde cuprinderea și a unor metode prospective și retrospective de evaluare, coordonarea diacronă a unor echipe de cercetare, translația definițiilor, instrumentelor și conceptelor (Achenbach, 2006). Apoi p.pt.d. are în vedere un om în formare, la care apare un sine reflexiv ce mentalizează, detectează și evaluează mintea altora, intră în relații de atașament și intersubiectivitate. Acest fapt presupune o atenție deosebită acordată și perspectivei subiective a „persoanei întâi” care e luată în considerare împreună cu perspectiva global empirică a „persoanei a treia” pe care o presupune metodologia pozitivistă. Cercetarea empirică în acest domeniu nu poate ignora intersubiectivitatea. Apare un nou înțeles pentru „fenomenul uman”, care nu se reduce la observarea comportamentului exterior sau la „trăirile subiective” esențializate, așa cum proceda fenomenologia clasică. Ci le implică în relații interumane și în dezvoltarea propriei autonomii, a propriului sine și psihism conștient, interrelaționat cu alții în cadrul unei nișe ecologice umane. În plus, relația de atașament și în general relațiile intersubiective prin care copilul se leagă în permanență de cei din jur, ridică aspectul studierii științifice a perspectivei „persoanei a doua” care până în ultimul timp a fost ignorată sau cantonată la preocupările psihoterapeuților.

P.pt.d. derivă din medicina psihiatrică cu a ei psihopatologie clinică. Dar, la rândul ei, are repercusiuni asupra acesteia, modificându-i orizonturile. Ideea prevenției și a depistării precoce a bolilor e o problemă

general medicală. P.pt.d. pune această problemă într-o nouă lumină. În cursul dezvoltării copilului în familie, parcurgerea normală a diverselor etape, după standardele expectate, este ea însăși o problemă la care familia are o contribuție. Dezvoltarea ontogenetică poate avea variații în jurul unei formule standard normale, iar aceste îndepărtări de la norma ideală pot să nu fie patologice, dar să semnaleze vulnerabilități. Mai ales că în perioada infancto-juvenilă când autonomia sinelui e în dezvoltare (Ryan, 2006), însuși mecanismul de funcționare a familiei și a ambianței ecologice umane poate condiționa deviații reversibile, care nu pot fi cotate ca tulburări psihice plasate în individ, cu origine în el; ci, cel puțin parțial, ca probleme, particularități, deviații ale sistemului familial și ecologic, care doar se reflectă temporar în manifestările individului. Acest aspect al relației dintre individ și mediul uman proxim – recte familie – e important și semnificativ și în cursul vieții adulte. Dar el e cel mai sensibil în perioada ontogenezei. P.pt.d. a adus în planul analizei și dezbaterii faptul că mediul ecologic proxim familial are importante valențe în dinamica psihopatologică, el putând fi cauza unor fenomene diverse ca: – formarea și modelarea individului; – vulnerabilizarea sa și precipitarea lui spre o expresivitate psihopatologică ce exprimă o deviație de funcționare a familiei; dar și: – protecția individului; – zona de afirmare a competențelor și de obținere a satisfacțiilor. Aceste aspecte relevă rolul important pe care îl joacă familia în p.pt.d.

6.3. FAMILIA ÎN PERSPECTIVA PSIHOPATOLOGIEI DEVELOPMENTALE

P.pt.d. este consonantă cu doctrina cogniției sociale, care înțelege persoana ca un sine – „self” – activ, expresie a funcționalității cerebrale, ce se afirmă continuu ca un agent capabil de prevedere și autoreglare, de perceperea reflexivă a autoeficacității sale și de creativitate. Sine ce susține identitatea transtemporală a persoanei în raport cu sine, cu alții și cu lumea. Psihologia developmentală integrează însă și perspectiva etologică a structurării nucleului sinelui personal prin relațiile formatoare cu mama din primul an de viață, prin asimilarea imagoului protector al acesteia în cadrul relației de atașament și prin structurarea ulterioară a capacității de a intui intenționalitatea altora în situație, pe care o descrie fenomenul ToM. Și de aici încolo, formarea și afirmarea persoanei în contextul relaționărilor interpersonal sociale desfășurate în mijlocul universului simbolic pe care-l susține limbajul asertiv. Tocmai astfel se realizează progresiva cogniție socială, care permite și învățarea vicariantă, prin modele, prin identificarea cu eroi ideali. Această înțelegere a psihismului uman scoate în relief rolul fundamental al familiei atât în formarea și afirmarea normală a persoanei cât și în alunecările sale psihopatologice.

Familia este baza biologică dar și umană a apariției și formării oricărui individ, fapt ce articulează psihologia umană de cea animală. Psihanaliza a intuit acest lucru comentând reprezentarea problematicii relaționale cu părinții prin instanța supraeului, prin conflictul oedipian. Psihologia developmentală actuală urmărește formarea progresivă a psihismului copilului prin relațiile sale strânse cu mama din primul an de viață, cu membrii familiei sau persoanele familiale în primii 3–4 ani de viață. Subiectul se individualizează, desigur, sprijinindu-se și pe alte elemente sociale decât cele strict familiale, pe socializarea educațională și pe relațiile sale cu persoane din afara familiei, adulți tineri sau copii din aceeași generație. Dar familia rămâne punctul de plecare și axul socializării, constituind „polul intimității de tip familial” care structurează ulterior axa intim-public a conștiinței persoanei. În spațiul psihologic familial relațiile dintre persoane sunt apropiate și continue, deși ele se diferențiază și se polarizează progresiv. În acest mediu familial, relațiile dintre indivizi nu sunt doar punctuale ci cuprinse într-un „câmp psihologic”, metafora sugerând câmpul gravitațional din fizică. Această temă a „câmpului psihologic” a fost parțial conceptualizată în prima parte a secolului XX în cadrul psihologiei configuraționiste de către Lewin. Ea a fost reluată apoi, într-o altă manieră, în doctrina psihologică a „relațiilor interpersonale” a lui Sullivan și aplicată circumplexului relațiilor interpersonale a lui Leary-Wiggins. Tema nu a fost însă ulterior dezvoltată deoarece spiritul științific al neopozitivismului avea nevoie de delimitări precise ale obiectelor de cercetare. Ea se regăsește parțial în conceptul de sistem, de sistem familial, dar fără ceea ce tradițional era specific „câmpului”, spre exemplu atracția spre un centru indiferent de poziție, amplitudini diferite ale atracției în funcție de poziție; și mai ales „mediul” interrelațional difuz. Dar ideea de „câmp psihologic” se regăsește și în conceptualizarea psihopatologiei bazată pe fenomenologie, de exemplu prin tema „percepției atmosferice” pe care a lansat-o Minkowski. Accentul pus de p.pt.d. pe influențele familiale sunt o premiză pentru reactivarea metodologică a ideii de câmp și de „percepție atmosferică” în psihologie și psihopatologie în însuși cadrul „sistemului familial”.

Rolul familiei în psihopatologie, intuit de psihanaliză, a căpătat o nouă dezvoltare în a doua jumătate a secolului XX după apariția unor noi teorii în științe, ca cea a comunicării (Shannon), cibernetica (Winer), teoria sistemelor (Bertalanffy) teoria „determinismului nonlinear” (Prirogin), a „catastrofelor”, a „haosului”, prin hermeneutică, semiotică, mitologie etc. O parte din aceste teorii au aplicații în domenii fizico-matematice și lingvistic-culturale; dar ele își fac loc și în cadrul analizei la acest nivel suprapersonal de funcționare a psihismului persoanei în cadrul sistemului dinamic al familiei, găsim și o aplicare în dezvoltarea terapiei familiale sistemice (Elkaim, 1995).

Perspectiva familială se raportează la psihopatologie în două sensuri. Pe de o parte, în perspectivă etiopatogenetică, influențele familiale pot nu doar să condiționeze stări psihopatologice ci le pot și scoate în relief. Terapia familială își are rațiunea de a fi în ideea că funcționarea familiei poate fi perturbată în ansamblul ei. Iar „pacientul”, mai precis manifestările psihopatologice pe care pacientul le evidențiază și care ajung în vizorul terapeutului, pot fi expresia, simptomul acestei perturbări globale, sistemice. În al doilea sens, familia e cea care „suportă” în primă instanță manifestările psihopatologice.

Familia este un micro-grup uman ce interacționează strâns, practic ritmic, timp îndelungat. Și care, din multe puncte de vedere, e asimetric. Între membrii familiei există legături mai mult sau mai puțin apropiate și cu diverse semnificații (dragoste, ură, dependență, ambivalență, dominanță, indiferență). Ei comunică într-o manieră complexă, lingvistic și metalingvistic, cu sensuri clare, ambigui sau contradictorii. Comunicările pot fi cu dublu sens, astfel încât un tip de mesaj recepționat condiționează un alt tip de mesaj, reciproc condiționat. În familie există diverse roluri parentale: de mamă, tată; de copil; fraternal; de bunic sau unchi. De asemenea, funcționează tacit diverse reguli, mai mult sau mai puțin respectate de membri. Unii dintre aceștia au mai multă putere și control asupra altora. Între membrii familiei se pot realiza și se realizează coaliții. Există desigur și relații externe valabile pentru toți (sau aproape toți) membrii familiei. Totuși, e mereu prezentă și tendința de a păstra o homeostazie, de a se menține tot timpul o coerență a familiei. Ceea ce se petrece cu un membru al familiei tinde să se repercuteze asupra tuturor celorlalți, la fel ca în orice sistem (Mircea, 1998). Dincolo de întâmplările neprevăzute și de modificările proiectate pe termen scurt, există o dinamică a familiei pe termen mediu și lung, care ține de însăși ciclurile vieții. Copiii cresc, unii pleacă din familie sau se căsătoresc, rămânând în interiorul ei. Părinții îmbătrânesc, unii mor sau se internează pe termen lung în sanatorii ș.a.m.d. Pentru studierea „ciclului dezvoltării familiei” se poate lua ca punct de plecare evenimentul standard al căsătoriei, în raport cu care se pot analiza antecedentele și consecințele.

Căsătoria e de obicei precedată de o relație interpersonală constantă ce evoluează spre o legătură psihologică strânsă și intimă. Îndrăgostirea și dragostea poate fi considerat un fenomen natural de tipul unui „modul psihic adaptativ” situațional uman, ce favorizează constituirea unui cuplu care evoluează în direcția familiei și procreerii. Și aceasta chiar dacă ea se poate desfășura în marginea sexualității. Analiza existenței în cuplu dual, intim, poate invoca metafora „câmpului psihologic interpersonal”, bazat pe atracție, compatibilitate, interpenetrare psihologică, identificare reciprocă. Câmp centrat de doi poli și în cadrul căruia se desfășoară fenomene specifice.

Evenimentul căsătoriei se articulează cu istoria familiei de origine a fiecăruia dintre parteneri, cu contextul familial în care fiecare dintre aceștia s-a născut și a crescut. Faptul implică o multitudine de factori, precum: – vârsta părinților la nașterea sa; – relațiile psihice dintre părinți; – perioada concepției și nașterii sale; în ce măsură a fost un copil dorit sau nu; – cum s-a realizat procesul de maternaj în primul an (ceea ce implică toate relațiile intrafamiliale ce au putut influența mama în această perioadă); – cum s-au realizat comunicările intrafamiliale în primii 3–4 ani de viață; – cum s-au desfășurat relațiile cu frații (dacă au existat) de-a lungul întregii copilării; – care a fost influența asupra copilului în dezvoltare a altor membri ai familiei lărgite (bunici, unchi, rude); – care a fost, în familie, sistemul de comunicare (extra-verbală și verbală), cel de derulare al normelor (de permisivitate, interdicție și obligație), stilul sancțiunilor și recompenselor, modelele de identificare, alianțele și dinamica afectivă intrafamilială ș.a.m.d. Toate acestea se corelează, desigur, cu posibile influențe extrafamiliale, care derivă din: grupul de prieteni, influențele din cadrul grădiniței și școlii, modelele ideale vehiculate de cultură prin mass-media.

S-au încercat sistematizări ale influențelor extrem de variate, formatoare dar și deviante, pe care le suportă un copil sau un tânăr în perioada personogenezei și care pot juca un rol direct sau indirect în psihopatologie. În ultima perioadă de timp sistemul ICD-10 a propus o astfel de ordonare pe axa 5, pentru psihiatria infantilă, care se referă la „împrejurări psihosociale asociate” (Burk, 1998). Ea poate fi completată

pe baza informațiilor obținute printr-un interviu structurat sau semistrukturat ce are loc cu părinții sau cu alți informanți credibili și se referă la prezent și la perioadele anterioare. Aspectele acestor influențe sunt foarte multe și, de aceea, structura interviului trebuie să fie flexibilă, având totuși în vedere cât mai multe eventualități. După ce se obțin informații de bază asupra copilului și familiei acestuia, se investighează în mod special: – ambianța abnormă de viață (actuală sau în trecut); – educarea într-o instituție; – situații amenințătoare care au apărut în urma plecării din propria familie; – situații parentale deviante (un părinte alcoolic); – factori traumatizanți cronici, de natură interumană, legați de școală; – neliniște generată de școală; – migrație sau transplant social; – condiții de viață cu pericolitate psiho-socială; – familia izolată; – evenimente de viață acute, traumatizante (pierderea unei relații dragi, relație perturbată prin apariția de noi membri în familie, evenimente care duc la scăderea respectului față de sine); – factori traumatizanți de ordin social (discriminare); – abuz sexual; – condiții abnorme de educație (atitudine hiperprotectoare a părinților); – educație care nu permite o experiență suficientă; – solicitări și presiuni excesive din partea părinților; – relații intrafamiliale abnorme (lipsă de căldură în relația părinte-copil); – dizarmonie în familie între adulți; – respingerea dușmănoasă sau tratarea copilului ca pe un „țap ispășitor”; – maltratarea corporală a copilului; – comunicare intrafamilială inadecvată sau distorsionată; – tulburare psihică sau handicap la un membru al familiei (mai ales la un părinte sau la un frate). Toate aceste situații pot condițional particularități sau anormalități în dezvoltarea psihică, în maturarea și autonomizarea sinelui, în strategiile sale de raportare interpersonală sau față de situații problematice. În cursul ontogenezei se pot sedimenta „învățări patologice” atât în ceea ce privește conduitele cât și evaluările privitor la semnificația stimulilor ambientali.

Dacă pornim de la punctul de plecare ales în schema propusă și care este momentul căsătoriei, se afirmă apoi și în continuare o a doua dinamică a ciclului familial, adăugându-se o nouă structură deasupra celei imprimată de familia de origine. Pe de o parte, subiectul ce și-a întemeiat propria familie, păstrează, nu doar relațiile interiorizate ci și pe cele nemijlocite cu propria familie de origine, cu care poate conviețui mai mult sau mai puțin apropiat fizic și cu implicare afectivă. De exemplu, conviețuirea zi de zi a noiei cu soacra ridică, conform concepției tradiționale o serie de probleme afective tensionate. Pe de altă parte însă există o dinamică proprie, un „ciclu”, al acestei noi familii constituite, care parcurge o perioadă inițială de adaptare reciprocă a partenerilor (L'Abote, 1994). Iar apoi, numeroase variante evolutive care pot consta din: – adaptare, înțelegere, stabilitate; – perioade de criză ce se pot încheia cu împăcare sau despărțire temporară sau definitivă; – planificarea unui copil și preocuparea față de el, după naștere; – apariția altor copii prin concepție sau adoptare și rolul jucat de fiecare părinte în cadrul familiei lărgite, care poate cuprinde și o parte din proprii părinți și rude, alte persoane apropiate, alți copii sau tineri adoptați în familie. De subliniat că planificarea, nașterea și grija pentru nou născut și copil se realizează în cadrul unei relații interpersonale speciale, duale, ce se constituie ca un „câmp psihologic” constant și intim; câmp ce are doi poli, e marcat de la început de intersubiectivitate și dezvoltă reprezentarea „prezenței” celuilalt în structura propriului sine. Pe măsură ce copiii cresc, apar diverse probleme legate de școlarizare, de integrarea lor în societate. Iar mai târziu, de propriile relații afective ale copiilor, cu plecarea lor de acasă, și/sau de căsătoria copiilor (Lăzărescu, 2002).

Deși problematica și relațiile pe care le implică dinamica ciclului unei familii constituite pare infinită, ea poate fi totuși trecută în revistă în perspectiva unor elemente esențiale ce ar putea fi surprinse în figura de mai jos:

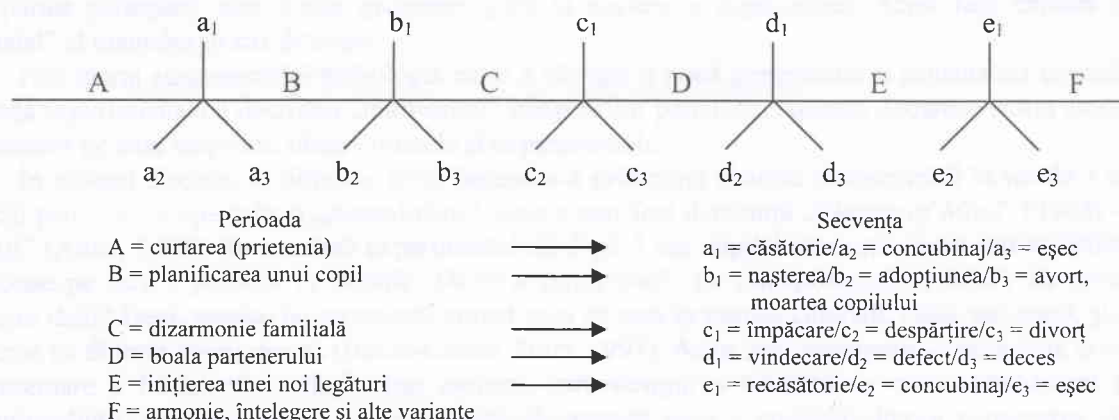


Figura 21. Perioade standard ale ciclului unei familii monogame.

Pornind de la perspectiva simplificatoare pe care o propune o schemă, aceasta poate fi nuanțată prin analiza dezvoltării în familia sa de origine a fiecăruia din cei doi parteneri, precum și prin urmărirea destinului propriilor copii, în raport cu existența cărora persoana din cuplu este într-un fel implicată. Toate aceste dinamici se desfășoară în paralel, cuprinse în contextul nișei ecologice umane a familiei, a rețelei de relații sociale ale acestora, în cadrul unei culturi și a unui timp istoric dat.

Elementele de bază ale vieții familiale considerată ca entitate supraindividuală care au fost rezumate mai sus, pot prezenta diverse distorsiuni ce au drept consecință deviații psihice ce se pot amplifica prin feed back negativ conducând la tulburări psihopatologice. Acest fapt a și determinat studierea sistemului familial în perspectiva psihopatologiei dezvoltamentale. Iar în acest context s-au dezvoltat modele de intervenție terapeutică familială. Prezența la unul sau mai mulți membri ai familiei a unei boli sau a unui handicap fizic sau psihic se repercutează asupra celorlalți membri ai familiei și asupra întregului sistem familial, după o dinamică specifică. Dar e important ca orice caz psihopatologic să fie abordat prin proiecția sa pe ecranul familiei, fapt ce ajută la înțelegerea etiopatogeniei și modului de manifestare. Și poate ajuta, prin intervenție familială, la ameliorarea sa.

Microsistemul familial are un rol formator, el susține un ansamblu de învățări normale sau deviate. De asemenea, joacă un rol protector, de sursă a unor satisfacții, de manifestare a competențelor. Dar, în același timp familia poate fi și sursa a nenumărate stresuri, unele continue, altele periodice sau secvențiale. Specificitatea existenței familiale constă în faptul că afectează zona intimă a existenței persoanei, în cadrul unor relații care de obicei implică atașamentul, iar influențele sunt zilnice și îndelungate. Familia este un topos uman ce apare tot mai mult în evidență, ca univers problematic fundamental pentru psihopatologia clinică. Mai ales de când acesta s-a dezvoltat ca p.pt.d. și a devenit tot mai puțin „clinică”, tot mai rar marcată de instituționalizare. În prezent psihopatologia clinică, nu poate fi concepută fără de „haloul”, fără de contextul, fundalul sau „atmosfera” sa familială.

CAPITOLUL 7

DOCTRINA VULNERABILITATE-STRES ȘI FACTORI PROTECTIVI DIN CURSUL BIOGRAFIEI. REZILIENȚA

7.1. INTRODUCERE

Psihopatologia clinică nu se poate reduce la aspectul descriptiv al tulburărilor mintale. Efortul proiectului DSM-III de a prezenta un sistem nosologic-nosografic cât mai neutru din punct de vedere al etiopatogeniei a avut ca obiectiv un diagnostic pragmatic care să crească comunicabilitatea între specialiști. Dar nici un moment nu s-a pus problema de a elimina complet perspectiva etiopatogenică, fapt acceptat de la început, dat fiind că unele categorii sunt definite ca fiind condiționate organic cerebral iar altele prin factori psihosociali, așa cum e reacția de stres posttraumatic sau tulburările de adaptare. Pentru psihopatologia clinică implicarea factorilor psihosociali în condiționarea tulburărilor nu poate fi ocolită, aspectul fiind constitutiv pentru această disciplină, așa cum apare clar din lucrarea princeps a lui Jaspers din 1913. Desigur, de atunci, această problematică s-a rafinat, dar ea nu a dispărut.

În prezent e dominantă doctrina vulnerabilitate-stres, care încearcă să o înlocuiască pe cea mai vagă, de determinism „endogen”. În etiopatogenia psihopatologică se consideră că rolul stresului este corelat strâns cu vulnerabilitatea și cu factorii protectori. Cu cât vulnerabilitatea este mai mare, cu atât tulburările pot apare la stresori mai puțin importanți.

Influențele psiho-sociale sunt avute în vedere în cadrul axiomei că aceași factori pot fi formativi, protectori sau distorsionanți, nocivi. Există trei incidente de abordare:

- Rolul factorilor psihosociali în crearea unui teren vulnerabil pentru tulburări psihice;
- Rolul acestora în creșterea circumstanțială a vulnerabilității;
- Rolul lor în determinarea sau declanșarea unui episod psihopatologic.

Ultimele două eventualități presupun o legătură cauzală în timp. Perioada sugerată de majoritatea autorilor este de 3 sau 6 luni. Deoarece se au în vedere și factorii vulnerabilizatori predispozanți, în prezent nu se urmărește în mod special legătura „comprehensibilă” între eveniment și apariția episodului, fapt care la începutul psihopatologiei clinice era considerat esențial. Pentru aspectul „determinant” această legătură rămâne totuși importantă ca de exemplu o depresie ce apare după o pierdere semnificabilă. Pentru aspectul „declanșator”, semnificația poate trece în planul al doilea; un episod maniacal se poate instala și după un eveniment trist.

În prezent se consideră că nu e așa de important ca influențele psiho-sociale să aibă totdeauna o intensitate deosebită, semnificația, durata și cumulul lor putând juca același rol negativ. Influența la distanță în timp este și ea posibilă, fapt ce justifică sau chiar pretinde, o analiză biografică.

Se va comenta inițial contribuția în acest domeniu a școlii psihopatologice germane dezvoltată în prima jumătate a secolului XX, urmată de contribuția școlii anglo-saxone ce s-a impus în a doua jumătate a secolului, împreună cu doctrina vulnerabilitate-stres. Ambele au în vedere, ca instanță limită, biografia persoanei.

7.2. ROLUL EVENIMENTELOR STRESANTE DE VIAȚĂ ÎN COMENTARIUL PSIHOPATOLOGIEI CLASICE GERMANE

Unul din părinții psihopatologiei a fost Jaspers care s-a manifestat ulterior ca filosof existențialist. Când a publicat lucrarea sa princeps *Psihopatologia generală* în 1913 (Jaspers, 1965, 1997), Jaspers era angajat în dezbaterile epocii, care diferenția între științele fizico-biologice, nomotetice, guvernate de legi statistice și științele umane în care se practică metodologia ideografică a analizei detaliate și luminatoare a unui caz tipic exemplar (Rickert, Weber). Jaspers a impus ideea că trăirile normale reactive ale oamenilor condiționate de evenimente care au pentru ei o anumită semnificație, pot avea o replică în psihopatologie,

atunci când ele sunt exagerate ca intensitate și durată. El a denumit aceste stări „reacții psihopatologice”, exemple fiind doliul și spaima exagerată, resentimentul, ura și gelozia extremă. Reacțiile psihopatologice sunt cauzal comprehensibile, în sensul că le poate înțelege orice om, care ar fi reacționat în principiu la fel dar cu o intensitate în limite normale. Această idee se menține și în nosologia actuală în legătură cu reacția acută la stres, reacția de stres posttraumatic (PTSD) sau doliul patologic. Ideea era în acea vreme nouă în psihopatologie, deoarece aceasta studia tradițional cazurile azilare pentru care se presupunea un determinism organic sau intern dar necunoscut, „endogen”.

Ideea lui Jaspers este destul de complexă deoarece: – Reacția persoanei nu se produce în raport cu faptul că un eveniment are loc, ci cu felul în care subiectul percepe evenimentul, cu semnificația pe care aceasta o are pentru el. De aceea, expresia care s-a încetățenit în psihopatologia germană a fost cea de „Erlebnisreaktion”, reacție la o situație trăită; – Reacția psihopatologică se desfășoară de obicei într-o „situație limită” care tensionează la maximum subiectul. Dar situații limită pot interveni și cu o motivație ce derivă din interioritatea persoanei, așa cum e dragostea și ura puternică, entuziasmul creației, o trăire ce pregătește o descoperire, convingerile profunde în desfășurarea lor. Și acestea sunt desigur corelate cu ceea ce se petrece în lumea umană ambiantă a subiectului dar ele au mai puțin caracterul unei reacții cu determinism exterior. Jaspers a invocat pentru unele din aceste cazuri noțiunea de dezvoltare anormală, prevalențială a persoanei. Echivalentul lor este ceea ce în prezent se numește preocupare centrată de o idee supraevaluată. El le-a diferențiat de schimbările profunde ale persoanei ce duc la delir, pe care le-a denumit „proces psihopatologic” și care se corelează cu o „ruptură” în continuitatea biografică a persoanei, dispărând articulația semnificativ comprehensibilă cu motivația, argumentarea sau justificarea.

Jaspers, care a introdus în psihopatologie conceptele de reacție, dezvoltare, proces și defect psihopatologic nu a comentat mai detaliat rolul personalității în dinamica psihopatologică deoarece considera acest concept extrem de vast, ca o sinteză transcendentă-transcendentă a bogăției existenței biografice a subiectului. Aspectul central al reacțiilor comprehensibile se petrece în contextul relațiilor interpersonal sociale.

Un alt psihopatolog german ce s-a afirmat după Jaspers, Kretschmer (1949) acordă o importanță deosebită în psihopatologie temperamentului și caracterului, pe care le corelează cu forma corpului pe care o împarte în patru clase: picnic, leptosom, athletic, dismorfic. Nici el nu pune accentul pe conceptul de persoană dar abordează bazele bio-tipologice ale acesteia, care sunt în mare măsură înăscute. Corelând principalele boli psihice ale vremii sale – schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă și epilepsia – cu biotipologia, el consideră în plus că fondul temperamentului caracterial e corelat cu acestea, existând un continuum între caracterul normal, cel anormal și boală. Pe lângă rolul jucat de structura temperamentală caracterială Kretschmer comentează două tipuri de reacții anormale aflate la extreme.

– Reacțiile suprapersonale, care exprimă un mod simplu, primitiv, biologic de reactivitate. Aici s-ar plasa reacția explozivă, cea de agitație confuzivă („*bewegungsturm*”), asemănătoare cu agitația animalelor aflate în captivitate și leșinul isteric comparat cu reflexul de mimare a morții („*Totstreflex*”) descris în biologie (Kretschmer, 1960).

– Reacțiile specifice unor tipuri de personalitate anormală („*persönlichkeitsreaktion*”). Acestea se corelează cu particularitățile tipologic caracteriale și cu sensibilitățile subiectului. Unii oameni, cu o fire particulară sau anormală sunt extrem de sensibili la anumite tipuri de evenimente ce se potrivesc persoanei respective „ca și cheia la broască”. Când apare un astfel de eveniment se dezvoltă o reacție prevalențială prelungită, de exemplu de tip senzitiv-interpretativ, expansiv paranoiac sau autist. Aceste „reacții ale personalității” sunt de tipul preocupărilor excesive centrate de o idee supraevaluată. Dar pot evolua și în direcția delirului. S-au descris diverse teme ca hipocondria, dismorfofobia, gelozia, trăirile senzitiv relaționale, tema luptei pentru dreptate a celor ce se consideră prejudiciați. Ulterior aceste cazuri au fost corelate cu tulburările de personalitate în sensul descris de Schneider. Kretschmer se plasează pe poziția continuumului între reacție, dezvoltare și delir și nu pe cea a rupturii pe care o realizează procesul psihopatologic pentru care pleda Jaspers și Schneider.

În continuare, Schneider (2007) a pus accentul pe tulburările de ansamblu ale manifestării personalității în plan interpersonal social pe care le-a descris ca „personalități psihopate”. Acestea suferă din cauza caracterului lor și îi fac și pe alții să sufere. Ele nu ar trebui considerate boli ci variante antropologice. Psihopatii manifestă mai frecvent reacții psihopatologice decât ansamblul populației. Dar, până la un punct, ei înșiși sunt cei care induc situațiile tensionate și conflictuale la care apoi reacționează.

Schneider păstrează ideea germană de „*erlebnisreaktion*” dar o nuanțează. O reacție psihopatologică se produce nu doar datorită evenimentului trăit și terenului care este particular. Pe lângă eventualitatea ca terenul să fie format dintr-o persoană psihopată mai joacă un rol și: – faptul că persoana respectivă ar putea fi într-o situație deosebită, specială; ea poate avea o reactivitate modificată dacă în ultima perioadă s-au acumulat mai multe psihotraume care o vulnerabilizează într-o anumită direcție; – sau, dacă trece printr-o perioadă de epuizare psihică, printr-o perioadă specială de viață. La fel pot exista în fundalul persoanei unele oscilații endotime condiționate de biopsihoritmuri sau de cicluri ale vieții, care fac ca persoana să fie uneori în mod nespecific mai sensibilă sau mai rezistentă față de evenimentele psihotraumatizante pe care le trăiește. Schneider are deci în vedere aspecte mai nuanțate ale terenului personalistic, diferențiind între aspectul de fundal (*hintergrund*) și cel „subteran” (*untergrund*) în sensibilitatea pentru trăiri psihice anormale.

Petrlowitsch (1958, 1960, 1966) menține ideile lui Jaspers, Kretschmer și Schneider, pe care le dezvoltă. Personalitatea joacă un rol important în reacțiile psihopatologice prin structura caracterial tipologică și prin biografie. Pe lângă personalitățile psihopate clasice ce prezintă variate manifestări disociale, el atrage atenția asupra personalităților particulare, care sunt anormale, dar care prin ele însăși nu se impun din punct de vedere psihopatologic. Acestea i-au preocupat și pe Kretschmer, Schneider iar ulterior pe Leonhard (1972) și pe staful ce a pregătit ICD-10. Petrlowitsch consideră importantă întreaga biografie și nu doar cumulara evenimentelor recente. Unele psihotraume petrecute cu mulți ani în urmă sau în copilărie pot zace în fundalul psihismului „nemetabolizate” și neintegrate armonic în structura acestuia. Iar de acolo pot să întrețină atitudini și preocupări speciale, moduri specifice de reacție și vulnerabilități. Coborând în adâncimea biografiei, Petrlowitsch ajunge să acorde atenție și complexelor invocate de psihanaliză, pe care le comentează mai ales în înțelegerea lui Jung. El consideră că, complexe psihanalizei clasice se pot articula cu evenimentele deosebite ale biografiei pentru a întreține un „psihism secund”, – un „eu secund” – o situație de dedublare a persoanei, care o vulnerabilizează. Această idee se regăsește în mare măsură și în cognitivismul actual de sorginte Elis-Beck, care pune însă accentul nu pe evenimentele trăite ci pe învățările distorsionate.

O altă idee asupra căreia Petrlowitsch insistă – și care e consonantă cu aderarea sa la doctrina configuraționistă – este aceea că în psihopatologie joacă un rol nu doar evenimentele psihotraumatizante majore, secvențiale ci și influențele persistente ale vieții de zi cu zi, atât în familie cât și în universul educației școlare și mai târziu la locul de muncă. Acestea pot avea consecințe formative sau întrețin o tensiune negativă care vulnerabilizează persoana de-a lungul unei perioade de timp, determină învățări patologice sau frustrează persoana de capacități utile de reacție. Această idee a lui Petrlowitsch se articulează cu actuala viziune sistemic familială. Tot influențele psihosociale persistente pot influența durabil structura caracterială modificând unele persoane particulare în direcția unui stil comportamental anormal, psihopatic; și aceasta chiar la vârsta adultă.

Pornind de la Jaspers psihopatologia clasică germană a încercat progresiv să descifreze ce se află în spatele evenimentului actual trăit, ce pregătește și face posibil faptul că o trăire actuală care ar trebui să se exprime firesc se manifestă psihopatologic. Acesta este un drum în direcția analizei terenului, a vulnerabilității.

Încă o temă apropiată de cea a reacțiilor psihopatologice a fost cea a sensului existențial, ce a stat în centrul preocupărilor lui Frankl (1970, 2000) privitoare la „nevrozele noogene”. În raport cu reacția comprehensibilă față de evenimente psihotraumatizante, eșecul se plasează simetric, putând fi considerat un element de condiționare psihogenă. Eșecul proiectului existențial, sau a sensului existenței este însă o temă predominant spirituală. Motiv pentru care Frankl a considerat că „nevrozele noogene” se plasează marginal în raport cu psihopatologia clinică și cu „nevrozele” descrise de aceasta.

Ansamblu de observații și idei pe care le-a etalat psihopatologia clasică germană prefigurează o serie de teme ce au fost reluate în ultimii 50 ani de psihopatologia anglo-saxonă și psihopatologia dezvoltată. Acestea s-au dezvoltat însă cu o altă metodologie de studiu și într-o altă atmosferă doctrinară. Psihopatologii germani erau centrați pe cazuri clinice izolate, selecționate drept cazuri tipice și teoretizau pe baza experienței personale. Psihopatologia ultimelor decenii pretinde o cazuistică amplă, definită prin criterii operaționale explicite, urmărită de diverși autori ce pot confirma un consens, pe baza unor dovezi empirice, măsurabile. În plus, problema sensului existențial nu mai e în atenția psihopatologilor actuali.

7.3. ROLUL EVENIMENTELOR DE VIAȚĂ ÎN PSIHPATOLOGIA ANGLO-SAXONĂ A ULTIMELOR DECENII

Contribuția psihopatologiei clasice germane a fost importantă deoarece a atras atenția atât asupra semnificației evenimentelor trăite cât și asupra structurii caracteriale și a biografiei. În plus ea a fost o alternativă clinică comprehensivă față de hermeneutica psihanalitică.

În atmosfera de cercetare neopozitivistă în care s-a manifestat psihopatologia anglo-saxonă după anii '70, o serie din aceste idei au fost reluate și dezvoltate, introducându-se altele noi. Astfel a fost conceptualizată doctrina vulnerabilitate stres, a fost avansat conceptul de criză și de intervenție în criză, s-au analizat factorii protectivi precum competențele, capacitățile de „*coping*” cu stresul și mai ales rețeaua de suport social. Psihopatologia developmentală a beneficiat de această nouă perspectivă.

Câteva lucrări de pionierat în această direcție merită menționate de la început. În deceniul al șaselea Holmes și Rahe (1967) au încercat să quantifice evenimentele de viață stresante („*Life Events*”, „evenimente de viață”, e.v.) considerând că acestea au o valoare stresantă diferită ce poate fi evaluată cantitativ. Ei au propus o astfel de quantificare pe baza unui studiu populațional efectuat pe un eșantion din SUA. E.v. au fost așezate într-un tabel, în ordinea „gravității”, fiecăruia atribuindu-i-se un punctaj. Prezența la o persoană a unor e.v. într-o perioadă imediat anterioară, conferea un anumit număr de puncte, iar dacă erau prezente mai multe astfel de e.v., evident punctajul creștea, măsurându-se astfel cantitativ încărcătura stresantă pe o anumită perioadă temporală. Pe locul întâi ca importanță, cu cel mai mare punctaj era cotel evenimentul decesului unuia dintre soți, urmat de divorț, separare maritală și apoi căsătorie. Aspectul deosebit și interesant al acestui demers constă în luarea în calcul a unor evenimente care puteau avea și semnificație pozitivă sau neutră. Așa erau: căsătoria, reconcilierea familială, graviditatea (plasat în ierarhie pe locul 14), adăugarea unui nou membru în familie, schimbarea locului de muncă, „remarcabile realizări personale” (poziția 27), „revizuirea majoră a obiceiurilor personale”, „schimbarea majoră a activităților de recreere” (poziția 33). Ultima poziție, cu punctajul cel mai mic în această listă, era ocupat de „violarea minoră a legii”. Se constată ușor că e vorba de o cu totul altă concepție decât cea care l-a condus pe Jaspers să comenteze reacțiile psihopatologice în sens de „*erlebnisreaktion*”, ca fenomen posibil psihopatologic. Noua concepție a „evenimentelor de viață” – e.v. – nu miza atât pe o semnificație nefavorabilă ci pe însăși faptul solicitării. Dar, aceasta este o variabilă care se mișcă de-a lungul multor parametri. Pe lângă aspectul personal, caracterial și biografic pe care-l semnalase și psihopatologia germană, intervine și aspectul cultural. În aceeași perioadă de timp în diverse socio-culturi importanța aceluiași eveniment de viață este cotel, la o evaluare statistică, în mod diferit. Un studiu scandinav din 1971 semnală diferențe importante la toți itemii scalei lui Holmes și Rahe între valorile americane și cele suedeze, în unele cazuri acestea fiind de 10 puncte dintr-un total maxim de 40 (Rahe, 1971).

O altă cercetare de pionierat a fost cea publicată de Wing și Brown în 1970 privitoare la schizofrenie și instituționalism (Wing, 1970). Tradiția psihiatrică atribuia schizofreniei o evoluție cronic deteriorativă. Această concepție, statuată de sinteza lui Kraepelin privitoare la „demența precoce” s-a perpetuat apoi peste jumătate de secol, pe baza cazuisticii observate în spitalele de psihiatrie. Deși marile studii catamnestiche efectuate în jurul anilor '70 nu au susținut ideea pesimistă a lui Kraepelin pledând pentru viziunea mai diferențiată a lui Bleuler, lipsea o argumentare de psihopatologie clinică convingătoare. Cercetarea meticuloasă a lui Wing și Brown efectuată în 3 mari spitale din Marea Britanie a demonstrat că, simptomatologia „negativă” a schizofreniei e în mare măsură cultivată de „substimularea psihosocială” din mediul azilar. Dar, pe de altă parte, o solicitare psihosocială excesivă a schizofrenilor cronicizați, de exemplu prin „ergoterapie intensivă”, poate reactiva „simptomatologia pozitivă”. Acest studiu ce a devenit clasic, pe lângă faptul că a lansat diferențierea dintre simptomatologia negativă și pozitivă a schizofreniei – care urma să fie validat clinic după 1980 – a introdus conceptual de „sub și suprastimulare psihosocială”. Și în concluzie, nevoia de a găsi un nivel de stimulare psihosocială optimă pentru cei ce au trecut prin episoade de schizofrenie.

În cazuistica studiată de Wing și Brown, sub și suprastimularea se referea la o cazuistică specială, cea a schizofrenilor internați pe termen lung. Apărea în mod firesc întrebarea dacă această subpopulație nu are cumva o sensibilitate crescută față de însăși faptul stimulării psihosociale. Deci, eventual, o „vulnerabilitate” crescută.

O a treia lucrare este a lui Brown și Harris (1978) privitoare la originea socială a depresiei. Autorii studiază cazuri de depresie la o populație precizată socio-demografic, femei din clasa muncitoare mijlocie.

Depresia apare ca fiind corelată cu evenimente de viață, mai ales cu schimbări de viață, dar influențată evident de prezența sau absența unor elemente de suport social. Femeile lipsite de suport sunt mai expuse la psihopatologie. Ceea ce înseamnă ca pe lângă o eventuală vulnerabilitate de fond și prezența unor stresori psihosociale, un rol îl pot juca și factorii protectivi. Și în primul rând rețeaua de suport social.

Altă direcție de cercetare a fost reprezentată de studiile lui Vaugh și Leff (1973) privitoare la rolul „expresiei emoționale” (E.E.) crescute în recăderea schizofrenilor. S-a constatat că după un episod de schizofrenie apare deseori în familie, cel puțin la un membru, o atitudine specială față de fostul bolnav: de hipercontrol, critică și ostilitate. Cu cât pacientul petrece în familie mai mult timp împreună cu persoana cu EE crescut, cu atât el recade mai repede. Dar, poate fi parțial protejat de medicația neuroleptică. Studiile din această clasă au atras atenția asupra necesității intervenției familiale, a psihopedagogiei și a tratamentului de întreținere. Atât fostul pacient cât și familia trebuie să cunoască cât mai bine boala, simptomele ei, să își controleze conștient comportamentul relațional, să accepte intervenția familială, să devină coterapeuți.

Liniile directe ale noii abordări a rolului influențelor psihosociale în psihopatologie erau în mare trasate. Se preconiza studierea empirică a prezenței, pe o durată determinată de timp, a unor evenimente de viață, interesul principal centrându-se pe schimbările de viață – care până în anii '70 fuseseră ignorate – și pe nivelul stimulării psihosociale. Apoi, în analiză urma să intervină vulnerabilitatea de fond și cea modificată circumstanțial; precum și factorii protectivi. Clasică problemă a psihotraumei nu a fost ignorată. Dar, în spiritul pragmatismului, s-a propus o intervenție activă în perioadele de „criză psihologică”. Cu această ocazie a început studierea capacităților și abilităților subiectului de a face față situațiilor stresante („coping” cu stresul), capacități ce pot fi susținute și dezvoltate. Analiza biografică nu a fost nici ea uitată, dar mai ales în perspectiva învățărilor patologice din copilărie, direcție dezvoltată de cognitivism. Astfel, psihopatologia clinică beneficiază în prezent de un diapazon larg de moduri de abordare și înțelegere a influențelor psihosociale a căror rol este dovedit prin studii empirice. Toți acești factori se conjugă, desigur, cu cei genetici și organici.

Se poate imagina o schemă orientativă a factorilor etiopatogenici în psihopatologia clinică.

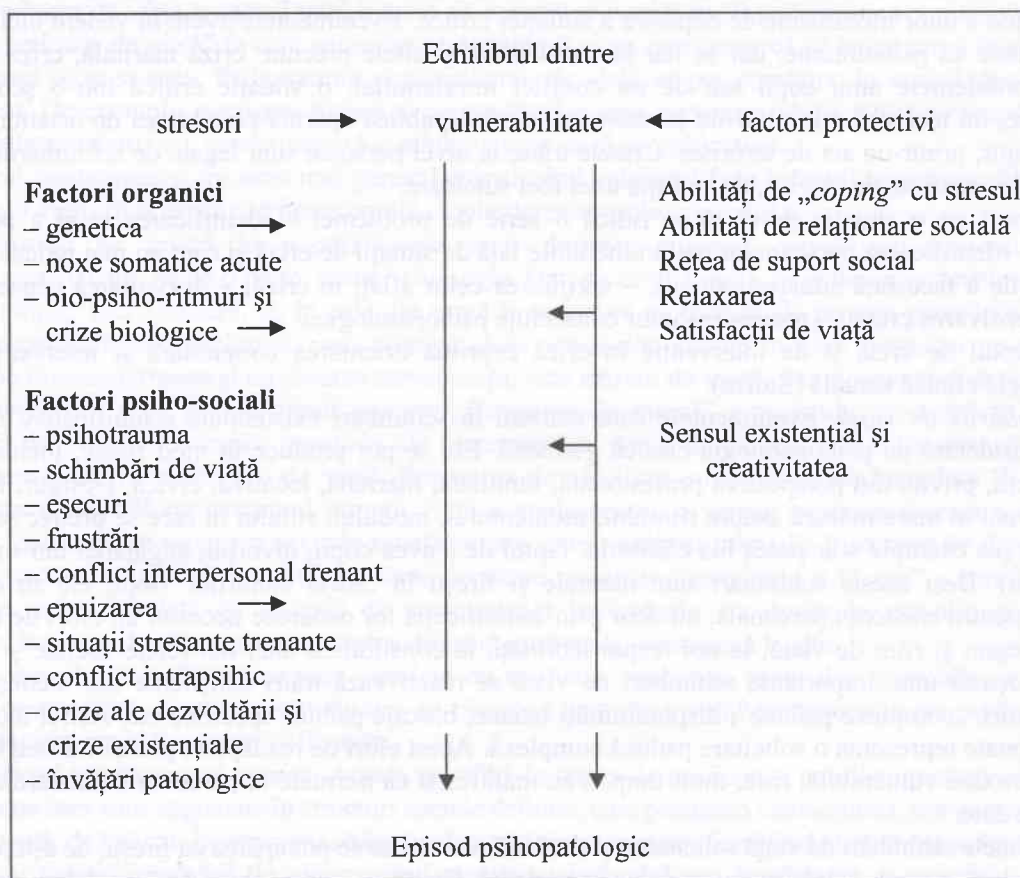


Figura 22. Influențe psihosociale în psihopatologia clinică.

7.4. TIPOLOGIA EVENIMENTELOR DE VIAȚĂ STRESANTE

Un comentariu în această direcție este util chiar în perspectiva psihopatologiei anglo-saxone care pretinde un inventar cât mai complet al evenimentelor de viață dintr-o perioadă determinată. E dificil să se contureze definiții operaționale pentru fiecare tip dar un comentariu de caracterizare e posibil. Evenimentele de viață posibil stresante pot fi împărțite în secvențiale și trenante (Lăzărescu, 1994).

Psihotrauma. Este vorba, în sensul pe care-l comenta deja Jaspers, de un eveniment de viață secvențial, de obicei neprevăzut, care impresionează puternic subiectul. Se diferențiază între evenimentele cu semnificație de amenințare și de pierdere. Amenințarea se poate referi la propria viață, integritate corporală, sănătate, suferințe cauzate celor apropiați, atentat la demnitate, pudoare, la pierderea bunurilor etc. Amenințarea poate fi trăită ca un eveniment direct sau ca unul anunțat, eventual mediat prin formula șantajului. Se au în vedere situațiile în care persoanele sunt supuse torturii, luarea de ostatici, situațiile speciale de război. În ultimul timp s-a acordat atenție situațiilor de amenințare colectivă ce au loc în cadrul catastrofelor naturale (incendiu, cutremur, naufragiu, surpări de teren și îngropare) când se produce și o contagiune afectivă negativă. Pierderile acute se pot referi la persoane dragi, la bunuri, sănătate. Dar nu se ignoră perspectiva psihologică: demnitatea, poziția socială, idealurile. Uneori evenimentele de pierdere sunt precedate de o situație stresantă prelungită.

Criza și intervenția în criză. Psihotrauma este un eveniment trăit ce are consecințe psihopatologice. Ea este identificată retrospectiv. Spiritul pragmatic al psihopatologiei anglo-saxone a încercat să mute cât mai mult centrul de greutate al intervenției psihopatologului pe actualitatea trăirilor nefavorabile, pentru a preveni consecințele. Astfel a apărut ideea intervenției în criză. Criza este considerată o situație excepțională, cu mare impact asupra persoanei, mai precis a persoanelor implicate. Deși la extreme se poate vorbi de o criză personală sau de una a societății, aspectul central este acela în care sunt implicate două sau mai multe persoane, un grup de oameni aflați într-o situație ieșită din comun, care depășește resursele lor adaptative.

Conceptul de criză în psihopatologie își are originea în lucrările elaborate de Lindeman (1964) și Caplan (1964). Acestea subliniau corelația cu un eveniment acut, tulburare emoțională ce se instituie, punerea în joc a unor mecanisme de depășire a situației critice. Evenimentele avute în vedere includ pe cele deja comentate ca psihotraume; dar se iau în considerare și altele precum: criza maritală, criza în familie legată de problemele unui copil sau de un conflict intrafamiliar, o situație critică într-o școală sau o întreprindere, un moment critic într-un penitenciar, o criză publică apărută prin luarea de ostatici, printr-un accident major, printr-un act de terorism. Crizele trăite la nivel personal sunt legate de schimbările de viață, de bilanțurile negative, de eșecuri, de apariția unei idei suicidare.

În raport cu o situație de criză se ridică o serie de probleme: – identificarea ei și a persoanelor implicate; – identificarea persoanelor mai vulnerabile față de situații de criză și care au mai reduse capacități de coping (de a face față situației critice); – sprijinirea celor aflați în criză; – dezvoltarea capacităților de coping; – rezolvarea crizei; – prevenirea unor consecințe psihopatologice.

Conceptul de criză și de intervenție în criză exprimă orientarea comunitară și intervenționistă în psihopatologia clinică actuală (Stoica).

Schimbările de viață. Evenimentele care constau în schimbări existențiale semnificative nu au fost luate în considerare de psihopatologia clasică germană. Ele se pot produce în mod firesc, incluse fiind în ciclurile vieții, privite din perspectivă profesională, familială, maritală, locativă, civică. Desigur, fiecare om poate interveni în mare măsură asupra ritmului, momentului, modului, stilului în care se pretrec schimbările din viața sa (ca exemple s-ar putea lua căsătoria, faptul de a avea copii, divorțul, angajarea într-un serviciu, părăsirea lui). Deși aceste schimbări sunt naturale și firești în cadrul ciclurilor vieții, ele au consecințe importante pentru existența personală, nu doar prin semnificația lor deoarece necesită un efort de readaptare la un nou regim și ritm de viață, la noi responsabilități, la constituirea unei noi rețele sociale și de suport social. Cu ocazia unei importante schimbări de viață se reactivează trăiri conștiente sau inconștiente din trecut, amintiri, „complexe psihice”, disponibilități latente, blocaje psihice specifice etc. Astfel încât situația schimbării poate reprezenta o solicitare psihică complexă. Acest efort de readaptare poate fi dificil de parcurs de unele persoane vulnerabile, care, mult timp, s-au manifestat ca normale în parametrii standardizați a unei vieți sociale date.

Dacă unele schimbări de viață solicitante și deci indirect stresante pot apărea ca firești, de așteptat și dorit în cadrul ciclurilor vieții, altele nu au aceste caracteristici. Există e.v. care, chiar dacă se petrec de obicei în cadrul ciclurilor firești ale vieții, pot apărea în mod neașteptat, luând persoana prin surprindere. De exemplu,

moartea prin accident a unei persoane apropiate sufletește, o avansare în profesie, un câștig bănesc la care nu te așteptai. În general, schimbările sau e.v. ce apar în cadrul ciclurilor vieții pot avea următoarele caracteristici:

- pot fi induse de subiect, dorite și acceptate de el, fiind un rezultat al propriilor inițiative și eforturi;
- pot fi induse de alții, dar cunoscute de subiect ca derulându-se, eveniment la care se poate opune cu sau fără rezultate;
- poate apare cu totul neașteptat pentru subiect, situație care-l surprinde, la care se opune și împotriva căreia luptă, pentru a-i minimaliza consecințele negative; sau pe care o acceptă ca atare.

Desigur, există și variante intermediare. Oricum, subiectul, prin personalitatea sa – care include structura caracterială, abilitățile, proiectele, structura sa morală. – poate interveni în aceste situații. În unele cazuri, el poate fi, într-un fel, co-autor la cele ce se întâmplă. Victimologia studiază cum în situații medico-legale de multe ori victima este cea care provoacă insistent pe viitorul agresor până când acesta ajunge la disperare și acționează. De aceea, în perspectiva cantitativă, în funcție de tipul de personalitate întâlnim oameni cu multe schimbări de viață și multe evenimente – cum ar fi persoanele histrionice și borderline, și persoane cu puține evenimente și schimbări de viață, așa cum sunt schizoidul sau evitantul.

Eșecul. Este vorba, în acest caz, de neîmplinirea unui proiect în care subiectul a fost angajat. Spre deosebire de precedentele situații, caracteristic este faptul că „nu se întâmplă nimic” din punct de vedere exterior. Adică, nici un eveniment sesizabil de alții, nici o modificare exterioară în statutul și rolul său social. Ceea ce se petrece este trăit în plan interior, în sensul că, dorința și speranța care au animat un proiect de acțiune se văd anulate prin nereușita din final. Exterior, persoana rămâne în aceeași stare în care a fost înainte, fără „nici o schimbare de viață”. Dar tocmai această stagnare crează o nemulțumire interioară, o situație de stres subiectiv, care poate crește vulnerabilitatea prin scăderea stimei de sine, prin continua frământare interioară. Eșecul poate fi resimțit și dacă schimbarea de viață proiectată sau acceptată s-a produs, dar rezultatele ei nu corespund așteptărilor. De exemplu, o căsătorie nereușită, intrarea într-o profesie ce se dovedește ca neconformă cu ceea ce subiectul se aștepta, mutarea într-un loc de muncă nou ce se dovedește neprielnic, plecarea într-o altă țară ce nu aduce nimic bun subiectului și celor apropiați. Eșecul este similar unei pierderi dar într-un sens special: pierderea a ceea ce ai sperat, ai fi dorit să obții.

Schimbarea de viață și eșecul intră într-un alt registru temporal decât psihotrauma circumstanțială, fiind vorba de „perioade de viață” în care subiectul se angajează și pe care încearcă să le parcurgă în conformitate cu un anumit scop și sens. Psihotrauma și schimbarea de viață se pot combina, în sensul de a se petrece concomitent. De exemplu pierderea bruscă și neprevăzută a unei persoane iubite, situație care, după primul moment psihotraumatizant, condiționează o schimbare de viață semnificativă.

Eșecul poate avea și un sens mai general atunci când subiectul face bilanțul unui lung drum de viață sau a întregii vieți. În acest caz se poate corela cu pierderea sensului existențial.

Frustrarea se referă la nesatisfacerea unei dorințe, pulsioni, nevoi sau pretenții legitime. „Legitimitatea” își are, pe de o parte, sursa în biologie. Dar, pe de altă parte, în psihologia dezvoltată, în psiho-sociologie, socio-cultură, și, în cele din urmă în structura motivațională proprie persoanei. Frustrarea poate fi circumstanțială, prelungită sau cronică. Aria situațiilor umane în care persoana se poate simți frustrată, pe diverse termene și cu diverse semnificații, este extrem de vastă. Din perspectivă dezvoltată se poate înregistra ceea ce s-a numit generic „frustrarea de mamă” a sugarului în cazul în care el nu beneficiază de oferte etologice esențiale ale maternajului. Apoi, de sărăcia stimulilor care să permită o normală dezvoltare în primii ani de viață. Frustrarea de afecțiune sufletească, de încredere și respect din partea altora e valabilă pe parcursul întregii vieți, a adolescenței, a vârstei adulte și înaintate. Se mai pot menționa: frustrarea de raporturi sexuale satisfăcătoare între parteneri maritali; frustrarea de drepturi civile, cea de recunoaștere publică a calităților unei persoane printr-o „conspirație a tăcerii” ș.a.m.d. Problema frustrării e strâns corelată cu o serie de caracteristici individuale, ca dorințele, nevoile și pretențiile, considerate legitime de către subiect, acestea diferind mult de la o persoană la alta.

Atât eșecul cât și frustrarea sunt corelate cu evaluări; evaluarea propriilor capacități, a situației, a legitimității pretențiilor. Uneori anormalitatea se plasează chiar la nivelul mecanismului de evaluare, fapt ce poate conduce la repetate eșecuri și frustrări.

Conflictul interpersonal trenant. Acesta se referă la starea de tensiune și conflict constant ce e prezentă între persoane care sunt angrenate în structuri sociale definite, care presupun conviețuirea, așa cum ar fi familia, locul de muncă, de habitat. În principiu obligația de conviețuire ar putea fi oricând abolită dar în fapt acest lucru e dificil, sau practic imposibil. În chiar cadrul menționat individul are, bineînțeles, o anumită „libertate de mișcare”. În perspectivă psihopatologică e de evaluat cât de intense și prelungite sunt stresurile conflictuale ce

rezultă din astfel de relații, dacă ele se desfășoară în mai multe arii – familie, locuință și vecinătate, muncă – și astfel se cumulează, ce strategii de „coping” a dezvoltat persoana în raport cu aceste influențe negative, cum se corelează ele cu ceilalți stresori, cu tipul de personalitate și cu contrabalansarea pe care o pot asigura satisfacțiile și rețeaua socială. Uneori, stresul poate fi cantonat la relația cu o unică persoană, având un anumit dinamism, perioade de creștere și descreștere, fapt ce ține de domeniul psihopatologiei relaționale. Alteori aceeași persoană poate fi sursă de stres dar și de satisfacții sau de protecție.

Conflictul intrapsihic. Acesta a fost invocat clasic de psihanaliză ca un conflict structural și inconștient care face ca omul să nu se simtă solidar cu sine, sub semnul unei culpabilități generice. El poate fi trăit și preconștient sau conștient prin raportarea la evenimente biografice pe care subiectul nu le integrează convenabil în structura sa sau cu care nu este de acord. Mai ales culpabilitatea și evenimentele care subminează stima de sine pot juca un astfel de rol. Dar și compromisurile făcute în viață, cu sentimentul că unele ar fi fost evitabile. Situația compromisului poate fi trenantă, subiectul trăind într-o ambianță socială în care resimte constant și o stare de eșec și un conflict intrapsihic și o nemulțumire de sine.

Epuizarea prin suprasolicitare psihică și fizică. Aceasta poate rezulta din nopți nedormite, dintr-un program de activitate exagerat, mai ales dacă nu e propriu asumat și nu e urmat de satisfacții; fapt ce se apropie de regimul psihologic al frustrării. Epuizarea se poate cumula de-a lungul anilor printr-un stil particular de viață, marcat de sentimentul datoriei de împlinit și lipsit de relaxare, de odihnă, de concedii, cu supralicitarea efortului pentru o performanță mereu maximă. Sau poate rezulta din autosuprasolicitarea unei persoane ce dorește să obțină performanțe ce depășesc capacitățile sale.

Se poate menționa existența unor stresori ce acționează prelungit, care pot face parte parțial din categoriile deja menționate, dar pot avea și alte caracteristici. Astfel este o copilărie sau o căsătorie nefericită, o profesie în contradicție cu aptitudinile și dorințele subiectului, lipsa de resurse materiale, prezența într-o familie a unui copil cu handicap sau a unei persoane ce necesită îngrijiri și supraveghere permanente, o boală algică prelungită, frustrări socio-politice constante. În general, e vorba de perioade de viață lipsite de satisfacții și împliniri, marcate în mod continuu de neajunsuri, efort și de suferință.

Învățărilor patologice. În cursul ontogenezei subiectul achiziționează o suită de abilități și competențe care îl definesc ca persoană umană în general dar și ca individ determinat, cu particularități specifice. Această achiziție se face prin diverse modalități de învățare în raport cu disponibilitățile specifice pe care le validează maturarea encefalului și în raport cu ambianța umană proximă. Învățărilor naturale din cursul ontogenezei pot fi distorsionate de factorii ambientali ce acționează în diverse perioade de viață. Faptul se referă la modelele comportamentale dar și la cele de atitudine, relaționare, evaluare de sine și asertare, evaluarea altora și a semnificației diverselor situații. Mediul poate selecționa și fixa anumite aspecte psihologice, prin stimulare, premiere, rejectare, ignorare. Dar și prin identificarea copilului cu părinții, prin imitare, obișnuință, habituale. Toate modalitățile de influențe psihosociale negative pot să influențeze, prin învățare și fixare, reactivitatea și în cele din urmă vulnerabilitatea subiectului. Doctrinile psihopatologice au avut în vedere în mod constant acest aspect, fapt subliniat mai ales de comportamentalism și cognitivism.

Influențele psihosociale ce au fost menționate se cer evaluate în perspectiva diacronă a biografiei, a cumulării în timp a celor trăite și învățate; precum și a eventualei lor agregări circumstanțiale. Putem imagina și constata situații în care, într-o perioadă delimitată de timp, să spunem 6 luni, se cumulează eșecuri, schimbări de viață semnificative, psihotraume, epuizări. Precum și situații în care, de-a lungul biografiei, se cumulează intermitent și se articulează subteran multiple psihotraume cu aceeași semnificație, schimbări și situații de viață particulare, eșecuri, frustrări, conflicte constatate în ambianța existențială și conflicte intrapsihice. Pentru fiecare caz e semnificativ să se înregistreze ceea ce s-a petrecut în trecutul imediat și ceea ce grevează biografia. Elementele faptice se cer, desigur, supuse interpretării. Ceea ce dorim să subliniem, la acest nivel, este faptul că evenimentele de viață stresante au mai multe paliere de analiză, polii extremi fiind biografia și ceea ce s-a petrecut recent.

7.5. CONCEPTUL DE VULNERABILITATE ÎN PSIHOPATOLOGIA CLINICĂ

Ideea vulnerabilității s-a dezvoltat în psihopatologie în paralel cu recâștigarea importanței „terenului” în medicină și psihiatrie. Vechea medicină hipocratico-galenică se baza pe o concepție holistă și umoralistă care acorda preeminența terenului. Medicina științifică ce s-a impus în a doua jumătate a secolului XIX odată cu școala lui Virchow a pus accentul pe leziunea organului. Totuși, ideea integralist holistă a persistat în psihopatologie și

în perioada de cumpănă dintre secolele XIX și XX prin doctrina degenerescentei, a stigmatelor și a „constituțiilor morbide”. În secolul XX medicina a recâștigat progresiv accesul la o concepție integralist holistă a importanței terenului, prin descoperirea factorilor imunitari, prin endocrinologie și nevrism, iar apoi, prin progresele geneticii. Concepția vulnerabilitate/stres în psihopatologie se înscrie în această paradigmă științifică. În plus, psihopatologia avea în față dificila problemă a „determinismului endogen”, mai ales în domeniul psihozelor. Nucleul nosologic al psihopatologiei format din tradiționalele psihoze și nevroze, nu este explicabil etiopatogenic decât în marginile sale prin factori psiho-sociali sau organici, care intervin direct. Se cere acceptat un plurideterminism etiopatogenic, ce se cumulează în timp, idee netezită de implicarea personalității atât ca structură cât mai ales ca ontogeneză ce cuprinde și istoria biologică, de la concepție până la prezentul avut în vedere. În prezent această perspectivă e studiată de p.pt.d.

Vulnerabilitatea este un concept euristic, care nici în prezent nu e clar definit operațional, dar susține programe de cercetare și reprezintă un centru de acumulare a unor date ce rezultă din cercetări empirice și teoretice. De asemenea reprezintă un reper de comprehensibilitate pentru constructul teoretic al etiopatogeniei psihopatologice.

Rolul factorilor genetici în apariția stărilor psihopatologice este ferm stabilit în prezent, pentru unele cazuri cunoștințele fiind destul de avansate. Legătura endofenotipiei se cere însă cât mai mult nuanțată. O observație empirică bine stabilită și tot mai nuanțată este faptul că multe persoane sunt predispuse pentru o anumită zonă de patologie, fără a prezenta o tulburare mintală clinică în cursul vieții. Faptul este în prezent ca și demonstrat pentru anxietate, depresie, bipolaritate, impulsivitate, adicție. Aceste persoane pot face parte dintre rudele celor bolnavi efectiv. Ele pot prezenta doar particularități temperamentale sau episoade subclinice. Despre toate aceste persoane se poate spune că sunt mai vulnerabile pentru respectivele tulburări, că prezintă o „diateză” anxioasă, depresivă, bipolară, adictivă, că fac parte dintr-un „spectru” maladiiv etc. Legătura între vulnerabilitatea de fond și un episod psihopatologic sau o tulburare psihică, o fac de obicei stresorii actuali, între care un rol important îl joacă influențele psihosociale. Deși, o serie de tulburări psihice apar în condițiile unor solicitări stresante minime sau neevidente, ca o „ruptură”, ca o „catastrofă” cu actualizează brusc influențe ce s-au acumulat progresiv. Conceptul de vulnerabilitate ridică însă multiple probleme.

Tema vulnerabilității a fost introdusă în comentariul psihopatologic de către Zubin și Spring (1977) cu referință la schizofrenie. Intervenția factorilor genetici este în această tulburare dovedită, dar ea nu este singura ce condiționează vulnerabilitatea. Se au în prezent în vedere noxele fizico-biologice din perioada intrauterină, perinatală și postnatală, care pot influența migrația neuronală și formarea conexiunilor interneuronale. Pe această cale și prin alte influențe neurodevelopmentale, de maternaj și comunicare intrafamilială, se poate ajunge la dezvoltarea fragilă a unor structuri funcționale bazale, ca cel al coerenței centrale și al mentalizării. Dacă un copil marcat genetic și neurodevelopmental crește într-o familie în care există confuzii de roluri și o comunicare ambiguă, faptul ampretează moduri de raționament și comunicare particulare. Un temperament inițial pasiv poate conduce la hiperprotecție maternală, fapt ce inhibă și mai mult dezvoltarea autonom asertivă a sinelui tânărului.

Vulnerabilitatea devine tot mai mare dacă individul nu își însușește în cursul ontogenezei abilitățile și competențele normale. De exemplu, dacă el nu ajunge să aibă suficiente abilități de gestionare și rezolvare (de „coping” cu) a situațiilor problematice și stresante, dacă nu dezvoltă suficiente abilități de relaționare socială și în consecință ajunge să aibă o rețea de suport social redusă. Învățărilor patologice care se fixează, pot și ele crește vulnerabilitatea de fond. Și la fel, repetarea unor experiențe psihotraumatizante.

Achizițiile în asertarea interpersonal socială pot să fie dificile în perioada crizelor de dezvoltare. În aceste perioade creierul trece prin importante transformări. Pubertatea dar mai ales adolescența deschide psihismul individual spre opțiuni vaste, solicitându-i o manifestare coerentă de delimitare, de asertare determinată, de „individuație”. Cel care s-a format ca o persoană vulnerabilă poate claca cu ocazia crizei adolescentine nedepășind-o sintetic și ajungând să manifeste simptome din serie psihopatologică.

Ultimele decenii au adus progrese importante în cunoașterea disfuncționalității neurotransmisiei cerebrale în diverse tulburări psihopatologice. Astfel, în prezent se știe că în faza acută a schizofreniei e prezentă o hipersensibilitate dopaminergică în zona limbică; precum și anumite perturbări în neurotransmisia serotoninergică și glutamatergică. Dar aceste tulburări din episodul acut au în spate vulnerabilitatea persoanei și a creierului, care se constituie ca atare printr-un proces cumulativ și „nonlinear” de-a lungul întregii biografii, pornind de la influențele genetice și perturbările neurodevelopmentale, până la „ruptura” de tip „catastrofă” din momentul apariției psihozei. Ideea vulnerabilității pe care a lansat-o Zubin a devenit o mare provocare pentru etiopatogenia psihopatologiei clinice.

Începutul este la nivel genetic, iar actuala psihopatologie evoluționistă urmărește lunga istorie transgenerațională a selecției diverselor configurații de neurotransmițători în cursul evoluției, modificări ce se pot produce prin cumulare genetică, prin mutații, tulburări de copiere sau de by-produse. Dar, psihopatologia evoluționistă mai atrage atenția asupra faptului că unele mecanisme psihologice care au fost la un moment dat în cursul evoluției omului selecționate pentru că erau adaptative, pot să nu mai fie adaptative în noi condiții de mediu. În acest sens se vorbește despre un nivel „ultim” al cauzalității („*ultimate level*”) diferit de cel ce intervine pe parcursul ontogenezei.

Ideea vulnerabilității a reactivat teme mai vechi ale psihopatologiei clinice, cum ar fi cea a „stigmatelor”, ce a fost cultivată la începutul secolului XX, alături de doctrina „constituțiilor morbide”. Stigmatetele erau atunci căutate în virtutea concepției „degenerescenței” pe care a susținut-o în secolul XIX Morel și Magnan. În prezent se vorbește de „markeri” de vulnerabilitate. De exemplu pentru vulnerabilitatea schizofrenă s-au invocat, succesiv, ca markeri: – diminuarea abilității de urmărire vizuală a mișcărilor continue (*Smooth Pursuit Eye Movements*); – modificări în potențialul de evocare cortical la prezentarea repetată a unor stimuli; – tulburări de integrare interemisferică; – modificarea în morfologia creierului cu lărgirea ventricolilor laterali; – deficit de filtru atențional și de procesare a informațiilor în sensul ierarhizării lor. Astfel de markeri ar preceda primul episod și ar persista interepisodic. Una din problemele ce se ridică este cât de specifici sunt acești markeri. De exemplu, deficitul de filtru atențional, care se găsește în tot spectrul schizofren se întâlnește și la cei cu tulburare obsesiv-compulsivă, astfel încât s-ar putea să fie expresia perturbării unui modul psihocerebral mai general.

Problema specificității vulnerabilității nu este tranșată. Până la un punct se poate vorbi de o vulnerabilitate generică pentru tulburări psihice, diferită de vulnerabilitatea pentru cancer, hipertensiune arterială sau boli metabolice. Pe de altă parte se vorbește și de o vulnerabilitate specifică pentru clase mari de patologie: schizofrenă, anxioasă, depresivă, bipolară, obsesiv-compulsivă. Această vulnerabilitate relativ specifică e comentată nu atât în perspectiva unor tulburări limitate ci în cea a marilor clase de patologie ce acoperă de obicei un spectru psihopatologic. Ideea spectrului nu clarifică însă de la început relația dintre vulnerabilitatea specifică, temperament, tulburare de personalitate și episodul psihopatologic sau o tulburare psihică determinată. De exemplu, o vulnerabilitate sau „diateză” anxios fobică poate fi prezentă într-o anumită populație, mai accentuată la unele persoane care au un stil comportamental particular în sensul precauției și evitării situațiilor anxioase și reacții hipermetrice la stresori anxiogeni. Dar, cazul persoanelor respective poate să nu fie încadrabil în realitatea și etichetarea unei tulburări mintale precizabile nosologic, ca de exemplu cea de personalitate evitantă, anxietate socială, agorafobie, atacuri de panică, anxietate generalizată. Măsura în care vulnerabilitatea pentru anumite episoade psihopatologice presupune în fundal doar o vulnerabilitate identificabilă prin metode speciale, o personalitate particulară cu un temperament și cu un mod de comportament aparte sau o tulburare de personalitate de un anumit tip categorical, rămâne deschisă. Problema este mult comentată în ultimul timp în legătură cu tulburarea bipolară, pentru care temperamentul hipertim pare a fi un marker important.

Pe lângă vulnerabilitatea de fond intră în discuție și oscilațiile în timp ale vulnerabilității, adică perioada în care ea este crescută și perioade de relativă nonvulnerabilitate. Acestea pot depinde de factori intrinseci sau extrinseci. Ultimii se pot referi la cumularea e.v. stresante și oscilațiile rețelei de suport social. Între factorii intrinseci pot fi menționați: – Perioadele critice ale ontogenezei și ale ciclurilor vieții când se presupune că subiectul e mai sensibil, cel puțin la anumiți stimuli sau stresori, decât în perioadele stabile; – Oscilațiile endotime ale bio-psiho-ritmurilor antropocosmice, fapt intuit deja de Schneider și Tellembach. De asemenea, desfășurarea proiectelor de viață, schimbările de viață, perioadele de împlinire, frustrare sau eșec, pot influența vulnerabilitatea psihică circumstanțială. Toate aceste considerații au nevoie, desigur de o argumentare faptică.

S-a constatat că vulnerabilitatea crește prin repetarea ep.pt. În cazul depresiei monopolare de exemplu, primul episod se poate produce reactiv cu ocazia unei pierderi importante, al doilea în condițiile unor schimbări de viață sau de dezadaptare, al treilea la o simplă oboseală iar următoarele, aparent fără nici o cauză decelabilă. Creșterea vulnerabilității după ep.pt. se poate exprima într-o crescută sensibilitate la stresori, în reducerea abilităților de relaționare socială și drept consecință scăderea rețelei de suport social, în deficiențe de autocontrol și autoîngrijire. În schizofrenie s-a comentat accentuarea după episoade a capacității de filtrare și ierarhizare a informațiilor, care inițial poate fi un marker. Dar dacă acesta se accentuează mult, atunci evenimentele obișnuite, problemele curente ale vieții de zi cu zi, pot deveni stresori supraliminari pentru subiect condiționând o nouă recădere. Relația inversă între vulnerabilitate și stres e prezentată în figura 23 (după Zuckerman, 1999).

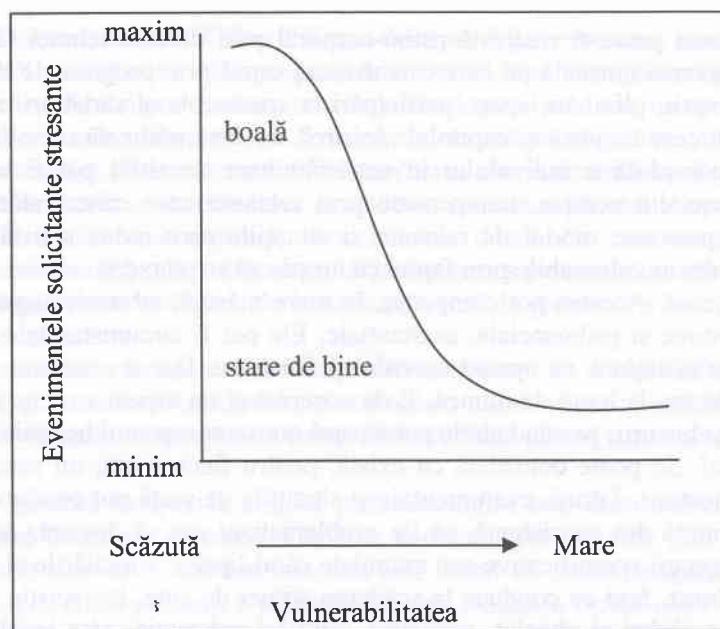


Figura 23. Relația între evenimentele de viață stresante, vulnerabilitate și tulburare (după Zuckerman, 1999).

În comentarea vulnerabilității un aspect special îl joacă factorii protectivi. Aceștia au fost împărțiți în resurse personale și sociale. La acestea s-ar adăuga satisfacțiile de viață și șansele (Perris, 1987).

Ideea de bază actuală în interpretarea influențelor psihosociale în psihopatologie este cea a echilibrului între factorii nocivi stresanți și cei protectori, la mijloc fiind vulnerabilitatea de fond și situațională. Totul ar putea fi figurat prin simbolul unei balanțe. Talerele acestea pot înclina într-o direcție sau alta.

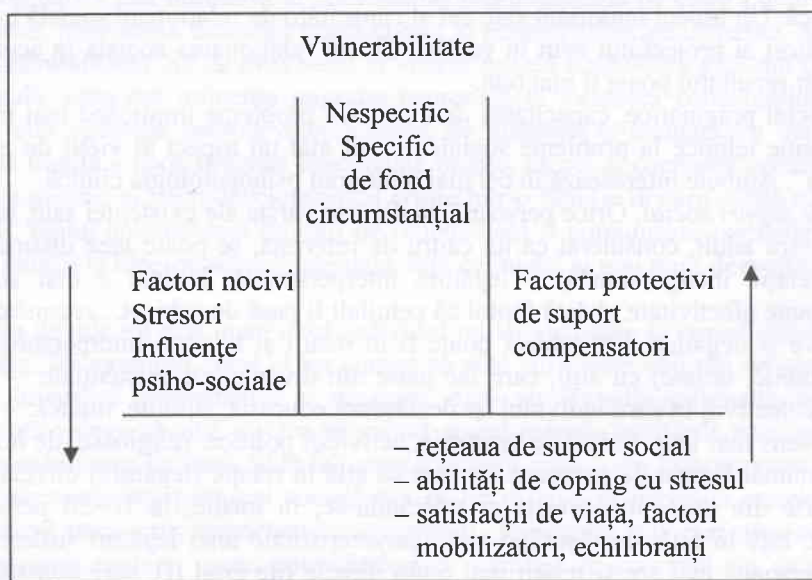


Figura 24. Relația între vulnerabilitate, stresori și factorii protectivi.

7.6. FACTORI COMPENSATORI ȘI PROTECTORI

Aceștia variază foarte mult în raport cu vârsta, identitatea socială și personală, caracteristicile socio-culturale etc. Este deosebit de important ca ei să fie evidențiați și evaluați în fiecare caz dat, deoarece doar raportul dintre suma stresorilor și cea a factorilor protectivi anti-stresanți ne poate clarifica, cât de cât comprehensibil, o situație psihopatologică dată.

1. *Relaxarea*. Aceasta poate fi realizată psiho-corporal prin diverse tehnici (Jacobson, Schultz). Nu trebuie ignorată nici relaxarea normală pe care o realizează omul prin programele de odihnă, somn, relații sexuale, alimentare, excursii, plimbări, sport, participări la spectacole și sărbători, contemplări, receptarea muzicii, distracții sau tot ceea ce intră la capitolul „loisire”. Se cere realizată o evidență a raportului dintre angajarea tensionat responsabilă a individului în activități care de altfel pot fi tonice și stimulative și perioadele de dezangajare din acestea, compensate prin relaxare care crează stări de satisfacție pentru subiect. Pentru diverse persoane modul de relaxare și situațiile care induc satisfacție regeneratoare sunt diferite. Unele persoane devin vulnerabile prin faptul că nu știu să se relaxeze.

2. *Satisfacțiile de viață*. Acestea pot compensa, în mare măsură, stresorii negativi. Satisfacțiile pot fi biologice, psihologice intime și psihosociale, existențiale. Ele pot fi circumstanțiale, ca rezultând din buna împlinire a unor proiecte și acțiuni, ca opusul eșecului și frustrării. Dar și constante, cum ar fi mulțumirile resimțite zilnic în familie sau la locul de muncă. E de acceptat și un aspect structural, unele persoane fiind incapabile de satisfacții și bucurii; pe când altele potențază constant aspectul hedonic al existenței.

3. *Sensul existențial*. Se poate considera că există, pentru fiecare om, un sens de viață firesc ce nu necesită analize sau comentarii. Totuși, evenimentele și situațiile de viață pot conduce la împrejurări în care sensul existenței să-și piardă din consistență, să fie problematizat sau să dispară. Acest fapt se petrece de obicei după pierderi și eșecuri semnificative sau cumulate când lipsesc solicitările și aprecierile firești celor care contează pentru subiect, fapt ce conduce la scăderea stimei de sine, la apariția sentimentului lipsei de rost. Considerată în sens global și absolut, problema sensului existențial este insolubilă. Ea poate prinde cheag doar în relație cu probleme, situații, acțiuni și interacțiuni umane concrete. Esențială e angajarea subiectului în proiecte cu sens, realizabile și care evoluează pozitiv. E firesc ca, creativitatea, prin sentimental de împlinire de sine pe care îl realizează, să fie și ea un factor de nonvulnerabilitate.

4. *Abilitățile social-pragmatice*. Existența oricărei persoane se derulează, dintr-un anumit punct de vedere, prin rezolvarea unui ansamblu de situații problematice, care se pot intersecta și suprapune, din punct de vedere al amplitudinii desfășurării. Pentru a rezolva probleme efective, practice, subiectul trebuie să poată realiza o evaluare corectă a situației, să-și formuleze obiective posibil de atins, în raport cu resursele de care dispune și la care poate apela. Toate acestea presupun capacitatea de a realiza o strategie de acțiune și de a o transpune în practică. Un aspect important este cel al capacității de relaționare socială în vederea realizării de parteneri și susținători ai proiectului avut în vedere. Cu cât relaționarea socială în această direcție este mai performantă, cu atât rezultatul poate fi mai bun.

Abilitățile social pragmatice, capacitatea de a rezolva probleme implicând mai mult sau mai puțin pe alții – de la probleme tehnice la probleme sociale – sunt atât un aspect al vieții de zi cu zi cât și unul al „situațiilor de criză”. Ambele interesează în cel mai înalt grad psihopatologia clinică.

5. *Rețeaua de suport social*. Orice persoană, la diverse vârste ale existenței sale, se află în relații relativ stabile cu alții. Pentru adult, considerat ca un cadru de referință, se poate face distincția între: – contactul interpersonal; – relația interpersonală; – legătura interpersonală. Ultima e mai stabilă, mai „adâncă” sufletește și presupune afectivitate. Adică faptul că celuilalt îi pasă de subiect, „rezonează” împreună cu el la evenimente pozitive și negative. Un subiect poate fi în relații și legături interpersonale mai mult sau mai puțin constante (stabile, intime) cu alții, care fac parte din diverse arii existențiale: – familia de origine și familia proprie; – colectivul în care individul își desfășoară educația, studiile, munca; – relațiile cu vecinii; – relațiile sociale în sens mai larg, ținând de prietenie, activități politice, religioase, de hobby. Se consideră că un subiect are un număr limitat de persoane cu care se află în relație (legătură) directă = rețeaua socială de grad I, făcând parte din ariile menționate și ridicându-se, în medie, la 10–20 persoane. Cu acestea se întâlnește frecvent, față în față, desfășurând toate caracteristicile unei legături sufletești notabile. În afara acestora, fiecare persoană mai are și relații mai puțin directe (de grad II), care constau din cunoștințele (și persoanele apropiate) ale celor cu care se află el însuși în raportare directă. Relațiile sociale de grad III ar fi cele ale unor persoane pe care subiectul nu le cunoaște direct, dar la care are un acces ușurat prin rețeaua sa socială de rangul I și II. Ideea rețelelor sociale concentrice care gravitează în jurul unei persoane sugerează metafora „câmpului”, prin comparație cu câmpul gravitațional. Rețeaua de grad I, cea a legăturilor directe, trainice și pe care te poți sprijini, ar fi cea mai aproape de nucleul acestui câmp. Metafora trebuie să țină seama de dubla perspectivă, obiectivă și subiectivă ce intră în joc. În perspectiva subiectivă persoana se poate simți legată de unele persoane care-l ignoră sau de ființe imaginare.

Pentru psihopatologie are importanță rețeaua de suport social (r.s.s.). Aceasta e constituită de obicei din persoane din rețeaua primară (rangul I) care se preocupă de/ și acordă un sprijin real persoanei aflate în dificultate. Sau cel puțin subiectul e convins că acestea procedează sau vor proceda astfel. Asepectul subiectiv e

important, încrederea subiectului în faptul ca alții l-ar putea sprijini constituie ea însăși un suport psihologic. Între situațiile dificile care pot constitui motive de ajutor se înscriu: o pierdere importantă de bunuri sau bani, un conflict major, concedierea, un accident, criza familială, descoperirea unei infidelități, apariția unei boli grave în familie, neplăcerile unei rude apropiate, propria îmbolnăvire etc. Suportul social (Gottlieb, 1982) pe care-l pot acorda alții, poate fi (după conceptualizarea lui Veil, 1985) instrumental și afectiv. Suportul instrumental se referă la sprijinirea în rezolvarea problemelor practice ale vieții curente. Cel afectiv se referă la faptul de a se plasa în situația de apropiere, comprehensiune, dialog și susținere morală, de încurajare, a celui aflat în dificultate. Un aspect special al acestui suport afectiv îl constituie „intimanța”, realizarea unei situații psihologice în care subiectul suferind simte că are în apropierea sa o persoană de încredere și fidelă. (Sarason, 1983). Aceste relații pot crește nonvulnerabilitatea subiectului, îl pot face să reziste mai mult la variații stresori. Pe de altă parte, s-a demonstrat că r.s.s. joacă, pentru individ, un rol de filtru al stresorilor, atât în perioada infanto-juvenilă, cât și la adult sau la vârsta a treia. R.s.s. are un important rol în prognosticul tulburărilor psihice. Ea depinde, parțial, de caracteristicile persoanei premorbide. Dar, pe de altă parte, poate fi influențată de episoadele psihopatologice prin reducerea progresivă a capacității de relaționare, cât și prin stigmatizarea ce rezultă din situația de bolnav psihic. Ep.pt. reduce r.s.s., iar acest fapt vulnerabilizează persoana pentru un nou ep.pt. Faptul s-ar adăuga altor factori prin care ep.pt. crește vulnerabilitatea, cum ar fi fragilizarea sistemelor de neurotransmisie. Vulnerabilitatea de fond poate fi compensată sau mascată prin factori psihosociale. Așa ar fi de exemplu factorii familiali și/sau sociali din nișa ecologică proprie. Și la fel, un statut social – de exemplu profesional – care să convină particularităților caracteriale ale persoanei, subiectul identificându-se cu rolul său, fapt ce-i aduce satisfacții, stima de sine, relații și rețea socială crescută. O astfel de mascare a vulnerabilității, prin identificare cu rolurile sociale, a fost exemplar analizată de Tellembach și de Kraus, în legătură cu „*tipus melancolicus*”, persoană atașată excesiv de ordine, datorie și muncă. Identificarea persoanei cu rolul social poate conduce la bune performanțe sociale. Respectarea de către el a tuturor normativelor sociale îl poate pune în situația de a fi considerat, dinspre exterioritatea societății, ca „hipernormal”. De fapt, o astfel de persoană e, de obicei, deficitară psihic, fiind lipsită de spontaneitate, de imaginar, neputând suporta și depăși sintetic, creator situațiile ambigue, nereușind relații interumane intime, lipsindu-i capacitatea de a aprecia sărbătorile, jocul și, în general, capacitatea de a se bucura. Kraus (1987) a introdus conceptul de „nomopatie”, în sensul că, omul aparent hipernormal (supus excesiv normalor sociale) este un om, în fond, slab, vulnerabil. Schimbările, uneori inevitabile, ce se petrec în cursul vieții, pot face să cadă masca acestui suport pe care pe care-l constituie rolul social și de care subiectul vulnerabil s-a atașat, în spatele căroră „s-a ascuns” și să apară un episod depresiv sau anxios. O situație, până la un punct, apropiată de precedentă este cea a copiilor ce se doresc mereu premianți, mereu doar de nota 10, situație în care sunt valorizați, vulnerabilitatea fiind mascată tot de performanță. Vulnerabilitatea este ușor de descifrat dat fiind faptul că note ceva mai mici sunt resimțite ca o frustrare, ca un atentat la stima de sine. O altă situație de mascare prin compensare o întâlnim în cazul unei persoane nesigure de sine, predispusă la anxietate și fobie socială, care trăiește lângă un partener puternic ce rezolvă toate problemele curente ale vieții și induce partenerului sentimentul protecției și siguranței; dispariția acestei persoane protectoare aduce la iveală vulnerabilitatea anxioasă ce era până atunci mascată.

Tema existenței unor factori compensatori ai vulnerabilității se înscrie într-o idee mai largă a înțelegerii de către OMS a dizabilității, sănătății și funcționării. În manualul CIF publicat în 2001 se au în vedere ca factori ce pot influența dizabilitățile – inclusiv în bine, compensator – factorii de mediu și cei personali. Între factorii de mediu sunt menționați: – Produse și tehnologii (de uz personal, de comunicare, pentru educare, cultură etc.); – Mediul natural; – Sprijin și relații (familie, prieteni, cunoștințe, persoane necunoscute, profesioniști în domeniul sănătății etc.); – Servicii, sistem, politică. CIF se referă însă la persoane care au deja dizabilități diagnosticabile, ca și consecință a unor boli care au dus la afecțiuni psihocorporale, la limitarea unor acțiuni și activități specifice umane; și în final la deficite de integrare și participare la viața socială. Vulnerabilitatea este însă, în principiu, o stare de dinainte de boală, de tulburare și de apariția unui handicap definit. Totuși, ideea unor factori protectivi și compensatori funcționează și la acest nivel, în sensul contrabalansării acțiunii stresorilor și menținerii unui echilibru psihic.

7.7. PERSPECTIVA BIOGRAFICĂ A INFLUENȚELOR PSIHO-SOCIALE

Psihopatologia a înțeles, de la începutul dezvoltării sale că istoria biografică este o cheie a înțelegerii persoanei, în perspectiva sa normală și anormală. Tema înțelegerii biografice este însă extraordinar de

complexă. Psihanaliza a avut în vedere relațiile nou-născutului și copilului mic cu părinții în primii ani de viață ca posibili factori de vulnerabilizare, cu rol important în etiopatogenie. Actualul cognitivism pune și el accentul pe învățările distorsionate din prima copilărie. Diverse analize psihopatologice au căutat bazele etiopatogenetice ale tulburărilor mintale în influențele relaționale, educative, formative ale copilului, mai ales din primii ani de viață. Ulterior, atenția s-a concentrat asupra unor perioade mai îndelungate ale biografiei, incluzând principalele evenimente ale acesteia, atât cele care țin de ciclurile normale de viață cât și de evenimente deosebite. Abordarea familială sistemică a psihopatologiei, mai ales în intențiile sale psihoterapeutice, a analizat perioadele formative ale copilului în contextul complexelor interrelații familiale. Sistemul de foaie de observație standardizată AMDP încearcă să cuprindă într-o matrice principalele evenimente semnificative din istoria unui pacient. Un inventar biografic detaliat este însă extrem de dificil.

Sistemul de diagnostic ICD-10, capitolul F pe axe propune și el o variantă, indicând ca pe axa III să fie trecute probleme ale existenței indicate prin codurile Z. Dintre acestea sunt selecționate următoarele:

• Probleme corelate evenimentelor negative în copilărie	Z 61–61
• Probleme corelate învățământului și educației	Z 59
• Probleme corelate grupului de suport primar incluzând circumstanțele familiale	Z 63
• Probleme corelate ambianței sociale	Z 60
• Probleme corelate locuirii și circumstanțelor economice	Z 54
• Probleme corelate muncii angajate și șomajului	Z 56
• Probleme corelate ambianței fizice	Z 57–58
• Probleme corelate unor circumstanțe psihosociale	Z 64
• Probleme corelate circumstanțelor legale	Z 65
• Probleme corelate istoriei familiale de boli sau disabilități	Z 81–82
• Probleme corelate stilului de viață și dificultăților de management ale vieții	Z 72–73

Sugestiile sistemului de diagnostic pe axe a ICD-10 acoperă aspecte importante ale biografiei persoanei. Dar, așa cum e inevitabil într-un sistem standardizat, nu asigură o procedură care să specifice momentul sau perioada de viață la care respectiva problemă se referă. Oricum, accentul este pus pe influențele de durată din familie, pe cele educative, școlare, de la locul de muncă, din ambianța socială proximală. Evenimentele secvențiale sunt avute în vedere mai ales în perspectiva schimbărilor de viață și readaptării la noi condiții. Astfel, ceea ce era conceput ca „psihotraumă” sau eveniment de viață înalt semnificativ în psihopatologia clasică germană, se estompează pe fundalul ambianței care influențează cursul vieții, așa cum sugera deja Petrilowitsch. Evenimente deosebite cum ar fi de exemplu moartea unei persoane apropiate, a unui membru al familiei sau un eșec școlar, o disponibilizare la serviciu etc., sunt și ele încadrabile în liniile de desfășurare a unor cicluri de viață. Evenimentele realmente neprevăzute și stresante sunt abordate ca o excepție.

Comentariul din sistemul de diagnostic pe axe ICD-10 și a sistemului IGDA a lui Mezzich (2003) care-l dezvoltă, este interesant deoarece sugerează o concentrare a ariilor problematice în care se desfășoară evenimentele de viață realmente importante în biografia unui om. Pe axa a II-a a sistemului de diagnostic respectiv sunt avute în vedere pentru o evaluare actuală a disabilităților, principalele arii de funcționare psihosocială ale persoanei care se reduc la 4 domenii: – îngrijiri personale; – ocupația, incluzând activitățile de studiu, de activitate în gospodărie sau muncă remunerată; – familia și funcționarea în context familial, parental, rude etc.; – funcționarea în context social apropiat. Dacă se compară ariile de evaluare a funcționării performante cu cele din care se consideră că pot apare principalele influențe psihosociale negative, se constată că sunt în principiu aceleași. De fapt și diagnosticul pe axe DSM-IV identifică aceleași zone ale posibilităților stresori psihosociale, diagnosticabili pe axa IV; și care sunt: – probleme cu grupul de suport primar; – probleme corelate ambianței sociale; – probleme educaționale; – probleme ocupaționale; – probleme locative; – probleme cu serviciile de sănătate; – probleme de interacțiune cu sistemul legal.

Faptul că aceleași mari domenii ale vieții – ale ciclurilor vieții – sunt cele în care se manifestă competențele și cele din care derivă cele mai frecvente evenimente de viață stresante, este completat de faptul că tot acestea sunt ariile din care provine rețeaua de suport social și în care se realizează principalele satisfacții, se desfășoară parametrii calității vieții sau se exprimă nevoile pacientului. Privind astfel lucrurile, biografia poate fi analizată prin desfășurarea în paralel a câtorva cicluri ale vieții pe care cursul existenței personale – așa cum îl concepea Erikson și Levinson – le centrează. Această centrare poate fi comparată cu

centrul unui câmp gravitațional. E vorba de ciclul familial – al familiei de origine și a celei propriu constituite – de ciclul educativ instructiv și cel al manifestării în profesie, de ciclul locativ, al locuirii în intimitate care se polarizează cu existența civică, publică. În toate aceste zone există relaționări sociale importante pentru subiect. O boală somatică sau psihică le implică pe toate, are răsunet în toate aceste linii paralele ale ciclurilor vieții.

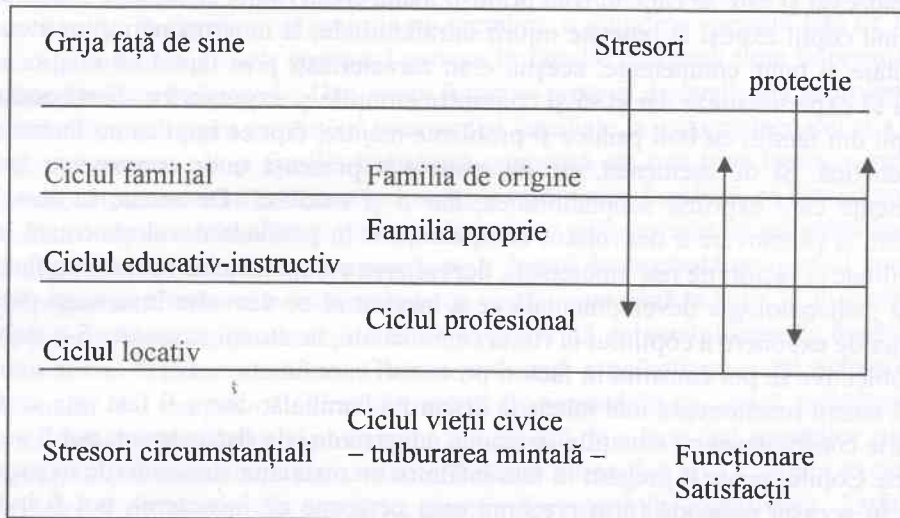


Figura 25. Interferențe între ciclurile vieții în biografie și tulburarea mintală.

Toate aceste cicluri paralele ale vieții pot fi deci surse pentru:

- Formare, dezvoltare, împlinire, satisfacții, sens existențial, calitate a vieții, fericire;
- Protecție, legături semnificative, grijă, suport, susținere;
- Zone de manifestare a abilităților, competențelor, talentelor, creativității;
- Surse de frustrare, eșecuri, pierderi, schimbări de viață cu semnificație pozitivă sau negativă, surse de solicitări excesive, de psihotraume.

Diversele influențe psihosociale sau manifestări de viață relaționale se pot potența în bine sau rău, se pot compensa. Multe influențe pot fi prin ele însăși minore, dar cumulate în timp și potențate de influențe ce vin din zona altor cicluri, pot duce la cumulări progresive în cadrul „câmpului existențial” centrat de subiect. Astfel încât la un moment dat un eveniment aparent minor să producă o fisură sau o ruptură. Ideea ar putea fi urmărită până la un punct în conformitate cu modele matematice care au fost utilizate cu succes în fizică, biologie sau sociologie, așa acum ar fi „determinismul nonlinear” și „teoria catastrofelor”. Problema necesită atenție deoarece, de când s-a renunțat la conceptual vag de determinism „endogen” psihopatologia caută modele pentru determinismul unor tulburări care aparent se instalează fără o cauză actuală „evidentă”. Doctrina vulnerabilitate/stres poate fi o sugestie în acest sens, mai ales dacă se are în vedere și „determinismul nonlinear” cumulativ ce se manifestă în „câmpul” pe care-l formează în jurul persoanei liniile paralele ale principalelor sale cicluri de viață.

7.8. REZILIENȚA

„Reziliența” a fost definită ca un fenomen sau proces care reflectă o adaptare pozitivă a copilului în ciuda experimentării unor semnificative adversități sau traume (Spencer, 2000). Conceptul e supraordonat, presupunându-l pe cel de adversitate și pe cel de adaptare. Oricum, el se referă la raportarea individului față de influențele psihosociale negative intense și persistente. Alte probleme conceptuale conexe se referă la: – adaptarea de moment și cea tardivă, ce rezultă din dezvoltarea ontogenetică, – înțelegerea factorilor de risc, cei ce conduc la vulnerabilizare și a factorilor protectori, intrinseci și extrinseci, pe termen scurt și pe termen îndelungat, – relațiile dintre vulnerabilitate, competențe și psihopatologie, – evaluarea dezvoltării persoanei prin măsurarea unor parametri în diverse circumstanțe și momente.

Conceptul de reziliență s-a dezvoltat după anii '70 ai secolului XX, în aceeași perioadă în care s-a conturat și cel de vulnerabilitate. Studiind copiii schizofrenilor, Garnezy (1974) a întâlnit printre aceștia unii care aveau, în mod surprinzător, un nivel înalt de adaptabilitate. Antony (1974) a descris un grup de copii „invulnerabili” care rezistă la manifestările psihopatologice ale părinților, față de care au chiar compasiune. La fel Rutter (1979, 1985) a descris un grup de copii „rezistenți”, ce trăiesc cu părinți bolnavi psihici sau cu comportament neadecvat și care se caracterizau printr-o înaltă creativitate, eficacitate și competență. Murphy și Moriasty studiind copiii expuși la repetate injurii intrafamiliale, la moartea părinților etc., au constatat la unii o bună adaptare și bune competențe; aceștia erau caracterizați prin faptul că relaționau ușor cu alții, aveau capacitatea să experimenteze dar și să-și contureze emoțiile și expresia lor. Toate aceste studii inițiale se refereau la copii din familii cu boli psihice și probleme majore, fapt ce implica un factor sau o presupusă vulnerabilitate genetică. Și de asemenea, ele au evidențiat prezența unor competențe speciale la copiii rezilienți, competențe care exprimă adaptabilitatea, dar o și mediază. De aceea, în anii '80 s-au lansat proiecte de studiere și promovare a dezvoltării competențelor în perioada dezvoltării în ideea că dacă există o vulnerabilitate și factori de risc ambientali, dezvoltarea competențelor poate fi un factor protector.

Psihiatria și psihopatologia dezvoltării ce a început să se dezvolte în aceeași perioadă, a luat în considerare situația de expunere a copilului la riscuri ambientale, la situații stresante. S-a stabilit pe deasupra că unele situații obiective se pot constitui în factori protectori care funcționează în cadrul unui proces. Rutter (1985) a arătat că băieții reacționează mai intens la discordia familială; deci a fi fată este un factor protector. Dar pe de altă parte confruntarea cu situațiile stresante, adverse și de risc exterior, pot fi asistate, pentru ca riscul să se reducă. Copilul poate fi pregătit în fața întâlnirii cu o situație stresantă (de exemplu spitalizarea), poate fi susținut în această perioadă (prin prezența unei persoane de încredere), pot fi îndepărtate lanțuri cauzale care să perpetueze factorii de risc, poate fi susținută și crescută stima de sine a copilului, pentru ca acesta să fie mai rezistent etc. Se năștea astfel ideea intervenției active pentru a susține reziliența, prin creșterea competențelor și asistarea celor expuși.

În urma studiilor efectuate, la sfârșitul secolului XX se conturaseră câteva constatări: – „Locusul” rezilienței este atât în individ cât și în ambianța proprie (ca factori suportivi), reziliența fiind în esență un proces interactiv; – Reziliența e un proces fluctuant, ea nu se instituie odată pentru totdeauna și pentru orice eventualitate; – Reziliența nu trebuie evaluată doar după comportament, după performanțele exterioare; se cere ținut cont și de trăirile interioare ale subiectului; – Reziliența se cere evaluată diferențiat, în funcție de mai multe domenii, școlar, emotiv, general social etc.

Factorii adversivi pe care i-a luat și îi ia în considerare reziliența – influențele psihosociale negative, în înțeles de stresori prelungiți, de factori de risc – s-au referit de la început și tot timpul la ambianța umană proximală, la familie în primul rând. Exemplele tipice au fost: – o familie în care unul din membrii, din părinți, mama în primul rând, suferă de o boală psihică cronică; – familie cu un membru suferind de o boală predominant somatică prelungită, care necesită îngrijire permanentă și induce o atmosferă psihologică aparte; – abuzul persistent în familie, fizic, psihologic, sexual; – familia dezorganizată cu comportamente aberante, anomice; – familia incompletă sau cu funcții incomplete, frustrantă, cu dolii repetate; – neglijarea educativă intrafamilială și din mediu proximal, în ambianțe anomice. Toate aceste influențe adverse se exercită o perioadă îndelungată și au o semnificație negativă deosebită pentru psihismul copilului. Desigur, există specificitate în ceea ce privește vârsta la care situațiile adverse acționează asupra copilului.

Caracteristic pentru programele de studiere a rezilienței este faptul de a nu considera aceste aspecte doar în sens global, ci diferențiat. Adică, într-un sistem familial sau de ecologie umană cu probleme, sunt de luat în considerare factori adversivi, factori stimulativi, protectivi sau care permit alianțe ce favorizează dezvoltarea. Abordarea multinivelică a contextului psihosocial, specifică psihologiei dezvoltării, este una din cheile de înțelegere a fenomenului. Într-un sens similar, abordarea în perspectivă nu doar sistemică ci longitudinală, poate clarifica existența unor factori compensatori, protectivi. Acest mod de abordare susține opinia actuală, că reziliența este un proces fluctuant, care se joacă în permanență prin influențe reciproce cu ambianța, prin alianțe cu aspectele pozitive ale acesteia. Cazurile cele mai reușite de reziliență sunt acelea în care dispozițiile și particularitățile pozitive ale individului găsesc un parteneriat pozitiv în câteva „locusuri” cheie ale mediului dezvoltării.

Încă din perioada lansării conceptului de reziliență, în anii '70-'80, s-a atras atenția asupra unor factori intrinseci ce favorizează reziliența. E vorba de copii ce au anumite particularități de la început ca: inițiativă, eficacitate, un „locus de control interior” asupra acțiunii, creativitate, bună capacitate de relaționare socială.

Acești copii au o serie de competențe de asertivitate, au capacitatea de a deține competențele firești ale vârstei, pot ajunge la o identitate și stimă de sine pozitivă.

Copilul rezilient este activ, spontan, cu inițiativă și tendințe prosociale, cu o bună capacitate de intuire, de imaginare creativă și de eficacitate executivă în acțiunile și reacțiile la care participă. Este vorba de copii care dezvoltă un „locus interior de control” asupra acțiunii. Dar care au și o spontaneitate interioară în ceea ce privește motivația și inițierea acțiunii, nu doar controlul desfășurării acesteia. Toate studiile empirice asupra rezilienței au relevat capacitatea de „eficacitate”, de a rezolva pozitiv situațiile, proiectele, lucrurile. Eficiența și eficacitatea la rândul lor susțin stima de sine, identitatea și coerența sinelui, asimilarea și afirmarea competențelor specifice perioadei developmentale, sentimentul identității cu sine și al autonomiei, în contextul deschiderii spre comunicare și relaționare interpersonală.

Copiii rezilienți dovedesc o bună capacitate de autocontrol a emoțiilor și pulsionilor, a emoțiilor sociale în primul rând. Ei trăiesc efectiv emoțiile și relaționarea socială dar nu sunt dominați de nivelul emotiv și își pot controla expresia emoțiilor. Deci, nu e vorba de copii anafectivi sau fără emoții. O direcție specială de studiere a copiilor rezilienți arată că aceștia au capacitatea de a simți și resimți în profunzime relațiile și raportările interpersonale; ce nu sunt superficiale și „nu joacă teatru” mimând relațiile sociale, ci sunt „autentici” în trăire. Autentici afectiv, cu umor și controlați.

La celălalt pol, extrinsec, s-a constatat că reziliența e favorizată de o relație bună, sigură de atașament. Aceasta nu trebuie să fie neapărat cu mama, ci cu o „figură de atașament”, cu un îngrijitor („caregiver”) semnificativ din cadrul familiei sau un frate sau o soră mai mare care acceptă o poziție psihologică ce are o astfel de semnificație de proximitate psihologică, ce oferă siguranță și poate fi punct de plecare pentru asimilări reprezentative protectoare. În plus, astfel de persoane de atașament pot juca un rol important nu doar în perioada dintre 1–3 ani când această relație se constituie, ci și ulterior. Copiii rezilienți prezintă deci o relație strânsă, stabilă, cu o persoană reprezentativă, securizantă, de încredere, ce asigură un bun parteneriat protectiv.

Pe lângă rolul unei persoane stabile cu valențe de atașament și suport – dar și de confirmare, sprijin, dezvoltare, dialog, alți factori pe care studierea cazuisticii i-au relevat sunt: – Rolul posibil pozitiv al ambianței și persoanelor din mediul școlar educativ; – Rolul colegilor și prietenilor („peer”), deci a relațiilor cu persoane apropiate de aceeași vârstă; – Rolul ambianței socio-culturale, cu valențele ei stimulante, dar și posibil rejectante, frustrante, stigmatizante.

Toți acești factori au fost abordați și într-o perspectivă sistemică, a „câmpului ecologic” cultural, după un model derivat din cel al „câmpului psihologic” teoretizat de Lewin. Abordare care, a permis și permite și o abordare concomitentă din perspectivă fenomenologică, în sensul felului în care subiectul resimte și înțelege lumea umană în care se dezvoltă. Lume ce poate fi în ansamblu și în detaliu frustrantă, ostilă, provocatoare, stimulantă.

Într-o perspectivă sintetică reziliența developmentală poate fi caracterizată prin: – Un „locus” intern al motivației și controlului acțiunii, cu spontaneitate, interes, curiozitate, explorare, inițiativă, toate integrate armonice și bine ținute sub control; – Capacitatea de a iniția acțiuni dar și de a le duce până la capăt cu eficiență și naturalețe; – Faptul de a se adapta deschis împrejurărilor, situațiilor noi, de a fi maleabil în raport cu circumstanțele; dar în același timp perseverent și consecvent cu sine; – O bună imaginație protectivă; – O bună inteligență emotivă practică, în sensul de a rezolva eficient, cu aparentă ușurință și lipsă de strădanie, problemele curente ale vieții de zi cu zi. În această direcție e favorabilă o suficientă creativitate; – O bună capacitate de autoreglare a emoțiilor sociale. Bună disponibilitate pentru relaționarea socială, spre contact și comunicare, spre căldură afectivă; – Atașament sigur cu o persoană ce reprezintă o figură de atașament semnificativă. Acest atașament e important să funcționeze ca o relație constantă de-a lungul copilăriei cu o persoană aflată undeva în cercul de cunoștințe accesibile; deci, nu e nevoie să fie o persoană neapărat din familie, dar să fie totuși reprezentativă pentru imago-ul unuia din părinți, a unui frate mai mare sau a unei poziții asemănătoare. O stimă de sine pozitivă, constant autoîntreținută, autonomie crescută, un nivel crescut de competență mai ales în direcția afirmării, asertării în plan social, o bună empatie, capacitate de relaționare socială, altruism, generozitate, autenticitate; să răspundă la întrebări dificile cu răspunsuri corecte, umor, chiar și în situații dificile, moralitate crescută (Walsh).

Se cere evidențiat că însăși conceperea rezilienței derivă din înțelesul pe care lumea recentă și actuală îl conferea omului normal-ideal. Acest ideal de normalitate, înaintea oricărei idei de copil rezilient, susține că omul, pentru a fi sănătos și bine sufletește, trebuie să fie: – activ, sociabil, performant, eficient, autocontrolat, încrezător în sine, adaptat unor împrejurări variabile, cu inițiativă și asertiv etc. Acest ideal de om sănătos și

normal pe care copilul rezilient al zilelor noastre îl urmărește și-l realizează, e diferit de idealul de om sănătos psihic și normal din culturile de acum un secol, fie ele islamice, budiste sau creștine, și e diferit chiar de idealul omului normal de la începutul secolului XX, când a început să se constituie psihanaliza lui Freud. Performanța socială și succesul ca și criteriu al normalității reziliente este, în plus, distinctă de creativitatea valoric culturală propriu-zisă.

În prezent, sensul rezilienței s-a lărgit, cuprinzând nu doar perioada developmentală ci întreg parcursul desfășurării existenței persoanei de-a lungul ciclurilor vieții. Au fost astfel reconsiderate și integrate în perspectiva unei psihopatologii developmentale înțeleasă în sensul larg și adversitățile psihosociale intense și prelungite de la vârsta adultă. Studiarea acestor aspecte e în curs de desfășurare. O atenție deosebită se acordă în prezent procesului de reziliență la vârsta a treia în perspectiva gestionării resurselor pentru o îmbătrânire echilibrată, realizată „cu succes” (Greve, 2006).

În perspectiva longitudinală a întregii vieți sunt expectate multiple evenimente și perioade stresante, pierderi și schimbări (Standing). Se are în vedere însă și marea plasticitate a psihismului uman, resursele și rezervele de care el în permanență poate dispune, precum și factorii contextuali care nu sunt doar stresanți ci și stimulativi și suportivi. În ultimele decenii mai ales, metamorfozele frecvente și rapide ale contextului uman, al ambiantei în care persoanele își desfășoară viața, au devenit un fapt comun, cu care oamenii au ajuns să se obișnuiască, astfel încât vârsta adultă târzie și procesul de îmbătrânire este înțeles și se desfășoară în zilele noastre altfel decât în urmă cu 50, 100 ani. La aceasta contribuie și nivelul de civilizație, cunoștințele medicale și măsurile de igienă, alimentația și informația. Mai joacă un rol concepția generală actuală despre viață și lume, abordarea cognitivă rațională actuală a psihismului uman, care invită fiecare persoană să învețe să se cunoască și să-și gestioneze viața, să se implice în existență cu responsabilitate pentru sine și pentru alții, cu grija pentru demnitatea vieții altora și pentru propria demnitate.

Se pune astfel accent deosebit pe plasticitatea psihică a omului, pe aspectul tranzacțional al existenței sale, pe dialectica între continuitate și discontinuitate. Desfășurarea vieții e considerată ca fiind multidimensională și multifacetată, marcată de intra și intervariabilitate. Oamenii sunt stimulați să fie activi și să-și autoregleze comportamentul. Existența personală se desfășoară având la bază o serie de „proiecte personale”. Această idee care a fost intuită de filosofia existențialistă este urmărită în prezent în mod empiric. Proiectele de viață au în vedere diverse durate temporale și presupun o negociere constantă între individ și factorii ambiantei umane. În această perspectivă, reziliența se realizează și la vârsta adultă, ca un produs al interacțiunii între persoană și context, ca rezultat al unui proces de continui negocieri și interacțiuni. Dezvoltarea reușită a persoanei la vârsta adultă și la bătrânețe presupune, la fel ca reziliența din perioada copilăriei, o serie de factori intrinseci și extrinseci. Unul din factorii importanți e considerat a fi autonomia de care reușește să dea dovadă adultul. Alt factor îl constituie capacitățile sale de „*coping*” și de gestionare a resurselor pe care le are la dispoziție. În orice caz, la aceste vârste se pune un accent mai mare pe implicarea persoanei, pe autodeterminarea ei. Îmbătrânirea cu succes, cu o viață frumoasă la vârsta a treia, e considerată nu doar posibilă ci ea se realizează efectiv în practică, fapt constatabil și în prezent studiat de psihologi. La fel ca pentru copii, e utilă însă și la această vârstă intervenția activă, „asistarea” procesului de reziliență, direcție în care se desfășoară multiple programe. În același timp, reziliența poate fi favorizată de acțiuni ce pornesc din plan socio-cultural (Ionescu, 2007).

Doctrina vulnerabilitate-stres este îndreptată în direcția etiopatogeniei. Ea urmărește condițiile care favorizează faptul că o stare stresantă să aibă consecințe psihopatologice. Dar, această perspectivă, chiar atunci când identifică factorii determinanți, nu poate da socoteală de însăși ansamblul manifestării patologice, a structurii și conținutul acestei manifestări. Aceasta derivă din interioritatea structurii funcționale a psihismului, ca o actualizare distorsionată a unor aspecte ale acestei structurii. În această direcție o contribuție importantă au adus orientările evoluționiste, cognitiviste și fenomenologic ale psihopatologiei.

CAPITOLUL 8

CONTRIBUȚIA DOCTRINELOR EVOLUȚIONISTE, COGNITIVISTE ȘI FENOMENOLOGICE LA PSIHPATOLOGIA CLINICĂ

În raport cu psihopatologia clinică centrată pe sindroamele tulburărilor tradiționale, pe care le descriu s.n.n. în perspectiva unui diagnostic oficial și al terapiei, doctrinele psihopatologice au avut totdeauna o abordare mai laxă a nosologiei. Așa a fost psihanaliza, care însă a ținut și ține cont de sistematizările nosologice-nosografice ale vremii. Psihopatologia dezvoltamentală este direct derivată din clinica psihiatrică pe care o fluidizează însă prin perspectiva longitudinală, prin studierea dezvoltării naturale a funcționalității psihice și prin relațiile intrafamiliale. Perspectiva evoluționistă a psihologiei și psihopatologiei s-a impus în ultimele decenii, aplecându-se și ea asupra cazurilor nosologice cunoscute, încercând însă o nouă interpretare. Psihologia cognitivistă actuală se relaționează ceva mai difuz cu tradiția psihopatologiei clinice. Ea aduce contribuții diverse și deosebit de interesante la interpretările etiopatogenice și la psihoterapie. În plus, prin raționalismul ce o caracterizează se apropie de mai vechea psihopatologie fenomenologică, care se reactivează și ea, acordând importanță evoluționismului și bazelor neurobiologice ale psihopatologiei.

Aceste orientări abordează stările psihopatologice din perspectiva coerența unor moduli sau a unor fenomene psihice și nu prin suma statistică a simptomelor.

8.1. PSIHPATOLOGIA EVOLUȚIONISTĂ ȘI CORELAȚIILE EI CU PSIHPATOLOGIA CLINICĂ

În ultimii ani se manifestă o preocupare crescândă pentru psihologia și psihopatologia evoluționistă (p.pt.e.) în cadrul revigorării neodarwinismului. Psihopatologia clinică actuală este serios marcată de această mișcare. (Cosmides, 1989; Barkow, 1992; Nesse, 1994; Murphy, 2004; Brüne, 2008).

Psihopatologia se bazează și pe ampla dezvoltare a psihologiei evoluționiste (Cosmides & Toby, 1992; Crawford & Crebs, 1998; Bradshaw, 1997; Buss, 1999; Panksepp, 1998; Wenegart, 1990). Psihologia evoluționistă consideră că funcționarea psihică e un important mecanism adaptativ, asupra căruia selecția operează în mod esențial. Modelele comportamentale adaptative selecționate se transmit genetic, suportul lor fiind organizarea și funcționarea creierului. Selecția și transmiterea mecanismelor adaptative se face prin unități de funcționare psihică bine delimitate, pentru care s-a adoptat expresia de moduli. Funcționarea modulară precisă și eficientă e integrată de funcții psihice generale și sintetice. Pentru om selecția, fixarea și transmiterea genetică a mecanismelor psihice adaptative s-a realizat în toată perioada evolutivă și istorică a omului și a condus la o structurare psihică generală pentru specia om. Câștigurile psihice evolutive esențiale se referă la limbajul articulat, planificarea și autocontrolul acțiunilor girate de lobul frontal, și mai ales dezvoltarea extrem de complexă a relaționărilor interindividuale, girate de „creierul social” (Brüne, 2003; Secară, 2007). Particularitățile psihismului uman mai rezultă din lunga perioadă de maturare postnatală în care copilul trebuie protejat și educat. La om transmiterea mecanismelor psihologice nu e rigidă. Pe lângă transmiterea modulară standard, care și ea este mult nuanțată, se acceptă transmiterea unor sensibilități și potențialități de dezvoltare și învățare.

Fenomenele psihopatologice ar consta din disfuncții ale mecanismelor psihologice funcționale adaptative, care ajung să se manifeste deviant, excesiv, alunecând din articularea firească cu contextual sincron și diacron. Astfel ele devin disfuncționale creînd probleme și stări defavorabile individului și celor apropiați. Această situație a fost rezumată de Wackefield în expresia „disfuncție dăunătoare” („*harmful disfunction*” – H.D.). De exemplu, reacția de spaimă care e o funcție adaptativă se poate manifesta dezadaptativ ca atac de panică. La fel, reacția de alertă față de un stimul neprevăzut și neclar care e adaptativă, se poate manifesta excesiv ca intensitate și durată, în mod decontextualizat, prin anxietatea generalizată. (Marks, 1987). În mod similar pot fi interpretate diverse fobii, inclusiv agorafobia, care derivă din situația adaptativă fixată prin selecția naturală a creșterii stării de alertă a animalului ce se îndepărtează de cuib, singur și neprotejat, în

locuri necunoscute; în această împrejurare stimuli minori pot declanșa alertă, reacții de spaimă, iar în cazul agorafobiei atacuri de panică. Anxietatea de separare și de contact e un model de reacție adaptativ al omului, care se maturează lent postnatal, protejat de către mamă împotriva străinilor. Dar ea se poate manifesta excesiv, susținând ulterior și fobia de școală și agorafobia. Anxietatea socială poate fi plasată și ea la capătul unei linii de-a lungul căreia se desfășoară o funcție adaptativă, cea a grijii pentru o asertare interpersonal-socială performantă și evaluată pozitiv de ceilalți. Acest ultim exemplu din aria de adaptabilitate a fenomenelor anxioase ne plasează însă într-o zonă în care psihismul uman se organizează specific, prin funcții ce nu se regăsesc direct în universul animal.

Mecanismele psihologice adaptative care ajung să se manifeste excesiv și decontextualizat în variantă psihopatologică, deși au o bază genetică și cerebrală, se află tot timpul și sub modelarea învățării și a experiențelor trăite în cursul ontogenezei. Precum și a factorilor ce influențează direct funcționarea cerebrală, global și sectorial. De aceea psihologii și psihopatologii evoluționiști au adus în discuție două nivele de explicație cauzală a etiopatogeniei psihopatologice. Un nivel proximal, legat de cauze ce influențează direct existența individului și care se pot cumula de-a lungul ontogenezei biografice. Și un al doilea nivel, de profunzime sau al condiționării ultime („*ultimate level*”), care se referă la mecanismele psihologice cu care omul actual este dotat filogenetic prin evoluție, fixate genetic deoarece erau adaptative în mediul ancestral, dar care pot să nu mai fie întru totul adaptative în condiții noi de existență („*environmental mismatch*”). Pe această cale p.pt.e. sugerează existența unor vulnerabilități psihopatologice de fundal.

P.pt.e. este importantă pentru psihopatologie și prin clarificări în direcția nosologiei. Circumscrierea entităților nosologice, a sindroamelor psihopatologice prin liste de simptome, apare în mare măsură ca arbitrară și lipsită de alt fundament decât tradiția clinică observațională, de corelare frecventă a simptomelor într-un anumit mod. În schimb, dacă sindromul psihopatologic este considerat ca fiind disfuncția unui mecanism psihologic adaptativ (Wackefield, 1994) cu care individul e dotat, se găsește o bază naturală și coerentă pentru sindroamele psihopatologice, câștigându-se un important argument pentru validitatea entităților nosologice. Ar fi o cale pentru eliminarea cazurilor fals pozitive. La acest nivel p.pt.e. se întâlnește până la un punct cu cognitivismul și fenomenologia. De exemplu, sd. depresiv a fost tradițional comparat cu tristețea de doliu, care e un fenomen firesc. P.pt.e. se întreabă însă și asupra semnificației adaptative de fond a depresiei în normalitate. Trăirile umane fundamentale ce pot fi relevate fenomenologic se corelează cu mecanismele adaptative psihologice fixate filogenetic pe care le identifică p.pt.e.

* *

P.pt.e. are în vedere o perspectivă filogenetică de-a lungul căreia în psihismul uman s-au sedimentat, progresiv și cumulativ, prin selecție naturală o serie de mecanisme psihice adaptative. „*Timingul*” actual al antropologilor și specialiștilor în p.pt.e. are în vedere în primul rând perioada care se întinde de acum 2 milioane de ani până când, în urmă cu 10 000 ani începe agricultura, viața sedentară, organizarea administrativ-ierarhică și dezvoltarea tehnologiei productive; și apoi a scrisului (Dawkins, 1995). În această perioadă a „*Pleistocenului*”, omul se separă evolutiv de maimuțele antropoide, se dezvoltă mersul biped și limbajul, fabricarea de unelte și diverse comportamente culturale. Se consideră că în această lungă perioadă ce a pus bazele psihismului uman, omul trăia într-o ambianță particulară, hrănindu-se ca și culegător și parțial vânător în savana africană. El trăia în grupuri nu foarte mari de la 30 la 150 de indivizi. Familia monogamă era schițată și existau periodic locuri de adăpost temporar, în principiu domiciliul schimbându-se. În această ambianță psihismul omului în devenire s-a dezvoltat mult în sens prosocial, al colaborării dintre membrii grupului și a dezvoltării memoriei individuale. Colaborarea cu alți oameni era mai eficientă adaptativ decât abilitățile personale în obținerea hranei și a apărării față de adversități. Bazele „*creierului social*” al omului se pun acum. Această ambianță ecologică este numită tehnic EEA („*Environment of Early Adaptation*”).

În raport cu această periodizare unii autori mai disting și alte secvențe ca cea din urmă cu 150 000 ani când ar fi început migrarea de pe continentul african iar limbajul articulat și lateralizarea funcțiilor au ajuns la o cristalizare suficientă; și cea din urmă cu aproximativ 35 000 ani (Leakey, 1995) când s-ar fi produs o importantă stabilizare a limbajului vorbit, o ecloziune a manifestărilor figurativ artistice (vizibile în pesterile de la Altamira, Lescaux). Cât despre perioada neolitică, cea din ultimii 10 000 ani, cea a agriculturii și apoi a scrisului, ea configurează o altă ambianță a existenței umane marcată de sedentarism, organizare ierarhică a societății, muncă planificată, cunoștințe astronomico-matematice și dezvoltarea geometriei, structurarea unei

ambianțe proximale în care predomină artefactele umane, amplificarea memoriei individuale și de grup prin scris. Acest mediu creat de om influențează, prin feedback, psihismul individului în direcția unor noi adaptativități. Iar selecția naturală continuă să funcționeze. Relațiile interpersonal-sociale se modifică parțial. P.pt.e. ia în considerare și selecția adaptativă a funcțiilor psihice specifice umane, cum ar fi cele de colaborare și competiție, de realizare a legăturilor utile dintre oameni, rolul adaptativ al stimei de sine, al autocontrolului pulsional, a bunelor decizii și planificări ale acțiunii, a abilităților comunicaționale și tehnice ale indivizilor. De altfel ea atrage atenția asupra principalelor arii specifice de dezvoltare a psihismului uman în raport cu cel animal și care ar fi: limbajul articulat, relaționarea interpersonală în vederea colaborării și acțiunea cu scop planificată și controlată; toate, desigur, emergând din „agenția” subiectului, a sinelui. De-a lungul istoriei există și alte schimbări importante ale ambianței umane culturale, mai recente. Așa ar fi mediul marcat de individualism și competiție ce se dezvoltă în Europa creștină postrenascentistă și bulversările tehnico-ideologice din lumea umană a secolului XX. Și în cele din urmă, actuala revoluție postmodernă. Este însă discutabil dacă toate aceste schimbări de mediu au avut timpul să se fixeze prin selecție naturală în noi mecanisme psiho-cerebrale funcționale.

*
**

P.pt.e. se bazează în primul rând pe asumțiile metateoretice generale ale darwinismului actual: selecția naturală, adaptarea, selecția sexuală, teoria reușitei inclusive (*inclusive fitness theory*). Variabilitatea fenotipică și mutațiile genetice se exprimă prin indivizi care sunt mai apti sau mai puțin apti să supraviețuiască și să se reproducă, iar caracteristicile primilor sunt moștenite de urmași, cumulându-se în timp. Selecția naturală acționează nu doar asupra caracteristicilor fizice ci și asupra celor comportamentale și cognitive care favorizează adaptarea.

Pentru supraviețuirea în raport cu dușmanii și pentru obținerea resurselor la om e extrem de importantă afilierea și cooperarea în grup, aspectul prosocial. Dar, în cadrul grupului funcționează și competiția pentru poziții ierarhice iar posibilitatea cooperării se cere mereu testată. Funcții importante sunt și cele legate de selecția sexuală, pentru alegerea și păstrarea partenerului sexual. În acest sens se dezvoltă atractivitatea sexuală, menținerea partenerului, geloza, infidelitatea. Extrem de importantă e grija pentru copii, atașamentul, protecția și educarea acestora, omul fiind specia cu cea mai largă dezvoltare postnatală. Selecției naturale și celei sexuale se adaugă teoria reușitei inclusive care explică fixarea comportamentelor aparent altruiste prin faptul că se are în vedere supraviețuirea genelor, a unor copii ale genelor și nu a indivizilor (legea lui Hamilton popularizată de Dawkins prin cartea „*Selfish gene*”). La om, comportamentele altruiste se nuanțează mult, în corelație cu îndelungata creștere a copiilor și cu comportamentul pronunțat prosocial. De asemenea, la om se dezvoltă în această direcție comportamente particulare între care și suicidul. De menționat că evoluția, dat fiind faptul că se bazează pe variabilitate și șanse, produce și reține – cel puțin temporar – nu doar funcțiile adaptative ci și co-produse, precum și „locuri libere” fără o funcționare precisă. Și desigur, eșecuri ale reproducerii, „zgomote” ale acestui proces, mutații.

Psihologia evoluționistă aserțiază că există un set nuclear și coerent de mecanisme psihologice universale ce se transmit și se manifestă în fiecare individ și care edifică ansamblul psihismului uman. Prin aceasta e susținută o perspectivă holistă, ca alternativă la tradiționala psihologie a funcțiilor (cognitive, volitive, afective).

Aceste mecanisme vizează și susțin la om bazele comportamentului său social, de la recunoașterea feței umane, la conduita de atașament, cea de mentalizare – ToM –, competiția pentru ierarhie în grup, comportamentele de căutare a partenerului, cele familiale și educaționale. Și de asemenea, comportamentele de bază ale reacției față de situații semnificative, cele ale activității cu scop și ale muncii, cele corelate universului cultural. Grija față de sine, autoîngrijirea și autoafirmarea în contextul relaționărilor și activităților performante, exprimă centrarea mecanismelor psihologice adaptative printr-o „agenție”, care la om se manifestă ca „sine”, ca „persoană”. Comportamentul lingvistic, în specificitatea sa umană asigurată de logosul asertiv-narativ-critic, le învâluie pe toate. În paralel cu abordarea holistă care are în vedere arii mari de trăire și comportament cu sens centrate de o „agenție” p.pt.e. cultivă și o abordare modulară. Mecanismele psihologice fixate prin selecția naturală au câte un „domeniu specific” astfel încât sunt comentabile cel mai adecvat prin conceptul de „modul”.

Ideea funcționării modulare a psihismului biologic și parțial a celui uman a fost de fapt lansată în cadrul cognitivismului prin lucrarea princeps a lui Fodor „*The modularity of Mind*” (1983). Caracteristicile principale ale unui modul psihocerebral, susținute pe atunci de această ipoteză sunt: – specificitatea de domeniu; – caracterul constrângător al funcției ce-l îndeplinește; – încapsularea informațională; – viteza de

rezolvare rapidă pe care o asigură funcționarea sa; – căi de efectuare rapide și specifice în domeniul respectiv; – lipsa de acces la alte procese pentru intermedierea reprezentării; – localizare cerebrală; – susceptibilitatea pentru o tulburare caracteristică. Toate aceste aspecte, deși au fost frecvent recunoscute și confirmate, au o anumită relativitate și se află sub incidența unei funcționări mai difuze – pe care o susține conexiunea – și a unor funcții generale, supraordonate și sintetice.

Funcționarea psihic modulară a psihismului uman, preluată din etologie și din aplicațiile acesteia la psihologia dezvoltată, se cere înțeleasă într-un context larg. O funcționalitate similară cu cea modulară se întâlnește pentru abilitățile și competențele câștigate și se manifestă în trăiri reactive emotive fundamentale, ca spaima, anxietatea, furia, depresia, euforia. În plus, aceste trăiri au o structură și un conținut ce derivă în mare măsură din experiențele de viață și din exersarea limbajului vorbit în lumea umană simbolică. Apoi, comportamentul uman are o mare plasticitate și flexibilitate, ține mult cont de parametri situaționali, de context, exprimă spontaneitate și creativitate. De aceea, principiul modular de funcționare a psihismului uman se cere circumscris, reformulat și integrat într-o modalitate mult mai complexă. El rămâne însă important, sugerând o coerență funcțională cu sens adaptativ în anumite direcții de manifestare psihică ale omului și animalului.

Un inventar al modulelor psihice adaptative centrați de sine și o imagine a ansamblării lor în persoană, ar fi o sarcină importantă pentru psihologie. Pentru a nu rămâne în abstract, s-ar putea avea în vedere câteva importante domenii instinctiv adaptative din biologie, care se păstrează la om, prinse însă în structuri antropologice specifice. Și care, până la un punct ar putea fi analizate și comentate dintr-o perspectivă a funcționării modulare. Așa ar fi:

- conduita de investigare a ambianței;
- alerta anxioasă și conduitele de evitare;
- conduita prosocială de apropiere de alții pentru colaborare și afiliere;
- conduita competitivă și combativă în caz de confruntare;
- conduita expansivă, dezinhibată, în vederea acuplării;
- conduita captativă în vederea afilierii;
- conduita competitivă pentru câștigarea unei poziții ierarhice și cea dominatoare;
- conduita suspicioasă, de precauție în relaționare;
- conduita de atașament;
- conduita de autoîngrijire în condiții de disfuncții și disconfort corporal;
- conduita de retragere pentru protecție și refacere;
- conduita de autogospodărire în spațiul locativ;
- conduita de maternaj.

* *

O parte din aspectele specifice ale psihismului uman rezultă din particularitățile biologice la care a ajuns specia umană. În perspectiva transmiterii genetice, omul face parte din varianta K a selecției, cea în care genele se transmit cu grijă, la copii puțini. Numărul de copii pe care îi naște o femeie este mic. Vârsta fertilității feminine este atinsă târziu, perioada fertilă nu e lungă, intervalul dintre nașteri este mare. Aceasta face ca investirea parentală – de grijă, afectivă, comportamentală – să fie mare. Acest fapt se conjugă cu nașterea „prematură” a copiilor umani și perioada îndelungată de maturizare extrauterină, atât corporal cerebrală cât și sexuală și psihologică. Se consideră că faptul se datorează creșterii volumului creierului și deci a capului, ceea ce determină probleme privitoare la naștere, bazinul femeii bipede necrescând în același ritm. Sociabilitatea crescută a omului ce s-a dezvoltat în ambianța EEA, investmentul parental crescut și lunga dezvoltare postnatală a creierului și psihismului copilului în condițiile extrauterine ale proximității față de părinți, condiționează ponderea crescută a relațiilor interpersonale în psihismul uman cu diferențierea unui „sine” („self”) reflexiv, pentru care o zonă a intimității personale se polarizează ca o zonă a relaționării sociale publice. Această situație se corelează cu dezvoltarea la om a „creierului social”.

* *

Creierul uman s-a dezvoltat enorm prin selecția naturală în continuitatea creșterii sale la maimuțe și primare. La mamifere, creierul are o importantă creștere în raport cu masa corporală, fapt ce se accentuează pe scară filogenetică. Creierul primatelor este aproximativ de 3 ori mai mare decât e expectat în raport cu

masa corporală. La om neocortexul este de 150 ori mai amplu decât ar fi de așteptat conform ratei identificate de creștere la vertebrate dar și la maimuțe. Dacă s-ar aplica proporția de la primate, la dimensiunea creierului său, omul ar trebui să aibe de aproximativ 3 ori înălțimea pe care o are și aproximativ 450 kg. Creierul uman conține aproximativ 100 bilioane nervi și o capacitate de depozitare informațională estimat la 1,25 terabiți. Deși reprezintă 2% din greutatea corporală, creierul consumă 15–20% din energia, din oxigenul pe care-l consumă organismul, ceea ce subliniază valoarea sa cu totul deosebită pentru adaptare. Se apreciază că 55% din genomul uman se exprimă în creier, organ care apare astfel ca prima țintă pentru mutații și schimbări evolutive.

În cadrul creierului uman se diferențiază trei structuri concentrice (creierul „trium” comentat de Mac Lean, 1992): – creierul reptilian (R – complex) responsabil de reglarea funcțiilor vitale și de comportamentul autoperseverativ; partea rostrală a acestuia este sediul instinctelor care asigură cuplarea sexelor, agresivitatea și sumisiunea; – creierul paleomamilar, care e implicat în reglarea emoțiilor, îngrijirile maternale, distresul separării și explorarea ambianței; – creierul neomamilar (neocortexul) care cuprinde funcțiile înalt cognitive și asigură conștiința de sine. Achizițiile recente specifice omului sunt localizate mai ales în zona prefrontală și temporală. Zona prefrontală, care realizează multiple conexiuni, reglează comportamentul planificat, voluntar și relaționarea cu alții. Zona temporală este esențială pentru limbaj, mentalizare și, împreună cu cea parietală, pentru reprezentarea de sine, pentru relaționarea sinelui cu alții. Structura și funcționarea creierului uman exprimă conflictul dintre tendința autoperseverativă a egoului și cea orientată afectiv spre empatie, deci un conflict intern între tendința de afirmare, dominare, putere, competitivitate și cea de cooperare, sumisiune, autosacrificiu; conflict ce constituie o balanță dinamică ce se rezolvă prin compromis și echilibru (Wilson, 2007).

Alte aspecte importante ale creierului uman sunt: – Lateralizarea unor funcții cu predominanță în unul din emisfere. Pentru limbaj funcțiile „liniare” ca producție lingvistică, structurarea gramaticală, perceperea și înțelegerea auditivă sunt girate de emisfera stângă (la dreptaci), pe când înțelegerea „holistă”, intonarea, metafora și prozodia emoțională e localizată în emisfera dreaptă. Reprezentarea sinelui se realizează predominant în stânga. La om conectivitatea intraemisferică a crescut mai mult decât cea interemisferică. Lateralizarea e interpretată de p.p.t.e. ca realizată sub presiunea coordonării activității cu alți indivizi umani asimetrici, pentru coeziunea grupului, în ciuda dezavantajului față de predatori; – Sexul se exprimă cerebral în sensul unei greutăți mai mari a creierului la bărbați, conectivitatea interemisferică fiind mai mare la femei. Femeile au o mai mare fluentă în vorbire și sunt mai empatiche iar bărbații au o mai bună orientare vizuo-spațială; – Creierul uman a dezvoltat mult funcțiile de comunicare și cooperare. Maimuțele și primatetele sunt și ele animale sociale iar la macacul s-au identificat mai întâi „neuronii oglindă” în regiunea sulcusului temporal superior, neuroni care se activează selectiv când e privită o mișcare direcționată a altuia, similar cu cea ce se activează dacă individual ar executa mișcarea respectivă. Această percepție a intenționalității s-a dezvoltat în mod special la om stând la bază ToM, prin care omul percepe direct intențiile celuilalt în situație. Un sistem complex cerebral susține la om acest modul integrat în structura „sinelui nuclear”. Tot ca o dezvoltare specifică sunt considerați „neuronii păianjeni” („*spindle-shaped*”) din zona cortexului cingulat anterior (ACC) care joacă un rol în suprimarea voluntară a răspunsurilor sociale impulsive.

În creierul uman funcționează mai multe sisteme de neurotransmițători fiecare intervenind într-un grupaj de funcții. Principalii mediatori de neurotransmisie sunt: acetilcolina, catecolaminele, serotonina, glutamatul, GABA și neuropeptidele. Transmisia genetică modelează comportamentul prin controlul producției și acțiunii neurotransmițătorilor.

În dezvoltarea sa ontogenetică corpul și creierul omului manifestă o „heterocronie”. Adică se constată schimbări de „*timing*” sau de rată a evenimentelor de dezvoltare referitoare la patternurile omoloage la ancesori. Principalul aspect este ceea ce s-a numit „paedomorfism”. Prin unele aspecte omul seamănă cu maimuțele tinere. Așa ar fi lipsa părului pe corp, poziția anterioară a vaginului, plăcerea de a se juca și curiozitatea ce persistă și la vârsta adultă. Dar, în raport cu acest scenariu, unele funcții se dezvoltă mai rapid; căci prin comparație cu primatetele, la greutatea creierului pe care omul o are, el ar trebui să atingă maturitatea sexuală la 44 ani, iar măseaua de minte să apară la 38 ani. Heterocronia se referă și la faptul că diverse țesuturi se maturizează după diverse ritmuri. Cortexul prefrontal este regiunea ce se maturizează cel mai târziu și unde mielinizarea și sinaptogeneza poate continua și în deceniul al treilea. Volumul substanței gri crește postnatal până la 3–4 ani și scade gradual până în deceniul al treilea. În contrast, substanța albă și corpul calos crește de la naștere până în decada a 3-a, posibil până în a 5-a. Paedomorfismul se combină în dezvoltarea creierului uman cu alte procese heterocronice recente, sub denumirea de hiperformism.

Paedomorfismul este caracteristic speciilor cu K selecție, omul reprezentând extrema acestei modalități. El ar exprima, în opinia p.pt.e., o tendință a reducerii agresivității intraspecifice directe, în contextul evoluției prosociale a omului, cu dezvoltarea intensă a capacităților cerebrale și psihice colaborative.

*
**

Nou-născutul are o sensibilitate înăscută față de imaginea și expresivitatea semnificativă a figurii umane. Tot în funcție de moduli înăscuți se dezvoltă în primul an privirea ținută, privirea conjugată și apoi relația de atașament în cadrul căreia imagoul mamei ajunge să fie reprezentat constant în mintea copilului, cu toate valențele sale securizante (prin „*internal working model*” – descris de Bowlby). Dezvoltarea acestuia în perioada 1–3 ani devine baza pentru identificarea de durată cu alții, pentru asimilarea altora în propriul psihism, ca în prietenie și dragoste. Și de asemenea filtrul, prin care trec atitudinile interpersonale, de cooperare, suspiciune, dominare, respingere. În jur de 3–4 ani se maturează modulul „mentalizării” – ToM. – prin care copilul percepe direct, „ghicește” situațional intenționalitatea celuilalt, îi atribuie stări mintale intenționale. Acesta este esențial pentru dezvoltarea colaborării dar și pentru detectarea ostilității, supravegherii și controlului subiectului de către alții, stand la baza modulului adaptativ al suspiciunii, prin care individul intuiește intențiilor răuvoitoare. Alt modul adaptativ important dar complex și cu multiple funcții care se dezvoltă progresiv, este cel al stimei de sine, care operează cu situații potențiale. Desigur relaționările interpersonal sociale nu epuizează psihismul uman și modulele sale funcționale. Activitatea cu scop, planificată și controlată, urmată de evaluarea rezultatului este și ea un aspect important al psihologiei umane. Și la fel identitatea subiectului su sine și autonomia care este susținută nu doar de sinele nuclear, ci și de cel narativ, ce stă în spatele autobiografiei. Și care analizează sintetizarea tematică a limitelor și constanței cu sine a subiectului.

P.pt.e. abordează aspecte psihopatologice ca: anxietatea, adicția, tulburarea obsesiv-compulsivă, schizofrenia, paranoia, mania, depresia, tulburările alimentare, parasuicidul etc. Pentru toate este analizată derivarea lor din module adaptative normale fixate filogenetic prin selecție naturală, transmiterea genetică, baza de disfuncție cerebrală, precum și influențele ontogenetice. În raport cu normalitatea, psihopatologia exprimă un exces disfuncțional decontextualizat. Modulele psihologice se manifestă acum lipsite de legăturile semnificative și adaptative obișnuite cu situația și cu ansamblul psihismului. La fel ca în cazul psihopatologiei dezvoltamentale, limitele dintre normalitate și anormalitate sunt considerate fluctuante, motiv pentru care e util să se comenteze împreună psihologia și psihopatologia evoluționistă – p.pt.e.

P.pt.e. aduce o contribuție importantă la psihopatologia clinică pentru că elucidează baza de tip modular adaptativ a unor funcții umane ce pot deveni disfuncționale. Și deoarece aruncă lumini asupra condiționării tulburărilor psihice la un nivel profund („*ultimate level*”). Mecanismele explicative la care ea face referință în principal sunt: amestecul (mismatch) între funcționarea psihică selectată evolutiv și condițiile ambientale la care persoana trebuie să facă față; – eșecul sau „zgomotul” reproductiv; – mutația genetică; – co-produsul reproducerii evolutive (*by-produce*). P.pt.e. încearcă de asemenea să clarifice de ce unele tulburări dezadaptative și cu rata redusă de reproducere umană, așa cum e schizofrenia sau tulburarea obsesiv-compulsivă, nu dispar totuși prin eliminare transgenerațională.

În continuare se va prezenta modul de abordare al câtorva tulburări de către p.pt.e.

*
**

Sindromul ADHD, care constă dintr-o anormală instabilitate motorie și a atenției precum și dintr-o exagerată reactivitate impulsiv explozivă, poate fi considerat ca derivând din comportamentul adaptativ al explorării în teritorii necunoscute, unde pot apărea situații neprevăzute ce necesită reacții rapide. El este apropiat de modelul comportamental al „căutării noutății” („*novelty seeking*”) pe care Cloninger (1993) îl consideră unul din cele patru comportamente biopsihologice bazale corelate activității neurotransmițătorilor. Spre deosebire de alerta anxioasă ce se desfășoară și ea într-o stare de vigilitate crescută dar care pregătește individul pentru evitarea pericolului, a răului („*harm avoidance*” în formularea lui Cloninger) în ADHD este evidentă tendința exploratorie activă. ADHD are o importantă cotă de transmitere genetică evaluată la 60–88% la gemenii monoziгоți. Scanarea genomică sugerează susceptibilitatea, prin markere a cromozomilor 4, 5, 6, 8, 11, 16 și 17. De un interes particular ar fi o perturbare a alelei de transport dopaminergic la cromozomul 5 (DRD4). Datele sugerează că variația s-ar fi

produs în urmă cu 40 000, 50 000 ani, când tendința exploratorie cu expunere la risc a fost selectată datorită creșterii variabilității și impredictibilității mediului. Noul modul comportamental ar fi favorizat selecția sexuală și astfel s-a fixat genetic.

Sindromul ADHD este adesea prezentat ca un exemplu de amestec între un modul adaptativ fixat prin selecția naturală și un nou mediu în care el nu mai e adaptativ. Viața urbană cu școlaritate și muncă predominant sedentară în spații clar delimitate, nu favorizează mecanismul psihologic al investigării psihomotorii care tinde astfel să se manifeste aberant. Mai ales ultima perioadă a umanității, prin modelele sedentare de desfășurare a contactului uman, a activității de muncă și investigație cognitivă pe care le cultivă actuala tehnologie și stil de viață, e în evidentă contrafază cu modulul evoluționist al „căutării noului” prin dinamism psihomotor.

În apariția ADHD sunt invocați și alți factori biologici decât cei pe care-i aduce în discuție p.pt.e.: fumatul mamei în timpul gestației, prematuritatea și greutatea scăzută la naștere, suferințe cerebrale minime în primii ani de viață. Au fost luați în considerare și factori psio-sociali ca: anxietatea mamei în primele luni de gestație, mai ales în săptămânile 12 și 22, deprivarea afectivă timpurie, instituționalismul și abuzarea copilului mic, conflictele familiale. În mod frecvent părinții copilului cu sindrom ADHD au suferit și ei de acest sindrom, astfel încât copilul crește într-o ambianță familială marcată de neliniște psihomotorie și instabilitate.

Cazul ADHD indică felul cum p.pt.e. poate participa la înțelegerea pluri-factorială a condiționării sindroamelor pe care le comentează psihopatologia clinică.

*

**

Abuzul și adicția de alcool și de alte substanțe psihoactive e comentată de p.pt.e. din perspectiva unui consum normal și adaptativ de către animale a unor substanțe ce influențează anumite circuite cerebrale și pot avea efecte utile asupra stărilor psihice. Consumul de plante ce au un conținut crescut de zahăr precum și a variantei fermentate, conținătoare de alcool a acestora, a fost utilă și necesară în primul rând pentru acoperirea unor nevoi energetice, acestea fiind bogate în calorii. Enzimele pentru metabolizarea acestora s-au dezvoltat în urmă cu milioane de ani. Consumul maimuțelor și oamenilor incipienți nu a fost însă de-a lungul timpului și locurilor la fel pentru toți, posibil datorită accesibilității. Faptul se reflectă în structura enzimatică, astfel că la populația asiatică enzimele ce metabolizează alcoolul și acetaldehida acționează mai lent, ceea ce conduce la acumulări de produși intermediari și la reacții adverse. Alcoolul și alte substanțe psihoactive stimulează sistemul dopaminergic de recompensă ce pleacă din aria tegmentului ventral, trece prin corpul striat ventral – nucleul acumbens – și ajunge la cortexul prefrontal. La acest nivel se realizează multiple conexiuni contextuale și învățări condiționate; iar conexiunile se reîntorc, închizând circuitul la nivelul limbic motivațional de recompensă. Acest circuit e implicat și în ghidarea atenției, luarea de decizii și semnalarea internă a conținuturilor emotive, fiind activat și în arousalul sexual. Stimularea acestui circuit de către alcool induce o anumită dezinhibiție, putând crește coeziunea și cooperarea socială. Faptul a fost utilizat probabil în ritualuri și ceremonii. Sistemul motivațional și de recompensă dopaminergic poate ocasiona stări pozitive subiective, de satisfacție. El nu are un mecanism de oprire, de blocare automată, probabil deoarece substanțele alimentare din natură care-l puteau activa erau în concentrație redusă iar consumul lor ocazional. Pe măsură ce omul a început să producă prin cultivare plante și fructe cu conținut crescut de etanol a crescut și consumul ce duce la abuz și dependență. Mai ales că, prin veriga prefrontală, satisfacția consumului se corelează cu mulți alți factori asociați exteriori. Prin consumul repetat receptorii dopaminergici devin mai puțin sensibili și apare nevoia creșterii dozelor. Producția industrială de băuturi alcoolizate și distribuția lor în masă face ca dependența și complicațiile acestui consum să devină o problemă nocivă social.

Adicția de alcool și alte substanțe psihoactive e corelată cu activitatea mai multor sisteme de neurotransmisie cerebrală implicate în mecanisme psihologice adaptative selecționate evolutiv. Alcoolul crește efectul inhibitor al GABA și scade activitatea excitatorie a glutamatului pe NMDA. GABA este abundent în cortexul uman, mai ales în cortexul primar senzorial, girusul Hersch și girusul cingulat anterior. Inhibiția corticală extinsă reprezintă o noutate evolutivă, crucială pentru a controla impulsurile ce vin de la centri cerebrali inferiori. Alcoolul acționează și asupra receptorilor benzodiazepinici (BZD) care sunt asociați cu reglarea fricii. Este implicată mai ales zona centrală și laterală a amigdalei conectată cu hipotalamusul

anterior și medial și cu substanța gri periaeductală (PAG). Alcoolul, barbituricele și benzodiazepinele, acționând asupra acestor receptori pot reduce frica, crescând comportamentul de risc. În perspectiva evoluționistă frica și furia sunt strâns corelate, deoarece în momente critice se cere decizie pentru strategii de fugă sau atac. Alcoolul acționează și în această direcție.

Alt sistem implicat în abuzul și dependența de substanțe este constituit de opioidele și neuropeptidele endogene. Acest sistem cerebral s-a dezvoltat pentru a stimula și semnaliza afiliația socială, atașamentul. Consumarea lor poate induce un fals sentiment de securitate. Persoanele cu atașament nesigur dacă ajung să consume opioide se simt mai liniștite și mai sigure, reducându-se disforia. Neuropeptidul oxytocin e implicat în mod critic în formarea legăturilor sociale, în arousalul sexual și interacțiunea mamă – copil. El crește sensibilitatea neuronilor opioizi. Clinic, sevrul la opioide crează stări emoționale negative, instabilitate, disperare și durere, similare cu anxietatea de separare. Persoanele care consumă opioide nu mai simt nevoia să se integreze în grupuri sociale convenționale. Ei tind să ocupe o nișă ecologică în care competiția e redusă și adoptă strategia fragilă a extragerii imediate a resurselor pentru beneficiu pe termen scurt, fără preocupări pe termen lung. Mai apare o scădere a controlului impulsurilor, crește comportamentul cu risc și sexualitatea promiscuă.

* *

Tulburarea obsesiv-compulsivă – TOC – a ajuns și ea în preocuparea p.pt.e. observându-se o serie de echivalente biologice ale preocupărilor și comportamentelor specifice acestei boli (Joel, 2006). La multe specii se manifestă modele comportamentale de grijă pentru suprafața corpului, pentru protecția acesteia față de infestări și prezențe nefavorabile. Multe animale acceptă paraziți cutanați și variate simbioze care-i protejează la acest nivel iar unele mamifere își curăță singure suprafața, uneori chiar reciproc (Dodman, 1997). Faptul apare ca un precursor biologic în raport cu preocuparea patologică din TOC pentru infestare transcutanată și spălare. Apoi, la vertebrate se evidențiază variate comportamente ritualice cu ocazia ciclurilor de viață semnificative, ca de exemplu curățarea, lupta pentru obținerea ierarhiei în grup, pregătirea locuirii sau comportamente sezoniere. Structura comportamentelor ritualice condiționate instinctiv urmează de obicei algoritme rigide care pot fi comparate cu ritualurile din TOC. Unele comportamente stereotipe ale animalelor au fost comparate cu compulsiile (Ridley, 1994). Se cere făcută o diferențiere între structura fixă, cvasiritualică a comportamentelor de zi cu zi – sculat, mâncat, curățat, culcat etc. – și comportamentele ce marchează marile cicluri ale vieții. Acestea din urmă la om sunt reformulate în ritualuri socio-culturale, ca de exemplu cele ale tranziției prin diverse vârste, căsătorie, naștere, moarte. Toate sărbătorile sau evenimentele sociale importante care invocă transcendența au și ele o structură ritualică care se desfășoară la un nivel suprapersonal, asigurând coeziunea grupului și oferind un sentiment de siguranță, de comunicare cu alții a individului. La nivelul parcurgerii ciclurilor vieții, fenomenele ritualice implică însă mai direct personalitatea care urmează să le depășească. De aceea, aici și apar mai clar fenomene corelate predominant anxietății, grijii și preocupării față de eventualități greu controlabile (Feigin, 2006). Mai ales în jurul evenimentului primei nașteri se manifestă fenomene de tip obsesiv atât la mamă cât și la tată. Trăiri de tip obsesiv apar frecvent sub forma grijii față de persoanele apropiate, fapt ce se constată și în relațiile romantice, atât ca preocupări anxioase cât și ca gelozie.

O altă corelație cu fenomene ce se petrec în biologie poate fi făcută în legătură cu fenomenul TOC al colecționarismului. Unele specii de animale adună provizii dincolo de necesarul imediat. Grijă pentru provizii alimentare se poate corela cu grija pentru asigurarea subsistenței progenerării și grija pentru ordinea și siguranța casei. Toate acestea se regăsesc în simptomatologia clinică a TOC. Dar, la nivel uman, fenomenologia TOC se extinde și în arii specifice. Astfel, în corelație cu ritualul religios, obsesionalitatea se poate dezvolta și ca ruminare scrupuloasă asupra culpei corelată cu ritualuri de spovedanie. Iar în direcția colecționarismului, preocupările TOC se pot extinde în aria colecționării de cărți, tablouri, autografe.

* *

Schizofrenia a fost amplu comentată în perspectiva p.pt.e. Ca prototip al psihozelor, ea a fost corelată de Crow (1995) cu apariția limbajului articulat, mai precis cu dezvoltarea particulară a acestuia în ultimii 150 000 de ani. Schizofrenia este destul de specifică omului astfel încât în comentarea ei a fost implicat

„creierul social” și alte particularități ale funcționării creierului și psihismului uman, ca funcțiile executive și coerența centrală. Ideea de bază e că psihozele, schizofrenia în primul rând sunt un co-produs (*by-produce*), ce e drept costisitor, al însăși evoluției omului. Interesant e faptul că ea se menține cu toate dezavantajele sale evolutive (Burns, 2006).

Se știe că în schizofrene factorii genetici joacă un rol important. Dar în etiopatogenie au fost invocate și noxele (virozele) din al treilea trimestru al parturii, traumatismele perinatale și tulburările de comunicare cu mama și cei apropiați în primii ani. Acești factori ar acționa prin intermediul particularităților evolutiv dezvoltamentale ale corpului și creierului uman, în primul rând prin intermediul heterocronicității și disconectivității. Corpul uman se naște „prematur” și prezintă, de-a lungul dezvoltării o întârziere a acestuia în comparație cu primatetele. Finalul din adolescență a maturizării creierului s-ar realiza disfuncțional în schizofrenie, s-ar produce un eșec al acestei „*pruning*”. Perturbarea maturării centrale conduce la o redusă conectivitate neuronală și asimetrie funcțională, migrarea celulelor fetale poate fi întârziată, neuronii nu își mai ating destinația lor finală și conexiunile corespunzătoare, fapt ce devine evident în pubertate când se încheie mielinizarea. După unii, schizofrenia s-ar datora unui insuficient switch a receptorilor NMDA de la varianta fetală la cea adultă, rezultând un exces de transmisie sinaptică excitatorie. Brüne (2004) avansează ideea că în cadrul heterocroniei, paedomorfismul se combină cu un hiper morfism în anumite zone. Tulburările de dezvoltare ale creierului ar sta în spatele unei relații de atașament dificile și a unui modul ToM fragil.

Crow a dezvoltat o teorie conform căreia originea tulburărilor psihotice cu referință specială la schizofrenie, ar avea la bază lipsa dominanței hemisferei și a specializării limbajului. E implicată și diferența sexuală datorită diferenței de lateralizare între bărbați și femei. Ipoteza sa susține ideea că gena care reglează dominanța cerebrală e implicată și în originea psihozelor și în cea a limbajului articulat. Crow consideră că incidentul mutațional s-ar fi produs în perioada în care omul, despărțindu-se de linia evolutivă comună cu cimpanzeii, a ajuns la definitivarea limbajului său specific. Trimiterea este la o perioadă din urmă cu aprox 150 000 ani, când ar fi avut loc diaspora omului modern, a lui *Homo Sapiens*, din Africa în restul continentelor. Bărbatul are o asimetrie cerebrală mai mare decât femeia, care se maturează sexual mai repede. Crow expectează locusul genei în cauză ca fiind *X-Y homologus*. Există câteva evidențe care susțin această teză. Copiii care mai târziu dezvoltă tulburări psihotice sunt mai des ambidextri și prezintă tulburări de limbaj și de comportament. La 7–11 ani acești copii au dificultăți în a învăța să scrie și să citească precum și probleme de lateralizare. Asimetria redusă a schizofrenicilor e decelată din pubertate. În sindromul Turner (XO) inteligența verbală ce depinde de emisfera dominantă e mai bine păstrată ca inteligența spațială iar în sindromul Klinefelter (XXY) e prezentă situația inversă, fapt ce sugerează că cromozomul sexual e implicat în stabilirea dominanței interemisferice. Pentru limbajul normal e esențială colaborarea celor două emisfere, fiecare cu specializarea sa. Simptomele de „prim rang” Schneider ar fi corelate cu disfuncționalitatea lateralizării, deoarece schizofrenicilor le prezintă plasează spațial anormal fenomene care de obicei sunt localizate în interiorul subiectivității propriului corp. Se comentează de către partizanii acestei interpretări că locusul genetic care girează întreaga problematică a lateralizării și psihozei s-ar plasa în zona cromozomului sexual, spre regiunea Xq 21.3 în gena numită „Protocadherin XY”.

Teoria lui Crow a fost criticată din multe puncte de vedere. Modificarea limbajului spre varianta sa umană ultimă ar fi un proces lent progresiv și nu unul mutațional. Apoi, o asimetrie a controlului vocal se găsește și la alte animale, iar la cimpanzei zona temporală stângă e deja modificată. Totuși, corelarea apariției psihozelor, a schizofreniei cu cea a structurării limbajului uman, e o idee interesantă, care se menține în atenția cercetătorilor.

În schizofrenie este în mod cert afectat creierul social și în mod special modulul ToM. Tulburările ce se manifestă grosolan, ca nedezvoltare în autismul Kanner, inclusiv în direcția deficienței „coerenței centrale”, sunt prezente într-o formă mai subtilă în schizofrenie. Apariția acestei boli la un moment dat al vieții, de obicei la vârsta tânără, face ca viziunea evoluționist dezvoltamentală să ia în considerare o fază pregătitoare. Precum și cazurile care nu ajung la boală manifestă. Această idee e comentată în prezent în perspectiva spectrului schizofren. O serie de trăsături ale bolii apar în mod atenuat la rudele bolnavilor ca t.p. schizoidă, schizotipală sau ca „schizotipie”. Unele din aceste deviații ar putea fi adaptative. În acest sens unii autori au comentat valoarea adaptativă a „fragmentării grupurilor”, care s-ar fi manifestat în perioada EEA, când grupurile umane prea mari aveau beneficii adaptative dacă se regrupau în unele mai mici. Iar trăsături din spectrul schizofreniei ar fi favorizat acest proces.

Faptul că prevalența schizofreniei se menține deși boala e dezadaptativă și scade fertilitatea, a condus la imaginarea și încercarea de testare a unor scenarii explicative. Existența unor trăsături adaptative la rudele apropiate ar fi o explicație. Alta ar fi hiperprotecția copilului predispus și a schizofrenilor din partea familiei și societății. De asemenea, faptul că schizofrenul nu se implică în evenimente stresante, că e hipoemotiv ar fi un factor protector. S-a mai discutat despre linkage-ul cu gene care au și funcții protective biologice.

Comentarea etiopatogeniei schizofreniei este un alt exemplu de îmbinare între cauzalitatea proximală ontogenetică și cauzarea ultimă („*ultimate level*”) pe care o sugerează p.pt.e.

*
**

Depresia a fost abordată de p.p.e. din diverse incidente (Gilbert, 1992; Nesse, 2000; Sloman, 2004; Wolpert, 2001). Oricum p.pt.e. consideră depresia psihopatologică ca derivând dintr-un mecanism adaptativ. Cel mai mult a fost comentat comportamentul sumisiv. Supunerea, în contextul competiției, reduce agresivitatea indivizilor dominatori și riscurile consecutive, fiind astfel favorabilă supraviețuirii situaționale a individului. Comportamentul retras și inhibat al depresivului sugerează supunerea. (O'Connor, 2002). Semnificația evitării pericolului ar fi subliniată și de frecvența asociere între depresie și anxietate. Tensiunea de așteptare, starea de apărare în care se află individul depresiv ar fi subliniată și de varianta iritabil-disforică a acesteia.

Supunerea și dominanța sunt funcții adaptative inerente speciilor cu înalt grad de structurare ierarhică, așa cum este omul. În condițiile ancestrale ale EEA, când oamenii în formare trăiau în grupuri de culegători de 30-40 oameni, excluderea din grup echivala cu moartea. De aceea, comportamentul sumisiv era o alternativă adaptativă de evitare a răului („*harm avoidance*”). Această ipoteză apropie comportamentul depresiv de cel regresiv. Individul care apare slab și neajutorat induce în ceilalți tendința la grijă și protecție, sprijin. Copilul, prin regresia spre anxietate și dependență, atrage investment parental. În plan social, cel puțin în lumea recentă, o parte din comportamentele depresive ar avea în spate un mecanism regresiv care atrage non-violența și protecția socială. Ideea sumisiunii și regresiei e aplicată și modelului cataton al depresiei. În catatonie fenomenele de ecou psihic (ecomimia, ecolalia, ecopraxia) sunt edificatoare pentru sumisiune și identificarea cu un individ dominator. Iar inhibiția catatonă este comparată cu mimarea morții, care este un model de apărare foarte vechi fologenetic (De remarcat că încă în prima jumătate a secolului XX Kretschmer – 1923/1960 – a invocat acest reflex, „Totstelreflex” în germană, pentru explicarea inhibițiilor stuporoase reactive și a leșinului histeric). Modelul comportamental de apărare prin inhibiție și imobilitate este dependent de nivelul reptilian al creierului.

Teoria sumisiunii nu explică însă suficient depresia ce apare în urma pierderii unei persoane apropiate. De aceea modelul explicativ al depresiei s-a dezvoltat în cadrul p.pt.e. și în corelație cu perspectiva developmentală. Comportamentul depresiv induce o nevoie crescută de grijă, protecție și atașament, fapt pe care-l determină și regresia psihică. S-a constatat că neglijarea, absența sau separarea îndelungată a copilului de persoana de atașament, determină o stare care, după proteste și agitație, ajunge la o detașare depresivă. Teoria atașamentului postulează instalarea odată cu atașamentul a structurii funcționale „*internal working model*”. Adică a prezenței figurii de atașament în interiorul psihismului copilului, relația efectivă cu acesta făcându-se prin intermediul modelului protector interior care el însăși dă siguranță. Absența îndelungată a figurii de atașament – sau ulterior, la vârsta adultă, dispariția definitivă a unei persoane de care subiectul este intens atașat – declanșează aceeași reacție regresivă de inhibiție depresivă.

P.pt.e. comentează de asemenea formarea și funcționarea adaptativă a stimei de sine la indivizii umani. Pentru a avea succes în cadrul competiției sociale, individul trebuie să evalueze în permanență cognitiv șansele ce le are. Dacă face o investiție afectivă și socială el resimte dreptul și nevoia de a obține un rezultat, de a avea anumite avantaje în urma acestei investiții. Dacă resimte că nu primește suficient în raport cu ceea ce dă, subiectul se simte frustrat. El resimte că celălalt nu apreciază efortul și activitatea sa prosocială. Acest mecanism ar sta la baza depresiei de intensitate medie, a disforiei. Autoaprecierea este un important factor motivațional, având o funcție de potențare a efortului adaptativ. Supunerea, slăbiciunea, inhibiția, incapacitatea, se corelează cu o scăzută stimă de sine. Stima de sine scăzută, regresia și inhibiția se pot potența reciproc în instalarea și menținerea depresiei.

Depresia sezonieră a fost asemănată cu hibernarea. E vorba de o retragere în condiții de inhibiție și hipometabolism ca fenomen adaptativ față de reducerea resurselor. Tot o funcție de refacere o are inhibiția

astenică de după epuizare. Alte studii au subliniat rolul retragerii inhibitate în prevenirea infecțiilor. Watson și Andrew propun două funcții adaptative ale depresiei. Prima ar fi funcția de „ruminație socială”, de retragere pentru a evalua circumstanțele sociale. A doua ar fi cea de motivare a investmentului altora pentru protecție și ajutor în perioadele critice. Ideea că în depresie persoana se poate retrage pentru ruminare asupra situației, pentru reevaluarea acesteia și echilibrare interioară în vederea orientării spre noi proiecte, e interesantă. Ea se poate corela cu observații și analize asupra depresiei care au fost făcute din alte perspective decât cea evoluționistă. Astfel, în mod tradițional „melancolia” a fost corelată cu meditația înțelepților privitor la lipsa de sens, la „deșertăciunea” lumii. Clasică e formularea din Ecleziastul: „*O, deșertăciune a lumii, toate sunt deșertăciuni!*”. La nivelul existenței curente a persoanei umane, retragerea meditativă poate favoriza reevaluarea propriei poziții în lume, a momentului existențial în care subiectul se află, a opțiunilor valorice pe care le are sau le poate da vieții sale. Acest fapt e binecunoscut în istoria culturii umane. Retragera pentru „bilanț existențial” are însă o altă semnificație decât depresia de doliu.

Cazul depresiei e edificator pentru căutările p.pt.e. în direcția descifrării semnificației adaptative a fenomenelor umane normale ce pot avea variante anormale dezadaptative. Chiar dacă încercările p.pt.e. par compozite, aceste analize ne duc mai departe decât asertarea neproblematizantă că e firesc și natural ca omul să fie în anumite împrejurări depresiv. De fapt, pluricondiționalitatea adaptativă a depresiei ar putea explica și variatele forme clinice.

Prin comparație cu depresia, mania a fost considerată o formă extremă a comportamentului adaptativ de dominare și competiție, mai ales în perspectivă sexuală. E prezentă o dezinhibiție instinctivă, o sociabilitate gregară și combativitate crescută, astfel încât manifestările din cadrul rutului sunt favorizate. Dar și în afara acestuia, comportamentul energic, asertiv și care minimizează riscul, apare ca unul adaptativ în orice situație critică. Aceste caracteristici de performanță sunt prezente și la om, atât în ceea ce privește dezinhibiția sexuală – care acum nu mai e chiar adaptativă, uneori deranjând relațiile conjugale – cât și performanța de realizare în acțiuni care comportă risc, mai ales în cele ce implică relații sociale, subiectul minimalizând distanțele psihologice și conveniențele. Există astfel motive ca, comportamentul de tip hipomaniacal să fie selecționat, dată fiind valoarea sa adaptativă.

La om, o stare de bună dispoziție, de euforie de tip hipomaniacal se manifestă și cu ocazia împlinirilor, a succeselor, a evenimentelor pozitive ce sunt sărbătorite comunitar. În această direcție se relevă și o altă împrejurare ce poate selecta acest tip de comportament la om. Sărbătorile umane, în faza lor dezinhibată, promovează tocmai modelul comportamental hipomaniacal, sprijinindu-l prin consumul de băuturi alcoolizate. Faptul e adaptativ prin consolidarea coeziunii sociale. Aceasta este de fapt funcția esențială a sărbătorilor, care la origine vizează invocarea transcendenței ca și garant al succeselor terestre. Sărbătorile se desfășoară tradițional în două faze: prima prin reculegere și sobrietate ritualică și a doua dezinhibat carnavelescă. De subliniat că sărbătorile umane se desfășoară și ele periodic, la fel ca și rutul, fapt ce participă la selectarea ritmicității manifestărilor de acest gen.

Abordarea stărilor depresive și hipomaniacale ca fenomene adaptative, utile și semnificative pentru o viață umană normală, lărgeste baza de înțelegere a variantelor lor psihopatologice. Plurifactorialitatea sensurilor adaptative ale depresiei și ale maniei nu are de ce să fie deconcentrantă, deoarece ambele sindroame au nenumărate subtipuri și forme clinice de manifestare. Dimpotrivă, se poate presupune că s-a realizat o confluență în direcția unui „modul psihocerebral” unificator pentru aria depresiei și maniei. Iar perspectiva clinică a spectrului și a subtipurilor păstrează urmele unor origini diferențiale. Atât starea depresivă cât și cea maniactală poate fi interpretată ca vârful unui aisberg, ca o alunecare sau deraiere a unor fenomene normale, selectate adaptativ, care se și autoîntrețin constant dată fiind semnificația și utilitatea lor. Desimplicarea din sinteza firească a vieții de zi cu zi, autonomizarea și manifestarea intensă, rigidă și simplificată, ne conduce spre registrul psihopatologiei.

* *

Tulburările de personalitate sunt un alt domeniu de aplicare a p.pt.e. Atenția a fost atrasă de la început de două tipuri. Tipul histrionic are valențe pozitive pentru creșterea selecției sexuale manifestându-se ca o extremă a conduitei adaptative de atragere și cucerire a partenerului. Tipul antisocial, psihopatul, are șanse importante de succes și supraviețuire personală datorită hipoemotivității, calculului rece în evaluarea situațiilor și urmărirea pragmatică a obiectivelor pentru interese proprii. Psihopatul reușește deseori să se

sustragă pedepsei pe care o merită și are șanse crescute să se reproducă prin stilul său dominant de a fi. Această aplicare a p.pt.e. la tulburări de personalitate ridică însă probleme morale. Într-un sens mai larg ideile p.pt.e s-ar putea aplica t.p. în contextul unui comentariu care să analizeze cum toate variantele tipologice ale acesteia se dezvoltă dintr-un punct de plecare unde trăsăturile sunt naturale, pozitive și adaptative. Faptul e valabil pentru fenomene cum sunt: suspiciunea paranoidului, submisivitatea dependentului și chiar izolarea schizoidului sau comportamentul evitant al hiperemotivului anxios. Toate tipurile de tulburare de personalitate, în variante ușoare, în care trăsăturile sunt doar accentuate, se pot manifesta performant în unele sectoare preferențiale ale vieții sociale umane. Schizoidul poate fi performant în activități tehnice în care lucrează izolat iar indiferența sa e adaptativă în contextul unor hipersolicitări stresante. Conduita evitantă nu împiedică performanțele ridicate în ambianța protectivă a familiei și protejează subiectul de conduite necontrolate, stridente, neadecvate sau deranjante social. Problematika psihopatologică nu stă în cazul tulburărilor de personalitate, la fel ca în întreaga psihopatologie, în tipologia lor, ci în minusul psihopatologic ce-l exprimă.

8.2. NOILE ABORDĂRI ALE PSIHOPATOLOGIEI ÎN VIZIUNEA COGNITIVISMULUI

Psihologia cognitivă s-a dezvoltat în cadrul paradigmei științifice cognitive contemporane în strânsă corelație cu avansul în domeniul „inteligențelor artificiale” (I.A.) și neuroștiințelor. S-a căutat astfel să se umple spațiul „cutiei negre” a comportamentalismului, între intrarea informației în sistem („input”) și ieșirea răspunsului comportamental („output”). Prelucrarea informației a fost tot timpul tematica care a preocupat-o (Bolton, 1996). Doar că, mutația s-a produs în direcția atitudinii active, a intenționalității, a căutării, obținerii, selecției și prelucrării informației în raport cu un fundal motivațional și de cunoștințe preexistente în individ și în raport cu parametrii situației actuale. La baza cognitivismului stă intenționalitatea, concept dezvoltat de Brentano în secolul XIX și care în secolul XX a fost inițial preluat și dezvoltat de fenomenologie. O serie de aspecte clasice ale psihologiei au fost cuprinse în programele de cercetare cognitivă. Astfel sunt la loc de cinste capitole privitoare la: atenție, percepție, reprezentare, memorie, idei și convingeri (raționale și iraționale) intenții, proiecte, decizii, execuție. Desigur, problematica e formulată în sensul activ al căutării și filtrării informației – din exterior și din memorie – a sintetizării sale, a cunoașterii și reprezentării lumii, a ierarhizării motivelor de acțiune, a alegerii strategiilor și mijloacelor de execuție (Miclea, 1994). Vigilitatea și conștiința, la fel ca limbajul articulat și sinele (self-ul) sunt și ele studiate sistematic, deoarece învâluie această funcționare cognitivă a individului uman, care se desfășoară prin activarea succesivă și conpenetrantă a anumitor zone encefalice, a unor moduli psihocerebrali. Cognitivismul acordă importanță și subiectivității, perspectivei – sau autorității – „persoanei întâi”, pe care o polarizează cu perspectiva obiectivă și observațională a „persoanei a treia”. Cognitivismul neoraționalist acceptă că psihismul uman – mintea – este conștiință, și că există o problemă „minte-corp” pe care a abordat-o încă Reyle în cartea sa din 1947 „*Psychology of Mind*” în sensul depășirii dualismului cartesian. Preocuparea pentru relația minte/creier a condus la o impetuoasă dezvoltare a științelor neuro-cognitive. Dar și la formulări de tipul: „*creierul și sinele său*” (*The Brain and its Self*, titlul unei celebre cărți a lui Popper și Eccles).

Interesul cognitivismului pentru funcționalitatea creierului și a corelării acesteia cu manifestările psihice, pleacă de la situația nemijlocită a omului dat, așa cum poate fi el studiat acum. În raport cu p.pt.e. cognitivismul nu se interesează în mod special de geneza evolutivă a funcțiilor psihice adaptative, de semnificația adaptativă a acestor funcții în normalitate. De exemplu, comportamentul omului normal e considerat a fi în esență rațional; el se bazează pe argumente și credințe raționale. Credințele raționale în anumite idei joacă desigur un rol important în funcționarea și adaptarea persoanei. Dar, cognitivismul se preocupă mai ales de mecanismele ce intră în joc în cazul inferențelor raționale și neraționale și nu de însăși semnificația adaptativă a credințelor raționale, de geneza unui psihism care utilizează adaptativ convingerea în anumite idei. Accentul pe care îl pune cognitivismul pe studierea funcțiilor cerebrale este însă deosebit de util pentru înțelegerea manifestărilor psihice umane. Sunt studiate corelațiile cerebrale, suportul sau identificarea zonelor de implicare cerebrală în cursul desfășurării proceselor psihice, predominant cognitive, normale și patologice. Aceste procese au însă diverse complexități. Simpla evocare și utilizare mnestică se realizează prin activarea zonei hipocampice. Datele mnestice sunt însă utilizate în diverse procese, cum ar fi recunoașterea altor persoane, identificarea atitudinii acestora față de subiect, evaluarea unei situații în care

subiectul e supravegheat cu intenții ostile, evaluarea șanselor personale în raportarea la o astfel de situație prin diverse strategii, luarea în considerare a împrejurărilor în care atitudinea ostilă a altora e persistentă. De aceea, în analiza implicării funcționării cerebrale, cognitivismul are nevoie de modelări, care să definească problema de studiat.

Ideea funcționării prin moduli psihici adaptativi pe care o promovează p.pt.e. se poate articula fructuos cu ideea studierii unor moduli psiho]cerebrali – ca bază a unor moduli psihopatologici subsindromatici – pe care o sugerează psihologia și psihopatologia cognitivă, p.pt.c.

*
**

Psihologia cognitivă nu este o știință întrutotul unitară, fapt ce se evidențiază și în raportarea sa la psihopatologie. O direcție a cognitivismului care susține o anumită formă de psihoterapie, de exemplu cea a lui Beck, a avut o dezvoltare marginală în raport cu curentul menționat mai sus. Ea a derivat din psihanaliză, comportamentalism, teoriile învățării, teoria constructelor personale ale lui Kelly și modelul developmental al lui Piaget. Principiul teoretic fundamental al terapiilor cognitive este acela că modalitatea în care o persoană structurează experiențele și raportarea la realitatea actuală, este orientată și filtrată de credințe profunde ce s-au structurat, în cursul ontogenezei. Acestea sunt în mare măsură inconștiente și în același timp mai mult sau mai puțin disfuncționale, ultimele rezultând din învățări distorsionate. Este acceptat un principiu nivelic al structurii psihismului, o dezvoltare biografică și o dinamică în timp a apariției și întreținerii simptomatologiei. Beck s-a preocupat inițial de depresie. Nivelul cognitiv cel mai profund constă dintr-un set de credințe nucleare (*core beliefs*) care se formează de-a lungul experiențelor timpurii și sunt apoi structurate, modelate și întărite pe parcursul experiențelor de viață. Exemple sunt credințele ce pot fi formulate prin sentințe ca: sunt neajutorat(ă); lumea e plină de pericole; viitorul e nesigur etc. La un nivel mai puțin profund sunt credințele intermediare care apar din nevoia de a structura mai consistent și coerent realitatea și propriile experiențe. Ele pot fi de trei feluri: – reguli, de exemplu: „*trebuie să am totul sub control*”; – atitudini, de exemplu: „*e groaznic să fii singur*”; – asumptii subjacente (*underlying assumption*) care au o structură de tip ipotetic (dacă X atunci Y), exemplu „*dacă o să plouă în vacanță o să fie sigur un dezastru*”. La nivelul cel mai superficial se întâlnesc gânduri automate care sunt cuvinte, idei, imagini ce trec prin mintea persoanei într-o situație specifică, spontan și involuntar. Și care condiționează emoții, comportamente, reacții fiziologice. Esențială este ideea că tulburarea psihică nu e determinată integral de evenimentul sau stresul actual; acționează structuri, atitudini, mecanisme ce sunt corelate cu convingeri profunde și vechi, din punct de vedere ontogenetic. Această idee seamănă până la un punct cu cea a psihanalizei care avea în vedere o evoluție în doi timp. Structurarea în prima fază, în copilărie a unor complexe și fixații developmentale, nearmonice dar care sunt mascate și ancorate adânc în inconștient; – a doua fază, care e cea actuală când în urma unui eveniment se produce o regresivitate psihică cu activarea complexelor inconștiente și perturbarea psihismului. În aceste condiții, psihismul persoanei caută să își apere echilibrul prin diverse mecanisme, generându-se astfel simptomatologia. O diferență importantă constă în faptul că, cognitivismul pariază în primul rând pe învățare și nu ca în psihanaliză, pe conflictul intrapsihic dintre pulsiunea sinelui și interdicțiile supraeului moralizator. Proiectul (psiho)terapeutic al cognitiștilor urmărește conștientizarea nivelelor mai profunde a credințelor, asumptiilor și schemelor distorsionate de gândire și evaluare. Conștientizarea cogniției malade este dublată de exerciții în vederea însușirii unui comportament și a unor asumptii adecvate. La acest nivel psihoterapia cognitivă se corelează cu tradiția celei comportamentaliste. De fapt, Ellis, un alt pionier al psihoterapiei cognitive, a propus de la început schema A B C. A se referea la activarea actuală în anumite condiții stresante a convingerilor (Believe) disfuncționale care conduc la un comportament neadecvat.

Referințele frecvente la credințele profunde pe care o face cognitivismul are în vedere un nivel transituțional al psihismului, corelat instanței biografice, cuasistruurale a psihismului. Acest nivel stă în spatele manifestărilor actuale ale „sinelui nuclear” în raportarea sa situațională la lume, la alții și la sine. O importantă parte a studiilor cognitive se referă la nivelul metareprezentational, autoetic al sinelui. Referința directă, neproblematizantă la convingeri (credințe) ca la un fapt real și pozitiv al psihismului uman, caracterizează cognitivismul și îl diferențiază de comportamentalism, pentru care „credințele” umane sunt realități extreme de problematice.

O altă variantă, a cognitivismului care e utilizată în terapie, se referă la psihoeucație. Aceasta abordează problematica psihoterapiei la un nivel mai superficial. Conform unei axiome terapeutice actuale,

terapeutul trebuie să îl transforme pe pacient în coterapeut instruindu-l asupra naturii și mecanismelor de apariție a tulburării pe care o are. Precum și privitor la simptomatologie și tratament, la riscurile și alternativele terapiei și a ignorării acesteia. În psihopatologie, acest proces e posibil, necesar și util, crescând complianța și menținând remisiunea. Pacientul, să spunem schizofrenul, delirantul sau maniacalul trebuie să ia cunoștință de simptomele bolii sale, să le învețe, să le poată detecta singur pentru a negocia cu terapeutul tratamentul necesar. Procesul poate fi la început dificil în condițiile în care psihoticul este anosognozic, nu are o înțelegere adecvată („*insight*”) privitor la aspectele psihopatologice ale psihismului său. Dar, prin terapie complexă, cogniția conduitei maladive poate progresa. Fostul pacient va face o distincție între persoana sănătoasă și echilibrată și psihopatologia pe care a avut-o și care tinde uneori să reapară.

Orientarea terapeutică actuală pentru tulburările psihice serioase, deși abordează terapia cognitivă a schizofrenilor și delirantilor, depășește însă intervențiile cognitive și comportamentale țintite, inclusiv cele privitoare la reabilitarea psihosocială și antrenamentul abilităților sociale, vocaționale și de relaxare, care și ele au fost stimulate de cognitivism. Nici inserția socio-profesională nu este un obiectiv suficient. Se are în vedere, în plus, o reconversiune existențială, în urma căreia, prin procesul de „*recovery*” subiectul să găsească un nou sens pentru existența sa, un drum de viață cât mai bun – acceptat și asumat – în limitele pe care i le permite trecerea sa prin boală. O viață a cărei calitate și rost poate progresa, cu toată afectarea sa prin tulburarea psihică serioasă. Acest sens complex al îngrijirii persoanei cu tulburări mintale a fost stimulat de cognitivism.

*
**

Între funcțiile cognitive în prim plan apar atenția, percepția și memoria. Acestea sunt fundamentale și în psihologia animală având un suport neurofiziologic ce poate fi studiat sistematic. La om, ele sunt desigur mai complexe, dată fiind dezvoltarea limbajului articulat, a funcțiilor executive și mai ales a relaționării interpersonal sociale. Există însă un nivel bazal al funcționării cognitive prin atenție, percepție și memorie, care se referă la trăirile actuale și este strâns corelat cu funcționarea necognitivă. Această instanță se dovedește perturbată în unele tulburări psihice, ca de exemplu schizofrenie.

Studierea recentă a schizofreniei a relevat pe lângă semiologia care o califică și o delimitează ca entitate nosologică și o serie de alte tulburări psihice care au fost numite neurocognitive, cu semnificație clinică variată (Keffe, 2004). Acestea se referă la (Goldstein, 2004): – Memoria de scurtă durată/de lucru și cea de lungă durată, ambele investigate prin probe verbale și vizuo-spațiale, funcții executive și atenție selectivă. Câteva din aceste teste sunt: *Wechsler Memory Scale* (Wechsler, 1997); *Digit Span, Letter Number Sequencing*; *Rey Auditory Verbal Learning Test* (Rey, 1964); *Immediat Recall*; *CANTAB* (Robbins et al., 1994); *Semantic/Verbal Memory Test* – utilizate pentru memoria verbală de lucru. Pentru cea vizuospațială se pot menționa: *Benton Retention Test* (Benton Sivan, 1991); *Wechsler Memory Scales* (Wechsler, 1997); *Spatial Span*; *Rey – Osterrich Complex Figure Test* (Rey, 1941; Rey și Osterrich, 1994); *Immediate Recall*, *CANTAB* (Robbins et al., 1994). Pentru memoria de lungă durată verbală și vizuospațială se folosesc alte variante ale probelor Wechsler, Rey, CANTAB dar și testele: *Stroop Test* (Stroop, 1935), *Wisconsin Card Sorting Test WCST* (Berg, 1948; Heaton, 1981), *Trailmaking B* (Reitan and Wolfson, 1933). Pentru atenția selectivă, probele Stroop, CANTAB, d2 (Brickenkamp & Zillmer, 1998).

Aceste perturbări cognitive preced apariția clinică a tulburării, în diverse configurații și intensități. Unele din ele sunt agravate de recăderi și au o corelație cu adaptarea socială în perspectiva longitudinală. Corelația lor cu simptomatologia definitorie pentru schizofrenie este în mod variat interpretată dar nu este univocă. Un aspect asupra căruia s-a insistat mult a fost tulburarea memoriei de lucru care, de fapt, e strâns corelată sau dependentă de filtrul atențional.

Atenția definită de obicei ca o orientare selectivă a individului în situație, orientare prin care un domeniu informativ – exterior și/sau interior – este delimitat, informația accesibilă fiind filtrată, selectată și ierarhizată ca semnificație, pentru un anumit obiectiv sau scop. Referirea la memorie ține de faptul că orice informație actuală se cere comparată cu fondul de cunoștințe pentru a i se evalua noutatea și corelația cu cele deja știute. Una din tulburările cognitive din schizofrenie ar consta în deficitul de selecție și ierarhizare a informațiilor actuale, cu dediferențierea între ceea ce este esențial și neesențial, între ceea ce este nou și ceea ce este deja cunoscut. Acest deficit de filtru informativ face ca psihismul și creierul să fie bombardat în permanență de informații multiple și inutile. Subiectul trebuie să facă un efort deosebit și uneori conștient

pentru a ordona și ierarhiza informațiile, fapt ce îl epuizează. Unele conduite de evitare și retragere autistă a schizofrenilor ar putea fi astfel explicate. Această tulburare atențională precede apariția episodului maladiv, poate fi prezentă de-a lungul întregii vieți, fiind accentuată de episoade noi. Ea e prezentă și la rudele colaterale, fiind deci un marker al tulburării. În corelație cu tulburările atenționale și ale memoriei de lucru, percepția realității nu se realizează nici ea pregnant și coerent, fapt cu repercusiuni în înțelegerea semnificației expresivității altor figuri umane și a situației. De fapt, acest deficit cognitiv sectorial apare ca o expresie a unei perturbări de ordin mai general, care consta în alterarea coerenței centrale ierarhizate a psihismului. Tulburare care se manifestă în diverse arii de funcționare psihică. Memoria episodică și cea biografică nu au nici ele în schizofrenie, suficientă coerență subiectivă și în perspectiva relatării. La fel se petrec lucrurile în planul dialogului, a comunicării ideo-verbale, al motivației și comportamentului.

* *

Abordarea cognitivă a psihologiei și psihopatologiei e strâns corelată cu trimiterile la funcționalitatea creierului. Ea a invocat frecvent funcționalitatea psihocerebrală modulară așa cum a expus-o Fodor în 1983. Referirea la unități funcționale bine specializate, încapsulate, cu bază cerebrală, eficiente și care pot sta la baza unor disfuncții, susține cercetarea funcționării creierului prin vizarea unor configurații funcționale ce implică diverse arii cerebrale. Cercetările în această direcție au evidențiat într-adevăr o „modularitate psihocerebrală” care însă nu e identică cu modularitatea psihică. Creierul, susținând funcționalitatea psihice, poate pune în joc unități funcționale care participă la diverse manifestări sau comportamente ce se diferențiază ca semnificație. O stare hipervigilă e necesară atât în investigarea unui teritoriu necunoscut cât și în alerta față de un posibil pericol sau într-o confruntare combativă. În psihopatologie, o inhibiție psihomotorie de tip stuporos se întâlnește atât în unele tumori cerebrale ca și în melancolia depresiei. Schema manifestărilor din patologia obsesiv-compulsivă implică circuite cerebrale cognitiv-comportamentale care susțin funcțiile executive, de la decizie la efectuare. Această schemă se manifestă însă altfel în obsesie și în comportamentul impulsiv.

În sfârșit, o situație interesantă este cea a stărilor afective mixte care prezintă unele simptome caracteristice maniei și altele depresiei; de exemplu, inhibiție psihomotorie stuporoasă cu fugă de idei optimiste. E evident că starea maniacală, ce poate fi considerată în ansamblul ei ca derivând dintr-un modul psihic adaptativ are la bază mai multe unități modulare psihocerebrale, care uneori se pot manifesta disociat, independent, în alte combinații decât cele uzuale.

Modularitatea psihocerebrală e importantă însă în semiologia psihopatologică susținând unele unități subsindromatice sau tablouri clinice speciale cum e și cel al stărilor mixte menționate mai sus sau din diverse comorbidități sau subtipuri de episoade. Astfel depresia se poate manifesta inhibat, anxios sau iritabil. Ea se cere înțeleasă distinct atât de conceptul inițial schematic al modulelor psihici încapsulați cât și de sensul mai larg a unor module psihici adaptativi situaționali antropologici. Problematika funcționării modulare a psihismului uman rămâne deschisă dezbaterii, elaborărilor și modelărilor teoretice, precum și cercetărilor experimentale, în perspectiva aplicării ei la psihopatologie. Ca în orice domeniu important, formularea problemei joacă un rol de prim ordin.

* *

Spre deosebire de atenție, percepție și memorie, considerate în aspectul lor general, cogniția socială e un fenomen specific omului, deosebit de important pentru psihopatologie. P.pt.e studiază filogeneza acestui tip de cogniție iar p.pt.d. ontogeneza sa. P.pt. cognitivă se focalizează asupra etapelor succesive ale apariției și învățării în cadrul cogniției sociale, a mecanismelor ce-i stau la bază, o întrețin și îi permit dezvoltarea. Momentele cheie, deja menționate sunt: recunoașterea figurii umane; – stabilirea atașamentului și apoi a recunoașterii de sine; – momentul ToM; – cunoașterea narativă a sinelui și celorlalți. Atașamentul e un fenomen biopsihic mai general, întâlnindu-se destul de jos pe scara filogenetică. El implică empatia și multe mecanisme afective dar e pregătit de premize cognitive și susține dezvoltarea unor procese de cogniție socială, împreună cu structurarea sinelui. Fenomenul ToM este însă specific uman iar structura sa de bază e cognitivă. Datorită importanței pentru psihopatologie a cogniției sociale, are sens să se recapituleze etapele succesive ale dezvoltării acesteia.

La 6 luni bebelușul începe să distingă între obiecte animate și neanimate. Se dezvoltă apoi atenția persistentă și la 12 luni atenția conjugată cu a mamei în abordarea realității din jur. Copilul ajunge chiar să solicite și să pretindă mamei să-și orienteze atenția spre obiectul pe care vrea să îl semnaleze. Între 14 și 18 luni copilul devine capabil să își întoarcă capul în direcția pe care i-o indică celălalt și începe să înțeleagă stări mintale ca dorința, intenția și relația causală între stările emoționale și scop.

Între 12 și 24 luni, el descoperă diferența între evenimente reale și reprezentarea unor stări ipotetice. Tot acum ajunge să se recunoască în oglindă și să poată imita o persoană neprezentă (ceea ce maimuțele antropoide nu reușesc). La 3–4 ani, momentul de ecloziune a fenomenului ToM, copilul ajunge să distingă intențiile și convingerile proprii de intențiile și convingerile altora, incluzând diferența între ceea ce știe el că e adevărat și credințele greșite ale celuilalt. Dar doar după 7 ani copilul înțelege metafora și ironia, gluma de vorbitul serios. Și mai complexă e înțelegerea „falselor situații”, care se realizează la 9–11 ani. E vorba de așa ziii „pași falși” – „*faux pas*” –, când persoana știe ceva ce nu ar trebui să știe.

Pentru dezvoltarea tuturor acestor aspecte ale cogniției sociale momentul ToM e unul esențial, el reprezentând faza de structurare a sinelui nuclear. Faptul e important în strategiile de relaționare cu alții nu doar pentru obiectivele cooperării și apărării (evitării) ci și pentru cele de a înșela pe alții și de a detecta intențiile altora de a-l înșela. P.pt.e. și p.pt.d. studiază în prezent și mecanismele „autoînșelării”, fapt ce poate crește eficacitatea personală în raport cu alții. Un individ care nu e conștient de toate dorințele și intențiile sale – care uneori pot fi inacceptabile moral și social – poate apărea pentru alții ca un om credibil fiind mai puțin suspectat și având în consecință succes. Inaccesibilitatea conștiinței la propriile dorințe și intenții deschide însă și calea conflictului intrapsihic studiat de psihanaliză și pe care p.pt.e. și p.pt.d. îl readuc în discuție, la limita între adaptabilitate și psihopatologie.

Cogniția socială se dovedește un proces psihologic complex, esențialmente adaptativ, dar și punct de plecare pentru stările psihopatologice, pe care cognitivismul actual le abordează dintr-o nouă perspectivă.

*
**

Cogniția socială pentru care momentul de structurare a modului ToM e un fapt esențial, se desfășoară pentru individul uman în mediul pe care îl asigură limbajul articulat, asertiv și narativ. Toate funcțiile cognitive sunt marcate de dimensiunea lingvistică a existenței umane; dar mai ales memoria și reprezentarea. Memoria episodică biografică, se raportează la evenimentele de viață trăite pe care subiectul le reactualizează, reprezentându-și-le; pe care le poate relata și face publice prin texte narative. Această abilitate este evident specifică psihismului uman. Narațiunile biografice și autobiografice au atras atenția în ultimul timp celor ce se preocupă de psihologia persoanei. Psihologia narativă a persoanei își are originea în caracteriologie. Caracterizarea cuiva se face prin limbaj și etichetare evaluativă. Psihanaliza și-a construit și ea o imagine despre om pornind de la interpretarea hermeneutică a celor exprimate în cursul curei terapeutice. Dar actualele teorii narative ale persoanei tind să vizeze predominant aspectele formulabile explicit ale istoriei de viață. Încă din copilărie omul se afirmă ca subiect ce relatează istorii, inclusiv despre sine, fapt ce participă la sedimentarea sentimentului conceptual de „eu” și de durată subiectivă. Tomkin propunea ca subiectul să fie înțeles ca autor al unor scenarii, autor care apoi joacă în direct rolurile piesei pe care o prefigurează. McAdams (1999) înțelege identitatea persoanei ca centru al istoriei povestibile a propriei vieți. Persoana fiecăruia se organizează prin asimilarea personajelor potențiale și reale care iradiază din ea. Hermas considera că subiectul se definește în mare măsură prin poveștile despre sine pe care le realizează el însuși și alții. Toți autorii preocupați de dimensiunea biografică a sinelui sunt de acord că: – sinele unei persoane e relatabil în narațiuni; aceste narațiuni au o anumită variabilitate condiționată de obiectiv, autori, context; – narațiunile despre o persoană, despre un subiect uman sunt multiple, atât real cât și potențial; dar toate se referă la o permanentă, la o identitate cu sine a subiectului. Și astfel, ansamblul istoriilor unei vieți, povestite explicit sau aluziv de către alții și de către sine, organizează identitatea persoanei.

Psihologia narativă a persoanei este până la un punct un aspect exterior al sinelui. Ea se încadrează și în sistemul de identificare socială a persoanei prin nume, acte de identitate și fișe de cadre. Dar subiectul are propria sa istorie despre sine pe care parțial o adresează altora, parțial și-o adresează sie-și în cadrul autoreprezentării și autoevaluării. Pentru unii oameni există și jurnale intime și autobiografii scrise, fapt ce îl interesa mult pe Jaspers. Acesta este un nivel „metareprezențional” al sinelui, mediat de narativitatea biografică și de exteriorizările persoanei prin peripețiile existenței sale. Nivelul metareprezențional se

articulează direct nu doar cu instanța publică a persoanei sociale ci și cu nivelul sinelui nuclear care „mentalizează”. Dar el se desfășoară într-un plan transsituațional, pentru a constitui axul identității cu sine narative a persoanei (Philips, 2007; Gallanger, 2003; Harre, 2007). Acest nivel are două caracteristici distinctive importante: este elaborat prin intermediul limbajului discursiv – al logosului – și presupune coerența sintetică a discursului. Nevoia de coerență sintetică a discursului biografic are în subtext un mesaj despre sine, ce trebuie transmis comprehensibil. Subiectul, care acum e eroul unor povestiri despre lucruri petrecute efectiv sau imaginate, capătă prin demersul redactării biografice o coerență discursivă specială. El devine, dincolo de realitatea sa nemijlocită „în carne și oase”, un erou de poveste, fiind marcat de „efectul Don Quijote”. Ca erou de narațiune subiectul se raportează de asemenea la alții, într-o lume umană dată. Astfel, se constituie dimensiunea mai amplă a identității biografice a persoanei. Nu trebuie ignorat faptul că în psihopatologia clinică se operează cu „cazuri”, care sunt o realitate secundă bazată pe infrastructura logosului. Iar în clinica psihiatrică se redactează Foi de observație și Dosare de caz, care există și circulă independent de subiectul „în carne și oase” care le-a generat.

Perspectiva narativ-biografică a persoanei este un fel de cupolă, care include toate instanțele sinelui identitar, bazându-se pe memoria episodică, autobiografică și pe referențialul limbajului public. Centrul ei este însă sinele metareprezentational, nivel la care subiectul se reprezintă pe sine împreună cu lumea pe care o cunoaște, împreună cu celelalte persoane de care e legat sau cu care intră în contact. La acest nivel subiectul analizează, judecă și evaluează situațiile în care e implicat, semnificația acestora pentru sine, propria poziție în situație. Și la fel, el se analizează, judecă și evaluează pe sine în egală măsură în care îi judecă și îi evaluează pe alții în relația lor cu sine. În acest plan se manifestă stima de sine, părerea despre sine, evaluarea părerilor altora despre sine. Tot pornind de la acest nivel metareprezentational, autoetic, subiectul tinde să se autodetermine. Multe din studiile psihologiei și psihopatologiei cognitive au în vedere aceste aspecte.

Dar centrul și obiectivul psihologiei narative a persoanei, în ansamblul ei, îl reprezintă identitatea subiectului în multiplele ei incidente.

Dimensiunea biografică și autobiografică metareprezentatională a sinelui și persoanei se perturbă în psihopatologie în multiple incidente. Putem întâlni lipsa de coerență și alunecarea în abstract pe care o trăiește schizofrenul. Histrionicul imaginează și trăiește personaje multiple de-a lungul biografiei. Mare parte din deliranti trăiesc o metamorfoză a identității lor, bazată pe biografie și întretesută cu existența altora. În toate variantele, psihopatologia identității de personaj a persoanei, pe care dimensiunea biografică a sinelui o susține, se bazează pe această înțelegere a omului, pe care cognitivismul actual o studiază tot mai mult.

*
* *

Dimensiunea biografică permite persoanei să se distanțeze de situația trăită imediat, să se preocupe din perspectivă metareprezentatională de prezența sa într-o situație problematică de amploare, să se analizeze și să se evalueze din perspectiva comportamentului și relaționării cu alții. Realitatea este abordată și din perspectiva eventualităților, a probabilităților. Există mai multe modalități de raportare a subiectului față de propria poziție într-o situație problematică de durată, domeniu ce a interesat în mod deosebit psihopatologia cognitivă.

În cadrul fobiilor, subiectul știe că pentru el există zone periculoase ale realității și se așteaptă la trăiri neplăcute. Spre deosebire de fricile normale, expectația fobicului se referă mai ales la apariția atacurilor de panică a căror semnificație ultimă este moartea. Situațiile care anunță sau amintesc de atacurile de panică sunt evitate sau îndepărtate. Dacă probabilitatea apariției acestora e mereu întrevăzută, anxietatea anticipatorie a unei situații fobogene poate fi declanșată de diverși indici iar preocuparea constantă a subiectului este de a-i detecta și evita. Convingerile distorsionate ale subiectului atrag în orbita anxios-fobică trăiri neutre. Scenariul cognitiv de interpretare a trăirilor anxios fobice are în vedere tot timpul un plan reprezentational imaginativ asupra căruia presează anumite convingeri distorsionate și preocuparea tensionată privitoare la eventualitatea apariției unei stări de rău. Conduita principală e cea de evitare, retragere și căutare a unei persoane protectoare.

Scenariul privitor la patologia obsesiv-compulsivă este până la un punct diferit iar perturbările psihice cognitive se concentrează pe alte direcții. Obsesionalitatea implică și ea universul posibilului dar în alt mod. Aspectul problematic central e identificat acum pe axa incertitudine/certitudine cu intervenția unui autocontrol exagerat. Ideea intruzivă, care e normală și prezentă la orice om, scapă de filtrul ce o ordonează și o ierarhizează, se desimplică și se izolează din cursivitatea ei firească și sintetică. Ea se impune chinuitor

unei conștiințe hiperanalitice și hiperscrupuloase; și care, încearcă să o contracareze prin ritualuri mentale și comportamentale. Obsesivul acordă mare importanță posibilului, uneori echivalându-l cu realul. Astfel apare fenomenul fuziunii dintre act și gândire. Acesta constă pe de o parte în sentimentul subiectului că dacă se gândește la ceva, acel lucru foarte posibil se va întâmpla sau chiar s-a întâmplat; sau, dacă se gândește la un lucru reprobabil e la fel de culpabil ca și când l-ar fi făcut. La obsesiv ajung în prim plan inferențele bazate pe probabilitate, în raport cu cu care nu există verificare decât privitoare la consecințe. Predominarea posibilului și probabilului se conjugă cu îndoiala și incertitudinea. Această incertitudine nu ține de nivelul informativ și ea întreține indecizia și ambivalența, lipsa de spontaneitate și naturalețe în viața cotidiană. Ca o reacție, comportamentul ajunge uneori să fie rigid, inflexibil, ritualic.

În relaționarea cu alții obsesivul nu caută neapărat protecția ca anxios fobicul ci e ambivalent. Caracteristica obsesionalității este ideea obsesiv agresivă față de alții, la un pol opus paranoidei. Obsesivul nu resimte un pericol exterior din partea altora ci din partea unei realități fizice neperceptibile, care e tematizată ca infestare și identificată în dezordine.

Deși e diferită de atitudinea anxios fobică, preocuparea de durată a obsesivului e corelată tot unei atitudini pasive, în care el nu poate controla realitatea deși face eforturi de control deosebite și chinuitoare. Unele teme pot fi însă comune, așa cum e cea privitoare la răul corporal. Preocuparea față de boală se poate manifesta atât în varianta anxios fobică cât și în varianta obsesivă. Obsesivul e în mod special sensibil față de suprafața corporală, expusă contaminării și în raport direct cu dezordinea și murdăria din jur. Preocuparea față de sănătatea corporală și față de aspectul corporal poate să se manifeste însă și sub forma unei ideii supraevaluate împotriva căreia subiectul nu mai luptă ca în cazul ideii obsesive. Sub această formă a preocupării prevalente se poate manifesta nu numai hipocondria, ci și dismorfofobia, preocuparea față de siluetă etc. În această direcție se poate urmări o tranziție de la incertitudinea obsesivă până la certitudinea delirantă, trecându-se prin ideea supraevaluată. Acest aspect a fost sesizat de Hollander care a introdus în spectrul obsesiv o axă de ordonare a unor tulburări între polul incertitudinii și cel al certitudinii.

Patologia delirantă, mai ales în varianta delirului monotematic, a fost și ea mult studiată de cognitivism (Bortolotti, 2010). Problematika delirului se plasează tot la nivelul metareprezentational al psihismului, al sinelui*. Conform unei definiții tradiționale, delirul constă dintr-o convingere nerațională într-o idee neadevărată care nu poate fi modificată prin argumente. Convingerea delirantă se referă în cele din urmă la o temă care exprimă preocuparea și evaluarea subiectului față de poziția sa într-o situație problematică de durată care îl implică. Referința la sine este centrală în tematica convingerilor delirante, fie că e vorba de propria sănătate, aspectul corporal, identitate, valoarea proprie – bună sau rea, vinovată – capacitățile subiectului, felul în care alții se raportează la sine, eventualitatea de a fi supravegheat sau persecutat.

Plasarea problematicii delirante la nivelul metareprezentational se corelează cu tematizarea discursivă a delirului, cu faptul că el poate fi exprimat printr-o caracterizare lingvistică ce-l rezumă. Acest aspect diferențiază delirul de simpla dispoziție afectivă în care, de exemplu, subiectul se poate simți capabil și puternic sau slab și vinovat; dar fără a tematiza această poziționare atitudinală.

Studierea cognitivă a delirului a relevat o serie de tulburări precum: – graba spre a concludiona („*jump to conclusion*”) fără a parcurge toate etapele și conexiunile necesare; – graba și distorsiunea atribuirii cauzalității evenimentelor trăite de subiect, a „locusului de control” al acestora, care e diferit în depresie și paranoide; – modificarea în realizarea și interpretarea percepției, în derularea inferențelor de gândire și în controlul certitudinii concluziilor etc.

Diferența între modalitatea de abordare a preocupărilor la nivelul metareprezentational, delimitează domeniile de patologie în zona anxios fobică, cea obsesiv-compulsivă și cea prevalențial delirantă. Zone care pot avea domenii tematice comune, cum ar fi preocuparea hipocondriacă sau cea de culpabilitate. În toate aceste domenii contribuția psihopatologiei cognitive e remarcabilă. Și se așteaptă în continuare noi progrese.

**

Psihologia cognitivă a stimulat studiarea dezvoltării ontogenetice a cogniției sociale, edificatoare pentru structurarea nivelelor sinelui. Contribuția sa în acest domeniu exprimă accentul pus pe cogniție și pe bazele cerebrale, ale acesteia. Problematika sinelui este însă mult mai complexă. Faptul poate fi comentat în legătură cu două momente cheie ale ontogenezei, relația de atașament și fenomenul ToM.

* A se vedea Anexa 2.4.

Relația de atașament care începe să se dezvolte la copil după 8 luni are la bază în mod evident, o serie de câștiguri cognitive succesive, ce au fost comentate și ca instalarea și funcționarea unor moduli psihocerebrali. Primul și cel mai important este recunoașterea feței umane care la început e parțială, prin câțiva indici spațiali – ochii, distanța dintre ei și gură, aspectul gurii, indici privitor la nas. Ulterior se ajunge la perceperea integrală a feței ca și configurație semnificativă, iar a figurii materne ca structură perceptivă în principiu protectoare. Tot procese cognitive ar fi: câștigarea capacității de a ține privirea ținută spre un obiectiv, conjugarea privirii cu a mamei, pretenția ca cei din jur să privească în direcția dorită; și, în final, recunoașterea propriei figuri în oglindă, în jur de 1 și 8 luni. Toate aceste aspecte stau la baza relației de atașament. Dar aceasta nu se reduce la un fenomen cognitiv, deși se bazează pe procese cognitive. Ea este în esență un proces instinctivo-afectiv, de identificare a copilului cu mama în cadrul unui „câmp” psihologic special. Fenomenul de atașament al puilor coboară foarte mult pe scara filogenetică desfășurându-se în absența unei cogniții diferențiate. Specificitatea instalării sale la om e condiționată de factori ca importanța excepțională a relațiilor interpersonale în psihologia umană și lunga perioadă postuterină în care copilul se dezvoltă doar cu îngrijiri materne. Deși se pot evidenția baze cerebrale pentru relația de atașament, „câmpul psihologic” în care acesta se dezvoltă și se desfășoară necesită abordări speciale și un înțeles al psihismului ce nu se reduce la cognitivismul raționalist (Allen, 2007).

Cel de al doilea aspect care se impune ca particular este ecloziunea la 3–4 ani a fenomenului mentalizării ToM. În studiile experimentale ce s-au efectuat sistematic acesta a fost analizat în primul rând din punct de vedere cognitiv: copilul ajunge să perceapă și să cunoască intuitiv intenționalitatea situațională a altuia. Fenomenul ToM a fost abordat și el, la fel ca alte achiziții ale cogniției sociale, în perspectivă modulară. Baron-Cohen (1995), unul din părinții problematicii ToM, care a pledat pentru modularitatea acestui fenomen, a ajuns la părerea că el se constituie din fuziunea a 4 module – în înțelesul pe care Fodor îl dădea acestora – și anume: – un detector al intenționalității (ID): – un detector al direcției privirii oculare (EDD); – un detector al mecanismului atenției împărtășite (SAM) și un „mecanism al teoriei minții” (ToM). Ulterior însă (2005) a recunoscut nevoia de a încorpora emotivitatea în această viziune modulară și a adăugat încă doi moduli: – un detector al emoțiilor (TED) și un sistem al empatizării (TESS). Această abordare analitic modulară a stimulat cercetarea neurofiziologică dar nu a asigurat un suport pentru înțelegerea și studierea de ansamblu și ținută a acelei realității pe care o relevă fenomenul cognitiv relevat de studiile empirice privitoare la ToM. În perspectivă strict modulară s-ar putea vorbi mai degrabă de un „complex modular” indicat de ToM, sau, cum se comentează tot mai frecvent în prezent, de o instanță a „mentalizării”.

Fenomenul ToM, așa cum e descris el prin studiile experimentale efectuate, este un proces cognitiv prin care copilul cunoaște, în situație gândurile și intențiile altuia ca fiind diferite de ale sale. El „mentalizează”. Nedezvoltarea acestui fenomen însoțită de o deficiență a coerenței cerebrale se întâlnește în autismul Kanner. Dar fenomenul ToM – sau instanța psihică ce-i stă la baza – e implicat și în alte fenomene psihopatologice așa cum simptomele de prim rang Schneider din schizofrenie. În acest sindrom subiectul este convins că alții îi supraveghează intimitatea cu aparate speciale și că „îi citesc gândurile”. Fenomenul ToM, așa cum e dovedit experimental, indică doar faptul că după 3–4 ani copilul e capabil să ghicească în situație gândurile altuia. Pentru înțelegerea fenomenelor de prim rang Schneider se cere a se accepta că această funcție este o competență a unei instanțe – a sinelui nuclear – care are însă o funcționalitate mai complexă. Și anume:

a) Funcția de cunoaștere – atribuire, intuire, ghicire, citire a intenționalității altora (emoții, atitudini, dorințe, intenții, opinii) în situație.

b) Funcția percepției propriului sine, a propriei minți înrădăcinată în propriul corp, care are trăirile sale intime (gânduri, intenții, senzații, emoții, opinii, motivații) ce emerg din sine și-i aparțin subiectului, fiind resimțită ca distinctă de ale altora. Această trăire e implicată în precedenta dar ea subliniază faptul că subiectul resimte că lui îi aparține în cele din urmă controlul asupra gândurilor și deciziilor sale.

c) Sentimentul reciprocității cogniției sociale de tip ToM. Subiectul care are preconștiința faptului că poate ghici gândurile altuia resimte tot preconștient că și alții i le pot ghici pe ale sale.

d) Perceperea – preconștientă sau conștientă – a faptului că alții au în anumite împrejurări anumite atitudini sau intenții în raport cu propria persoană.

e) Existența în anumite împrejurări a unui interes special față de alte persoane, pe care subiectul le monitorizează cu atenție sporită, exploratorie, pentru a le detecta intențiile; și – prin simetria menționată – sentimentul că alții pot avea sau au un interes crescut în raport cu propria persoană, fapt ce conduce la o atenție și supraveghere specială a subiectului din partea lor. Pe această cale se poate avansa spre cunoașterea intimității, fapt accesibil de obicei doar unor persoane privilegiate.

f) Cunoașterea reciprocă a stărilor mintale precum și supravegherea, poate să nu se limiteze la o secvență situațională ci se poate prelungi, în raport cu anumiți parametri, mai mult timp.

g) Fenomenul cognitiv al cunoașterii reciproce a stărilor mintale este dublat de influențarea reciprocă a trăirilor și comportamentelor.

h) Propria identitate nu se alterează prin aceste interrelații.

În autismul Kanner sunt clar alterate funcțiile a) și b). În simptomele de prim rang Schneider e evident perturbată funcția b) dar și celelalte funcții, mai ales în conjuncție cu paranoia. Căci sentimentul cunoașterii gândurilor se plasează în continuitatea sentimentului relațional de a fi privit cu o atenție deosebită; și mai ales a sentimentului de a fi supravegheat în intimitate. Pe de altă parte, sentimentul influenței xenopateice, al substituirii voinței, este doar parțial cognitivă, având o bază dezvoltamentală specială.

În perspectiva modulară instanța sinelui nuclear poate fi considerată ca un complex modular axial, ce integrează problematica atașamentului și stă la baza – sau este implicat în – multiple manifestări circumstanțiale care, la rândul lor pot fi comentate modular. Dar, la fel ca în cazul atașamentului, se ridică problema coerenței și coeziunii centrale a întregii instanțe a sinelui. În prezent se diferențiază între nivelul sinelui corporal – protosinele – cel al sinelui nuclear, metareprezentational autoetic și biografic, toate acestea fiind integrate în – și stând sub cupola – persoanei social valorice. Delirul și obsesia, așa de mult studiate de cognitivism, se desfășoară cel mai pregnant în zona de conpenetrație între aspectul situațional al sinelui nuclear și instanța metareprezentatională, autoetică a sinelui.

Se consideră că, complexul modular ToM a fost una din principalele ținte ale selecției filogenetice, el stând la baza relațiilor de cooperare între oameni. Cooperarea este un proces multifacțat care se manifestă în situații circumstanțiale. Dar care are la bază și relații mai stabile*. Astfel, pentru început, poate apare o situație problematică în cadrul căreia subiectul poate desfășura un proces prosocial, de deschidere spre alții, de cunoaștere a lor și apropiere de ei în vederea cooperării. Se poate stabili consensul asupra unor obiective comune, repartizarea sarcinilor, interacțiunea armonică până la rezultatul final, urmat de despărțire. Dar, în urma apropierii și cunoașterii se pot stabili și relații mai apropiate și stabile, îndrăgostirea și dragostea, cuplarea, întemeierea unei familii, conviețuirea. Pe de altă parte, în cursul procesului prosocial de contactare a altora și de proiectare a unor colaborări, subiectul trebuie să poată detecta și lipsa de interes, suspiciunea sau ostilitatea celorlalți, eventual lipsa lor de sinceritate, duplicitatea. Subiectul, prin complexul modular al sinelui nuclear, sesizează intenționalitățile celorlalți nu doar într-un moment dat ci de-a lungul unei perioade de timp, în situații succesive. El are un diapazon modular de detectare a simpatiei sau indiferenței celorlalți, a ostilității, a duplicității, precauției, angajării, atașamentului sau afecțiunii persoanelor de care se apropie. Din acest diapazon al detectării atitudinii și intenționalității celorlalți în raport cu sine, un aspect special îl constituie identificarea situației în care altul, ceilalți, își focalizează atenția asupra subiectului, îl observă în mod special, în vederea unei evaluări. Perceperea, observarea, sesizarea intențiilor și evaluării celorlalți e un proces continuu sau fluctuant, în funcție de împrejurări. Dar subiectul are constant preconștiința faptului că poate fi, sau într-o perioadă chiar este un timp în vizorul observațional și evaluativ al altora. Acest fapt îl face să acorde atenție felului său de manifestare, uneori controlându-se în mod special sau construindu-și o mască de apariție publică, în raport cu felul în care dorește să fie receptat, interpretat și evaluat de alții. Toate aceste modalități de relaționare, despre care se poate susține că au la bază scheme modulare de raportare, pleacă de la nivelul situațional și se inseră în instanța transsituațională, în care e activ sinele metareprezentational. Atașamentul, prietenia, îndrăgostirea și dragostea se desfășoară în plan transevenimential. La fel este încrederea într-o persoană apropiată, neîncrederea în cineva cu care trebuie să colaborezi, sentimentul că altă persoană te urmărește și te persecută. Relaționarea față de alții, în modalitatea situațional/transsituațional ar putea fi abordată după schema unor atitudini sau preocupări bazale și care să fie considerație modulii psihici antropologici adaptativi – m.p.a. Perturbarea unui astfel de m.p.a., în sens de exces, simplificare, rigiditate, decontextualizare, ar sta la baza unor sindroame psihopatologice ca dismorfofobia, trăirile senzitiv relaționale, suspiciunea paranoidă ș.a.m.d.

* *

P.pt.e. se corelează cu p.pt.e. și cu p.pt.d. și în ceea ce privește ideea de „proiect” (design). Pentru biologie aceasta e firească, încă Aristotel vorbind de cauza finală și „entelehie”. Odată ce filosofia minții și

* A se vedea Anexa 2.

psihologia cognitivă s-au axat pe intenționalitate, ideea de proiect a trecut în prim plan. Toate stările mintale și procesele psihologice se referă la proiecte ale subiectului ce se raportează la lume, proiecte în cadrul cărora informația apare ca purtătoare de semnificații. Intențiile la act, părerile, evaluările, dorințele, credințele etc., toate sunt „despre ceva”, toate au o referință și se articulează cu un proiect real sau posibil, „care implică lumea”. Prin aceasta oamenii se înțeleg între ei, fapt pe care l-au sesizat cei care către sfârșitul secolului XX au acordat statut științific și filosofic „psihologiei populare” (Churchland, 1994). Pentru evoluționiști, genele au în vedere proiecte. Ele sunt considerate pachete modulare de informații ce conțin instrucțiuni în vederea proiectării și realizării funcționale a indivizilor ce perpetuează specia. La om 55% din informația genomică are în vedere proiectarea și realizarea creierului a cărui activitate se desfășoară în mare măsură prin moduli care asigură raportarea proiectiv adaptativă a individului la lume. În cadrul filosofiei minții o poziție centrală, a avut-o Dennett. Luând ca exemplu jocul de șah el diferențiază între: – instanța materială așa cum poate apare jocul ca realitate materială; – instanța regulilor; – instanța proiectelor sau obiectivelor („*design stance*”) ultima fiind aspectul esențial prin care semnificația cognitivă a jocului se împlineste. Funcționarea psihismului uman ar avea aceleași instanțe și aceeași funcționalitate, în cadrul căreia informația are rol cauzal prin instanța proiectelor, a obiectivelor. Bazându-se în mare pe interpretarea lui Dennett, relativ recent Bolton și Hill (2003) dau o interpretare cognitivă funcționării normale și psihopatologice a psihismului uman, sprijinindu-se mai mult pe modelul „teoria teoriei”. Psihismul individual este înțeles ca centrând un ansamblu ierarhic de cunoștințe, la fel cum o teorie științifică organizează cunoașterea dintr-un domeniu, astfel ca din ea să poată fi deduse ipoteze testabile. Cunoașterea stă la baza proiectelor, este implicată în variate proiecte intenționale. Nucleul cunoașterii psihice ar consta însă nu din axiome și propoziții prime ci dintr-un set de reguli de funcționare asumate ca fundamentale, fără nevoia de a mai fi verificate. Esențialul funcționării psihice ar consta deci din proiecte semnificative ce sunt realizate în lumea înconjurătoare pe baza unor reguli. La fel cum în biologie genele stochează informații sub forma de instrucțiuni, la fel creierul înmagazinează informații semnificative, bază pentru proiecte, comunicare și comportamente cu sens. Semnificația – și nu doar sintaxa informațiilor – are valoare cauzală. Normalitatea psihică constă din comportamente în lumea umană, care se desfășoară după reguli, au un „design” și sunt purtătoare de semnificații cauzale. Ele sunt declanșate de semnificații ce vin din partea altora, a lumii sau din fondul interior de cunoaștere. Patologia psihică începe acolo unde se rupe lanțul conexiunilor și a cauzării semnificative („*breakdown of significant connexion*”).

Bolton alege exemple din domeniul schizofreniei și tulburărilor anxioase. În tulburarea obsesiv-compulsivă intenția nu are o articulare semnificativă firească, iar comportamentul compulsiv-repetativ este și el rupt din cursivitatea articulațiilor semnificative. Decontextualizarea de orice fel a modulelor comportamentale ne plasează în psihopatologie în zona „ruperii conexiunilor semnificative și comprehensive”.

••

Felul în care sunt puse problemele în interpretări cognitive ale psihologiei și psihopatologiei așa cum e cea a lui Bolton, menține ideea generală a evoluționismului, care pune accentul pe proiect, selecția manifestărilor adaptative, complexificare evolutivă. Dar pune accentul și pe specificul uman a limbajului, mai ales în perspectiva jocurilor de limbaj comentate de Wittgenstein. În prim plan este problematica regulilor și normelor, ceea ce atrage atenția asupra nivelului formal normativ a manifestărilor umane, inclusiv a m.p.a. Accentul pus pe cauzalitatea semantică reactivează tema reacțiilor comprehensive a lui Jaspers, fapt pe care Bolton îl subliniază explicit. Omul, care poartă în el un model reprezentativ și semnificativ al lumii, reacționează la semnificații, la situații semnificative înțelese și de alții. Și acționează în lumea umană producând semnificații care au funcții cauzative. Există însă nivele ale semnificației. Semnificația generică de pierdere sau amenințare are un rol cauzal pentru orice om. Dar oamenii reacționează la pierderi sau amenințări determinate, conținutul semnificativ al informațiilor ce determină reacții depinzând de experiențele ontogenezei, de biografie.

Revenind la perspectiva modulară pe care o promovează p.pt.e. și care poate fi aplicată și psihismului uman, se cere subliniat că o stare psihică reactivă presupune nu doar prezența unei informații semnificative și decodarea ei comprehensibilă, ci și prezența în subiect a unei structuri ce reacționează, a unui „organ” psihic ce se activează, intră în acțiune prin funcția sa adaptativă. Pentru a fi capabil de reacții depresive, anxioase, euforice, agresive, subiectul trebuie să aibă în el disponibilitate și abilitate pentru astfel de trăiri, care se activează în împrejurările semnificative corespunzătoare, cu tot ceea ce subiectul înmagazinează în direcția

respectivă din experiențele și trăirile similare anterioare, articulându-se și conpenetrându-se în același timp cu parametrii specifici ai situației actuale. Omul poate deveni uneori vesel, trist, furios, anxios, doar amintindu-și unele situații sau imaginându-și că le va întâlni în viitor. În biologie, semnificația informațiilor ce declanșează anumite atitudini, stări și comportamente este în mare măsură înăscută. La om, pe fundalul unui schematism general biologic, manifestările situaționale sunt declanșate și se desfășoară în mare măsură în raport cu semnificațiile, normele și structurile formale asimilate în ontogeneză. În plus, în fiecare manifestare situațională, lumea interioară a subiectului este actualizată printr-un conținut specific, care se proiectează asupra elementelor circumstanțiale, așa cum sunt percepute ele în semnificația lor actuală. La nivelul acestei intersecții și interpătrunderi, se realizează angrenarea semnificantă a subiectului în situație, printr-un „lanț al conexiunilor semnificante”. Ruperea acestor conexiuni se manifestă în psihopatologie.

Unul din aspectele importante ce caracterizează manifestarea sindroamelor psihopatologice este „decontextualizarea”. Aceasta are dublu sens. Pe de o parte manifestarea nu mai apare clar și/sau proporțional condiționată de semnificațiile situației. În al doilea rând, manifestarea subiectului are un redus sau nul impact semnificant causal asupra ambianței, asupra celorlalți. Această decontextualizare are la bază minusul, deficitul în modul de manifestare situațional al subiectului. Acest deficit e sesizabil atât în structura formală schematică a manifestării cât și în deteriorarea arhitectonicii semantice.

Când subiectul e în prezența nemijlocită a unui stimul cu semnificația de pericol el trăiește spaima. În unele cazuri reacția de tip spaimă poate fi declanșată de stimuli minori, ne semnificanți sau aparent în lipsa oricărui stimul, ca în unele atacuri de panică. În cazul fricilor, intervine evident cunoașterea și reprezentarea lumii, fapt ce permite conduitele de evitare și asigurare. Conduita de evitare fobică este adaptativă dacă se manifestă în raport cu situația și/sau persoane care realmente sunt periculoase pentru subiect. Dar dacă apare în raport cu pericole minime sau imaginate, frica alunecă spre anormalitate. Frica de „neînțeles” față de anumite obiecte poate avea la bază, desigur, o serie de mecanisme psihologice speciale, de asociere, simbolizare etc. E vorba în aceste cazuri de o distorsiune semantică a semnificațiilor. Dar în cazul agorafobiei și în general a fobiilor spațiale, fobia își pierde în mare măsură tematizarea, semnificația determinată. Rămâne activă semnificația generică a sentimentului de pericol crescut în zone care sunt insuficient de familiare și controlabile.

Una din modalitățile de manifestare utilă și adaptativă a subiectului este capacitatea de a se raporta la unele situații energic, infatigabil, neținând cont de riscuri, cu încredere în sine și sociabilitate crescută, cu amplificarea vitezei de asociere ideatică și a celei de reacție. Acest model adaptativ expansiv și de relație psihică, se poate manifesta cu accent pe sociabilitatea gregară, fapt util în împrejurări în care un astfel de comportament e adecvat, de exemplu în cadrul sărbătorilor. Dar dacă structura funcțională a relației dezinhibate și hipersociabile se declanșează la semnificații minime, în situații neadecvate sau pur și simplu din senin, suntem în împrejurarea unor ruperi a conexiunilor semnificante în care consecințele manifestării nu mai sunt adaptative. Este evident că, capacitatea de a se manifesta în mod „hipomaniacal” este o structură funcțională pe care omul o are la dispoziția sa, e un fel de „instrument” de care dispune pentru a-i servi la nevoie. Dar, pentru o bună utilizare, e necesară o solidaritate între aspectul formal al manifestării și un conținut de semnificații care să fie adecvat. În mod normal această legătură există iar instrumentul se dezactivează când semnificația situației nu se mai articulează cu semnificația de care respectiva manifestare e atașată în interioritatea lumii subiectului.

Același model e aplicabil și suspiciunii. Suspiciunea e o modalitate atitudinală ce e implicată în relaționările curente ale subiectului cu ceilalți. În unele împrejurări ea se activează pentru o perioadă transsituațională, în raport cu o persoană față de care există argumente de a fi precaut, în vederea unei bune adaptări și funcționări. Dar structura semantică se poate dediferenția. Suspiciunea față de anumite persoane se poate instaura în condițiile relaxării conexiunilor semnificante. Și, mai departe, suspiciunea se poate generaliza vizând multe persoane, poate trece în abstracția corelării cu instituții sau se poate manifesta printr-o lipsă de obiect definit, ca suspiciune față de orice și față de oricine, ca suspiciune în general. Se prăbușește astfel, în starea patologică, arhitectonica semantică, corelația diferențiată față de o ierarhie de conținuturi, care articulează în mod obișnuit lumea interioară a subiectului cu mesajele lumii exterioare, prin intermediul situației. Din întreaga structură relațională rămâne doar aspectul formal, al atitudinii de suspiciune.

Deficitul în planul conținutului, a arhitectonicii de semnificații, cu menținerea doar a aspectului formal al manifestării psihice, se poate constata în psihopatologie și în direcția orientării predominante spre acțiune. Astfel, procesul deliberării e din principiu conflictual, aducând în dezbatere argumente concurente, la capătul

căroră subiectul decide asupra unei variante ce devine proiectul său de acțiune. Dacă în prim plan se manifestă nehotărârea în raport cu orice situație, este evidentă eludarea conținutului, a universului de semnificații în raport cu care hotărârea ar trebui luată argumentat. La fel, verificarea repetată la absurd, pune în prim plan un aspect formal, sărăcit sau vidat de conținut, de raportarea sa cu rost la semnificații.

Raportarea normală a subiectului la situațiile problematice ale vieții curente, poate fi ordonată după unele direcții principale, care exprimă manifestări psihice adaptative. Acestea reiau domenii și modalitățile de raportare prezente și în biologie, astfel încât la baza lor pot fi puși moduli psihici adaptativi selectați evolutiv în cursul antropogenezei. Manifestarea lor umană se bazează desigur pe actualizarea predispozițiilor genetice cerebrale în cursul ontogenezei, pe validarea funcțională a acestora în urma unor „experiențe cheie” pe învățare și experiență biografică. Și în plus pe structura lor formal normativă specială pe care o capătă în universul uman în care omul există, dimensionat prin limbaj și valori și acționează pe bază de proiecte. Funcționarea unor moduli psihici adaptativi biologici cu care subiectul ajunge să fie dotat, într-o variantă reformulată antropologic, presupune apoi actualizarea lor prin semnificațiile situaționale. Dar, ea mai presupune și o „aderență” a subiectului la situație. Și la fel, actualizarea împreună cu schema formală de manifestare și a conținutului schematic complex ce e atașat acestor m.p.a. Conținut care, se proiectează asupra realității date, împreună cu care se constituie participarea subiectului la lume, prin intermediul situațiilor.

P.pt.c., bazându-se pe o metodologie empirică riguroasă, pe modelări și pe studierea funcționalității creierului, aprofundează constant cunoașterea omului normal și deviant. Odată cu plasarea sa în perimetrul problematicei minte/corpus (minte/creier), ea pune însă între paranteze viziunea mai largă pe care o introduce p.pt.e. Corpul și mintea ce se bazează pe funcționalitatea creierului, sunt ale unui om individual. Relația acestuia cu evoluția psihismului uman și contextul socio-cultural e pusă însă de cognitivism în plan secund. Această opțiune metodologică nu blochează validitatea rezultatelor sale, de vreme ce dialogul rămâne deschis iar doctrinele complementare se pot întâlni în foruri de dezbateri. Raportarea la p.pt.e. e însă utilă, deoarece se evidențiază cu această ocazie diferența între raportul minte/creier și raportul dintre funcționarea psihismului individual în lumea animală și cea umană. Adică raportul dintre Bios și Antropos. P.pt.e. are în vedere un psihism biologic ce evoluează dar care, deși se manifestă prin indivizi, are semnificație pentru specie. Perspectiva cognitivă e lipsită de această semnificație supraindividuală. Dar, depășind Biosul, la nivel antropologic, funcționarea psihică a persoanei are de asemenea semnificație nu doar pentru ea însăși ci și pentru cei cu care intră în relație și pe care-i implică; de exemplu în prietenii, dragoste, muncă sau sărbători. Structurile socio-culturale tind acum să se substituie până la un punct funcției transmișiei genetice. În acest sens Hawkins a propus conceptul de „meme”. Memoria suprapersonală, cea depozitată în modelele culturale, întreținută de mituri și ritualuri, de paradigmele teoriilor științifice, de istorie și literatură, artefacte și instituții, reprezintă o instanță care are un important cuvânt de spus în formarea și manifestarea psihismului individual. Se impune a se ține seama și de această instanță umană supraindividuală, aflată dincolo de trăirile subiective și de manifestările cognitive comportamentale individuale. Instanța pe care Popper a invocat-o prin a sa „lume a treia”. Acest aspect limitează perspectiva evoluționistă la ceea ce e transmis genetic cu oarecare specificitate. Dar, genetic se pot transmite și disponibilități. În măsura în care o înțelegere modulară a psihismului uman e până la un punct acceptabilă, ea ar putea funcționa doar la nivelul de conjuncție între modularitatea transmisă genetic și aspectul formal specific funcționării umane normative, prin proiecte, mod de funcționare care impregnează persoana în profunzime. Și care se desfășoară în cadrul instituțional al practicilor umane, structurate prin norme și valori. Se poate presupune că fenomenele umane care în esență sunt supraindividuale așa cum sunt munca standardizată, educația, medicina, justiția și sărbătorile, prin îndelunga lor funcționare, și-au selectat natura specifică de funcționare pe care creierul o exprimă într-un anumit fel. La fel cum în creier s-a impregnat în perioada antropogenezei relaționarea interpersonală prin fenomenul ToM.

8.3. CONTRIBUȚIA PSIHPATOLOGIEI DE ORIENTARE FENOMENOLOGICĂ LA PSIHPATOLOGIA CLINICĂ. ACTUALITATEA UNEI ABORDĂRI CLASICE

Psihpatologia fenomenologică – pt.f. – s-a dezvoltat în corelație cu filosofia secolului XX și în primul rând cu demersul metodologic a lui Husserl. Acesta a reluat ideea lui Descartes privitoare la întemeierea certitudinii prin reflexia critică a conștiinței subiectului gânditor.

Relația dintre psihopatologie și filosofie a fost constantă de-a lungul istoriei culturii. Problema nebuniei i-a interesat pe filosofi, literați sau pe oamenii religiei, comentarii celebre găsim în Epistolele lui Paul, la gânditorii greci, Descartes, Hegel ș.a.m.d. Pe de altă parte psihopatologia descoperă în însăși structura ființei umane zone liminare, de care se poate articula. Libertatea, credința, pasiunea, creativitatea, imaginarul, toate pot avea extreme aberante. Hegel scria că nebunia e înscrisă în conștiința umană ca un aspect structural, normalitatea constând din depășirea acestei condiții bazale. În secolul XX problematica tulburărilor mintale a stat și în atenția filosofilor existențialiști, odată cu abordarea situațiilor limită, a angoasei, a sinuciderii, a libertății de decizie, a autenticității. Mai recent ea se corelează cu cognitivismul prin filosofia mentalului.

În continuare se vor prezenta pe scurt temele esențiale ale fenomenologiei husserliene care stau la baza psihopatologiei fenomenologice, după care se vor trece în revistă câteva din elaborările acesteia.

Fenomenologia dezvoltată de Husserl (Husserl, 1994) acceptă două nivele structurale ale conștiinței, ale existenței persoanei conștiente: unul al ancorării în banalitatea și firescul vieții de zi cu zi, a „lumii vieții” (Lebenswelt); și altul, de profunzime, la care se poate ajunge prin „punerea între paranteze” metodică a datelor acestei lumi, la fel cum proceda Descartes prin a sa îndoială metodică universală proces numit „epoché”. Această zonă profundă, ultimă, a certitudinii de sine, este cea a „subiectivității transcendente” a „egoului transcendent”. La nivelul ei se relevă structurile fundamentale ale conștiinței. Ea este invocată de Husserl din rațiuni filosofice. Distincția dintre „egoul empiric”, antrenat în problemele vieții de zi cu zi și „egoul transcendent”, care este condiția de posibilitate profundă a primului, a fost preluată de psihopatologia fenomenologică pentru urmărirea unor obiective proprii.

La nivelul subiectivității transcendente Husserl identifică drept trăsătură fundamentală a subiectului „intenționalitatea” conștiinței reflexive, concept ce a fost preluat de la Brentano. Conștiința, bazată pe intenționalitatea consubstanțială egoului transcendent, se referă tot timpul intențional la ceva din lume, printr-o „noeză” specifică, care întâlnește „lumea” și este umplută de conținuturile „noematice” ale acesteia. Conștiința este întotdeauna conștiința „a ceva”, „despre ceva” („aboutnis” în engleză) fapt care scurtcircuitează relația subiect-obiect, aduce „lumea” – mundaneitatea – în proximitatea subiectivității. Raportarea la lume are un nivel al orientării antepredicative și un altul al „constituirilor” realității pentru subiect, al sintetizărilor tematizante. Se structurează astfel realitatea prezentului, care se impune între trecutul memorabil și viitorul proiectat. Exterioritatea lumii se păstrează tot timpul. Subiectivitatea conștientă se articulează de lumea obiectivă prin corporalitatea subiectului, în varianta sa de „trup”, resimțit („corp trăit”, „leib” în germană, „corp vecu” în franceză, „lived body” în engleză). Trup care este și un fapt obiectiv, perceptibil și analizabil ca atare. Ancorarea în corporalitate ar fi în viziunea lui Husserl (din a cincea meditație carteziană) baza pentru constituirea „alterității” (al alter-egoului) în însăși constituția propriei conștiințe. Și asta deoarece perceperea celuilalt prin trupul său, stimulează intenționalitatea instanței trupești a subiectului. Se structurează astfel un nivel al „intersubiectivității transcendente”. Lumea teoriilor științifice și a culturii s-ar corela acestei instanțe supraindividuale dar intime.

Conceptul de „fenomenologie” a fost înțeles și abordat diferit de filosofi. Jaspers, care e evoluat spre filosofie, când și-a scris psihopatologia înțelegea prin fenomenologie ansamblul trăirilor subiective conștiente. Fenomenologia lui Husserl nu are în vedere doar trăirile, ci o structură complexă a conștiinței, a ființei conștiente care din perspectiva unei subiectivități transcendente, abordează lumea. Psihopatologia s-a putut articula cu această metodologie filosofică, deoarece stările psihopatologice afectează structura conștiinței și a lumii sale corelative. Dar trăirile celor afectați de perturbări psihice rămân în universul subiectivității și a lumii umane. Prin abordarea metodică a arhitectonicii existenței conștiente, fenomenologia husserliană s-a dovedit propice analizei stărilor psihopatologice.

Pt.f., așa cum era ea cristalizată în jurul anului 1980 când apare importanta monografie a lui Tatossian (Tatossian, 1979), își dovedise utilitatea mai ales în analiza psihozelor. Ideea care se impusese atunci era că în cazul psihozelor se petrece un fel de „experiment natural”, care dărmă structura ierarhizată a conștiinței astfel încât infrastructura sa, cea de la nivelul „egoului transcendent”, devine evidentă, și se autonomizează, manifestându-se formal într-o manieră distorsionată ce perturbă experimentarea lumii, tematizarea acesteia și raportarea la alți oameni. Epoché-ul pe care filosoful îl realizează metodic și cu efort, se produce spontan în cazul psihozei. Doar că infrastructura astfel dezgolită nu mai este o instanță utilă meditației, filosofării, ci un document despre condițiile bazale ale conștiinței naturale. Psihopatologia psihozelor astfel evidențiată, rămâne de la început în orbita trăirilor subiective dar care sunt analizabile în arhitectura lor.

Psihopatologia fenomenologică avea de luat în considerare elementele cheie ale acestei infrastructuri a conștiinței ce se evidențiază psihopatologic și care ar reprezenta astfel repere formale general umane. Deci, transistorice și transculturale. Ideea nu a fost formulată explicit astfel în cadrul fenomenologiei. Dar ea e importantă, deoarece se poate corela cu eforturile actuale ale p.pt.e. de a descifra bazele unei psihologii general umane. Nucleele rețelei care constituie infrastructura persoanei în perspectivă fenomenologică – și care se regăsesc la nivelul superficial al „eului empiric” ancorat în banalitatea lumii vieții, – ar putea fi rezumată într-un tabel de concepte.

Tabelul 8

Cconcepte cheie privitoare la infrastructura fenomenologică a conștiinței

1. <i>Polul egoului</i> personalitatea conștiința subiectivitate ego sine trup	2. <i>Polul celuilalt</i> alter-ego tu	3. <i>Polul lumii</i> sinteze constitutive tematice
	4. <i>Zona comuniunii</i> intersubiectivitatea existența duală „noi-tate” (<i>wirheit</i>)	
5. <i>Polul temporalității</i> trecut prezent viitor prezentificare durata devenire		6. <i>Polul spațialității</i> distanțele interpersonale între zona intimă și cea publică
	7. <i>Polul situației</i> actualizare a fi în situație	
8. <i>Polul identității biografice</i> durata biografică		9. <i>Polul judecării</i> atitudine (poziționare) antepredicativă judecare (constituire) tematizare/valorizare

Acest tabel nu derivă doar din moștenirea ideatică a lui Husserl ci din ansamblul elaborărilor celor ce s-au apropiat și preocupat de fenomenologie. Faptul că fenomenologia se centrează pe câteva aspecte esențiale ale psihismului uman, îi conferă particularitățile unei abordări sintetice, a luării în considerare a unor instanțe fundamentale a psihismului, dincolo de fragmentarea acestuia în funcții, abilități, competențe, modalități situaționale, stiluri variate etc. În aceasta constă și avantajul dar și dezavantajul acestei metodologii de abordare.

Psihopatologia de orientare fenomenologică a început să se constituie după 1920 sub influența curentelor filosofice majore ale vremii. Fenomenologia lui Husserl a fost o referință centrală dar nu unică. Minkowski, care a publicat în Franța, a fost mult influențat de filosofia lui Bergson, care acordă o mare importanță timpului trăit, intuiției și evoluției creatoare. Importantă a fost școala elvețiană dominată de Binswanger, care o bună perioadă de timp a fost marcat de Heidegger, de analitica „Dasein”-ului pe care acesta o face în cartea *Ființă și Timp*. Un alt filosof influent pentru această doctrină a fost Max Scheller.

Inițial mișcarea psihopatologiei fenomenologice s-a dezvoltat în Elveția, Germania și Franța prin autori ca: Binswanger, Storch, Straus, von Gebattel, Tellembach, Wirsch, Blankenburg, Kraus, Minkowski, Tatossian. Relansarea sa recentă în perspectiva intersubiectivității, narativității și hermeneuticii – care invocă dintre filosofi în primul rând pe Merleau Ponty și Ricoeur – se afirmă prin autori din multe zone, predominant din Marea Britanie, SUA, Danemarca, Italia, Franța, Germania. Revistele și publicațiile în acest domeniu sunt în creștere, la fel ca și colaborarea cu cognitivismul.

Pt.f. nu comentează direct psihopatologia clinică în perspectiva criteriilor de diagnostic și sistematizare a entităților maladive psihice. Dar, abordarea fenomenologică are o strânsă legătură cu principalele sindroame psihopatologice, ea referindu-se la o sesizare directă a configurării acestora, fără intermedierea metodologică a listelor de simptome care se cumulează statistic semnificativ. Accentul este pus pe coerența „fenomenelor” psihopatologice. (Tatossian). Husserl sugera și faptul că subiectul investigator poate surprinde direct esența unui fenomen configurat prin procesul cognitiv al „sesizării esenței” – (Wesenschau).

Se cere subliniată și ideea lansată de Minkowski (Minkowski, 1936; 1966) a percepției și resimțirii „atmosferice” a realității. Aceasta se referă la context și e complementară percepției direcționate în situație pe un obiectiv precis, pe care-l identifică, îl delimitează și îl analizează categorical. Orice „obiect”, „obiectiv” sau „zonă de obiectivitate” a lumii vizate, dincolo de elementele individuale articulate între ele și corelate într-o structură, este învăluit de un fundal, de un cotext ce poate fi înțeles și ca o „atmosferă”, care este percepută simultan, chiar dacă marginal și nefocalizat. „Atmosfera” apare ca o ofertă a ambianței, a lumii în care subiectul se cufundă, care îl învăluie; și care are pentru el o anumită tonalitate afectivă, o semnificație difuză. Perceperea centrată de o figură plasată într-un context este o temă importantă și în abordarea cognitivă a realității, care înțelege însă contextul doar ca o sursă de informații. Fenomenologia abordează „atmosfera unei situații” pornind de la semnificația globală a situației, a faptului de a fi într-o situație problematică (Tellembach).

Contribuțiile pt.f. ce vor fi comentate în continuare privitor la anumite clase nosologice ale psihopatologiei clinice vor face apel la conceptele cheie prezentate în tabelul anterior.

CERCETĂRI DE PSIHOLOGIE FENOMENOLOGICĂ ÎN DOMENIUL SCHIZOFRENIEI

Polul egoului este în mod firesc punctul de plecare al oricărei analize și comentariu în cadrul psihopatologiei fenomenologice. În fenomenologie, la fel ca în alte doctrine psihopatologice, egoul centrează subiectul și îl delimitează de tot ceea ce este non-eu, de lumea exterioară, cu diversele ei direcții și grade de realitate și ofertă. Lume ce include și alter-egouri, indiferente, îndepărtate, proxime interpătunse sau încorporate. Psihopatologia eului în schizofrenie a fost comentată substanțial chiar de la nașterea acestei științe de către Jaspers. Acesta, orientat cum era de la început spre filosofie, nu a putut să nu țină seama de tradiția idealismului german, care de la Kant la Fichte a plasat problematica eului (Ich) în centrul noii filosofii a vremii. În perspectivă psihopatologică Jaspers considera că în schizofrenie perturbarea eului este esențială, menționând 5 direcții. Acestea se referă, în prezentarea recentă a lui Scharfetter, la următoarele aspecte: – egoconsistența și coerența, – ego-demarcație; – ego-vitalitatea; – ego-identitatea; – ego-activitatea. De aproape un secol, psihopatologia schizofreniei, inclusiv în toate aspectele sale clinice, a stat sub semnul acestei semiologii. Relativ recent, Scharfetter (2003) a construit și o scală de evaluare a acestora. În ansamblu ele semnaleză o deficiență globală ce a fost etichetată de Berze ca slăbiciune a eului. Acest aspect a fost reluat recent de Parnas privitor la formele prodromale, marginale sau sechelare de schizofrenie, care sunt marcate de un ansamblu de trăiri subiective semnificative pentru deficiența energetică globală a eului. Luând ca punct de plecare scala din Bonn de identificare a „tulburărilor bazale” din schizofrenie (scala ce pune accentul pe trăirile subiective Huber și Gross), Parnas (2000) a construit un chestionar pentru identificarea trăirilor care circumscriu slăbiciunea eului din fazele prodromale sau de vulnerabilitate crescută pentru schizofrenie. Slăbiciunea eului, cu diversele sale ipostaze menționate, este invocată alături de „hiperreflexie” și de către una din cele mai influente teorii fenomenologice actuale ale schizofreniei, cea a lui Sass (2003). Acesta evidențiază autoanaliza exagerată, luciditatea chinuitoare cu care pacientul își înregistrează neputincios simptomele și incapacitățile. Slăbiciunea eului și hiperreflexia au fost studiate și de Minkowski și au stat și la baza unui studiu clasic de psihopatologie fenomenologică a schizofreniei publicat de Blankenburg (1971). Autorul german, analizând 30 cazuri în majoritate forme simple, marginale, hebefrene – scoate în evidență „pierderea simțului comun”, a naturaleții spontane a vieții de zi cu zi. Pacienții sunt marcați de slăbiciunea eului și de hiperreflexie. Informația oferită de lumea înconjurătoare, informația ce vine de la alte egouri conștiente, nu mai este structurată și ierarhizată corespunzător, în conformitate cu exigențele unei coerențe centrale. Pierderea simțului comun în schizofrenie, a „celui de al șaselea simț”, este tema unei recente sinteze a lui Stanghellini. Aceste observații și analize fenomenologice stau la baza circumscrierii unui domeniu amplu de patologie, care a fost identificat și în autismul Kanner.

Tulburarea eului în schizofrenie, sesizată în fenomenologie, a fost reactivată în ultimii ani sub titlul patologiei sinelui. Sinele nu a fost o temă centrală a fenomenologiei lui Husserl termenul consacrat fiind cel de ego. „Self”-ul (sinele) a fost însă un concept central în filosofia anglo-saxonă, fiind reactivat odată cu filosofia minții, declanșată de lucrare princeps a lui Reyle, ajungând în prezent să fie un termen central al cognitivismului contemporan. Studiile privitoare la sine (*self*) s-au amplificat progresiv în ultimele două decenii, sub patronajul cognitivismului și în corelație cu neuroștiințele. Cognitivismul reține perspectiva subiectivă a sinelui, pe care o denumește „autoritatea persoanei întâi” și pe care o polarizează cu „autoritatea persoanei a treia” care exprimă perspectiva obiectivă. Sinele studiat de cognitivism și neuroștiințe este

conceput ca având multe nivele și stând sub cupola persoanei. Fenomenologia nu are această înțelegere analitică. Ea pune însă problema globală și esențială a perturbării egoului (a sinelui persoanei) în psihopatologie.

„Celălalt”, „alter-egoul”, și relațiile subiectului cu acesta a constituit o temă centrală a fenomenologiei, invocată de Husserl către sfârșitul carierei sale ca instanță a intersubiectivității transcendente. Tema a fost dezvoltată de Merleau-Ponty (1999) ca temă a „intercorpolarității fenomenologice”. Această tematică s-a dezvoltat continuu până în prezent, mai ales o dată cu fenomenologia hermeneutică a lui Ricoeur, care aduce în discuție narativitatea ce învăluie intersubiectivitatea. Fenomenologia actuală se articulează în această perspectivă cu sociologia culturală și psihologia developmentală, care urmărește cum sinele conștient al copilului eclozează și se dezvoltă prin prezența și interrelația cu sinele conștient al mamei, al „caregiverului”. Pt.f. analizează schizofrenia ca un eșec de constituire, nu doar a sinelui ca atare ci și a dimensionării egoului printr-un alter-ego consubstanțial, concrescut, introjectat și co-format în același timp. Aceasta este tema sintezelor realizate recent de Fuchs (2005) și Stanghellini (2004). Intersubiectivitatea se constituie fragil la viitorul schizofren. Formarea ei e mediată de – și consubstanțială cu – intercorpolaritatea, proces care impregnează primul an de viață. Deficiența se petrece developmental încă de la început, când se pun bazele perceptivă și de comunicare pentru pregătirea procesului de atașament. Este blocată, din diverse cauze rezonarea și cooperarea preconceptuală cu celălalt, la nivelul integrării spontane bio-psiocorporale, a prezenței celuilalt – a mamei, a „caregiver-ului” – care încă nu este distanțat și distinct de sine la nivelul unei percepții directe, în situație. Această relaționare bazală intersubiectivă stă la baza constituirii și funcționării ulterioare a „simțului comun”. Iar alterarea acestuia la schizofreni, semnalată de fenomenologi, este în prezent un obiectiv al unor importante programe de cercetare.

Conceptul de „lume” este fundamental în fenomenologie, deoarece intenționalitatea noetică se „umple” cu conținuturi „noematice” ce vin dinspre lume, ducând la constituirea unei lumi proprii ce se articulează cu lumea comună, cu ceilalți subiecți; lume girată de știință și cultură. Lumea personală a fiecăruia se integrează în lumea comunitară, se formează din aceasta și participă la metamorfoza ei. Pentru Heidegger existențialul fundamental al Dasein-ului este faptul-de-a-fi-în-lume. Pt.f. a preluat ideea și a aplicat-o de la început, fără dificultate, lumii autiste a schizofrenului, care a fost descris de Bleuler ca retrăgându-se în lumea sa proprie. În cartea sa despre schizofrenie, apărută la începuturile mișcării fenomenologice, Minkowski a descris pe lângă „autismul sărac” a lui Bleuler un „autism bogat”. Conștiința schizofrenului e plină de conținuturi mai mult sau mai puțin anormale. Ea poate fi bogată în idei și elaborări ideatice; dar acestea sunt lipsite de elementul care să le atașeze la lumea comunitară, să aibă aderență la alții și pragmatism realizator. Schizofrenul care a pierdut „contactul vital cu realitatea” este un apragmatic. Binswanger (1958, 1970) a dezvoltat tema lumii proprii a schizofrenului, care evoluează paralel cu cea „real-comunitară”, el a dezvoltat și ideea biografiei interioare, a unei istorii subiective a propriei existențe, care în mare măsură se desfășoară în imaginarul propriei lumi. Inspirându-se din fenomenologie, Laing a comentat „călătoriile interioare” imaginare, pe care le fac mulți oameni, inclusiv când consumă droguri. Privitor la schizofrenie, un alt fenomenolog-antropolog, Wirsh a comentat persoana schizofrenului ca putându-și desfășura existența concomitent sau alternativ în două lumi, cea real comunitară și cea proprie, psihopatologică. Ideea autismului, dezvoltată de la începutul lansării noțiunii de schizofrenie de către Bleuler și Minkowski a fost centrală pentru această tulburare până la sintezele făcute în anii '60 de Ey. Ulterior, termenul de autism s-a cantonat la boala descrisă de Kanner la copii. În schizofrenie, în urma terapierilor medicamentoase și a programelor de reabilitare psihosocială, suferinzii nu doar că devin tot mai sociabili și integrați comunitar, ci și își reorganizează lumea lor interioară. Problema lumii proprii a psihoticului este integrată în proiectele de management, în sensul conceptului de „recovery”. Adică, de organizare a înțelegerii de sine a pacientului, a propriei poziții în lume și a propriului drum de viață, sprijinindu-l să înțeleagă că boala îi deformează parțial psihismul, îi induce deseori simptome și îi impune restricții; dar că proiectele existențiale pot continua rațional și eficient.

Preocuparea pentru timpul trăit în sens subiectiv nu apare în prim planul analizelor fenomenologice a schizofreniei. Și aceasta, deoarece pacientul nu ajunge de obicei să structureze un prezent pregnant. Toți psihopatologii care au observat și analizat schizofrenia au remarcat „detașarea” acestor suferinzi față de ambianță și față de prezent, chiar și atunci când nu are loc o retragere autistă. Schizofrenul tipic a apărut ca o persoană stranie, ciudată, care se raportează la situații și la alții în mod aluziv, vag. În analizele sale de cazuri, Binswanger insistă asupra manierismului schizofren, ca expresie a unei goliciuni interioare, a unei depersonalizări și lipse de substanță, a unei incapacități de sinteză psihică a prezentului trăit. În joc e fragmentarea, deficiența de coerență centrală. Aceasta se face simțită și în formularea narativă a schizofrenului, incapabil de a povesti coerent și

pregnant despre cele la care a participat sau despre propriile experiențe de viață. Aceeași „inconsistență” se întâlnește și în ceea ce privește trăirea și relatarea identității biografice a schizofrenului.

Privitor la trăirea spațialității, Minkowski (1999) a comentat un mod special de „spațializare a psihismului” schizofren, corelat geometrizării. Stereotipia și căutarea absurdă a simetriei în comportament, expresie și redactarea textelor sunt exemple în această direcție. Ele trimit spre o zonă de intersecție cu patologia obsesiv-compulsivă gravă în care preocupările față de ordine și ordonare se manifestă pregnant și ciudat. Cele menționate se referă la raportarea la spațiul fizic. În ceea ce privește spațialitatea specifică antropologiei, cea a distanțelor interpersonale care se extind între intim și public, schizofrenul alunecă în afara ei, raportarea sa față de „celălalt” fiind în esență cea abstractă, față de „oricine” sau „nimeni”. Adică similară cu raportarea față de obiecte inanimate sau personaje fictive.

În ansamblu, studiile de pt.f. în schizofrenie au evidențiat existența unor perturbări fundamentale, pe care listele de simptome nu fac decât să le detalieze și sistematizeze. Sinteza egoului, a sinelui, identitatea sa cu sine, limitele sale, instituirea interioară a unei bune relaționări cu „celălalt” în contextul intersubiectivității, sentimentul apartenenței la sine a propriilor decizii și a capacității de a-și păstra secretele – tulburare pe care o exprimă fenomenele de transparență și influență – sentimentul coerenței sintezei și eficienței acțiunilor în lume – a căror deficiență o exprimă dezorganizarea psihică – toate aceste aspecte ale psihopatologiei schizofrene apar prin perturbarea unor structuri fundamentale ale existenței umane normale. Dar felul în care fenomenologia abordează de exemplu instanța egoului indică și o anumită lipsă de nuanțare. La acest nivel în prezent se comentează instanța sinelui care e diferențiată în protosine, sine nuclear, sine biografic și metareprezentational și persoană, perspectivă mult mai nuanțată. Condițiile în care se acceptă un pluralism a punctelor de vedere doctrinare și metodologice, pt.f. își păstrează și își dezvoltă în prezent contribuțiile tradiționale la psihopatologia schizofreniei și intră în dialog cu alte direcții de cercetare.

PREOCUPĂRILE pt.f. ÎN DIRECȚIA TULBURĂRILOR AFECTIVE

Acestea erau considerate înainte de DSM-III, în tradiția lui Kraepelin, ca psihoze. O lucrare de referință a pt.f. în direcția tulburării maniacale este *Ideenflucht* a lui Binswanger (1993). Mania a fost considerată de fenomenologi în primul rând ca o tulburare a trăirii temporalității, ca o de-situaționalizare a trăirilor, ce se afirmă odată cu această stare psihopatologică într-un prezent atemporal. Minkowski sugerase deja că dincolo de conținutul ideo-afectiv, infrastructura spațio-temporală specifică constituie un plan mai adânc al trăirilor conștiinței, perturbat în psihoze. Pentru manie caracteristica ar fi acutizarea trăirii prezentului, deschis spre un viitor a toate posibil. Rămâne deschisă problema articulării acestei trăiri cu un model antropologic natural. Pentru manie trimiterea de referință ar putea fi spre participarea intensivă la timpul și situația specială a sărbătorii, care dezarticulează subiectul din ancorarea cotidiană în structura organizată a muncii. Nu mai funcționează înrădăcinarea în trecut, viitorul nu mai e ierarhizat de posibilități reale. El este „liber flotant”, orice apare ca posibil și imediat realizabil. Iar prezentul e trăit dezinhibat, accelerat și ludic, cu sentimentul omnipotenței egoului. Distanțele interpersonale dispar, orice persoană necunoscută e tratată ca una familiară. În această perspectivă fenomenologică nu e vorba deci de simptome, ci de distorsiunea unui anumit mod de trăire și asertare a egoului, aflată în repertoriul uman, ce se decontextualizează și se manifestă cu o infrastructură spațio-temporal perturbată. Egoul – sinele – maniacal, ludic și încrezător în sine, e lipsit de profunzime, de înrădăcinare în biografie și în proiecte reale, incapabil de a structura prezentul ca situație semnificantă, frustrat de șansa unei deveniri consistente.

Depresia – și mai ales melancolia – a preocupat pt.f. mai mult decât mania. Problemele analizate sunt aceleași: polul egoului, relația cu ceilalți și cu lumea, spațio-temporalitatea antropologică și faptul-de-a-fi-în-situație, situație prin intermediul căreia subiectul se articulează, se proiectează în lume. Toți fenomenologii pleacă de la constatarea evidentă că depresivul se retrage din prezent, din prezența sa la realitatea actuală, repliindu-se vinovat pe sine, pe trecut. Dar această retragere din situație, din contactul cu lumea și cu ceilalți, e diferită calitativ de cea din autismul schizofren; deși, din punct de vedere semiologic tot ca „retragere socială” poate fi etichetată. La schizofren nu se poate construi sau se construiește dificil și e fragilă însăși identitatea egoului, structura temporalității identitare a subiectului, datorită deficienței de coerență centrală. La depresiv din contră, centralitatea identității e chiar exagerată. Iar retragerea sa e pe însăși axa timpului, a duratei existențiale proprii care se menține ca un ultim suport. Depresivul însă părăsește viitorul, care nu mai e conceputibil (prin lipsă de speranță, ruină), retrăgându-se și din prezent, din situațiile actuale (lumea nu-l mai interesează, nimic nu îi face plăcere și nu-l mai atrage). El se concentrează pe trecut sub semnul

devalorizării și vinovăției. Trecutul pe care se fixează melancolicul este și el atemporal, desituționalizat. Timpul se scurge încet sau chiar se oprește. Subiectul apare ca blocat, într-o „eternitate” negativă. Raportarea la sine a egoului e devalorizantă, sinele e negat valoric, ca energie, capacități, putere de decizie etc. În raportarea sa la „celălalt”, depresivul nu doar că se izolează ci și se simte esențialmente incapabil și vinovat, dincolo de orice argument.

În cazul depresiei, pt.f. s-a aplecat cu un anumit interes, împreună cu psihopatologia clinică tradițională (germană), spre zonele intermediare ale alunecării patologice dinspre ancorarea firească în situație și biografie, spre patologie. Această atitudine a condus la un interes crescut și pentru caracteriologie și pentru faptul de a fi în situație.

Existența personală se desfășoară și se structurează în mod normal prin parcurgerea și integrarea unor situații de viață semnificative la care subiectul participă activ. Acestea pot avea diverse amplitudini, de la trăirea unui eveniment acut la împlinire a unor proiecte existențiale de largă respirație. Faptul-de-a-fi-în-situație presupune nu doar înțelegerea acesteia ci și o reală participare, un atașament față de lume, față de cei cu care subiectul colaborează, alături de care el există. El se raportează la această lume activând lumea sa interioară care se compenetrează cu situația. Faptul e evident mai ales în ceea ce îi privește pe „ceilalți”, ființele umane apropiate de subiect, cu care el își împletește viața în cadrul proiectelor în care e angajat și a situațiilor pe care le parcurge. Când subiectul pierde ceva important din lumea în care există și de care e atașat – iubită, prieteni, avere, idealuri – el devine depresiv.

În raport cu normalitatea biografică comprehensibilă a depresiilor cauzate de pierderi, psihopatologia de inspirație fenomenologică a încercat o dată cu Tellembach (1983) să înțeleagă și formele intermediare, de tranziție spre starea melancolică. Analizând cazuri de depresie monopolară – deci cazuistica exemplară pentru depresie – autorul menționat aduce în discuție corelația dintre vulnerabilitatea personală, situația reactivă și bio-psiho-ritmurile antropocosmice. Primul aspect se referă la un tip special de persoană pe care îl etichetează ca tipus melancolicus. Acesta se caracterizează prin preocuparea exagerată față de ordine și munca conștiincioasă. Parcurgerea situațiilor de viață se realizează mai puțin spontan, există o nevoie crescută de a ști că totul se află sub control, în ordine, că totul e perfect realizat. Astfel de trăsături au fost descrise și la tipul anankast (Petriłowitsch) care manifestă însă o tendință spre dispersie pe când melancolicul una spre centralitate (Stanghelini, Mundt). În plus, *Tipus Melancolicus* pariază maximal pe norme exterioare, prezentând astfel un fel de „nomopatie” (Kraus). Această crispăre maschează o vulnerabilitate de fundal care se poate manifesta odată cu schimbările ce apar în cursul natural al vieții. La prima vedere aceste situații ar apărea mai puțin reactogene ca pierderea sau eșecul. Dar, pentru tipus melancolicus ele reprezintă o situație specială, un călcâi a lui Achile, dată fiind marea propensiune spre ordine, spre tradiția statornicită într-o anumită ordine. Astfel, depresia poate apărea și în condiții în care aparent e mai puțin comprehensibilă, datorită vulnerabilității de fundal, încrustată în tipologia caracterială.

Tellembach continuă analiza instalării aparent necomprehensive a depresiei care desituționalizează subiectul, invocând ritmicitatea și momentele critice ale existenței. Încă Schneider a adus în discuție un aspect special al condiționării reacțiilor psihice anormale (Erlebnisreaktion) și anume sensibilitățile dispoziționale ce oscilează bioritmice (Hintergrundreaktion). Tellembach pleacă de la faptul că patologia „endogenă”, cea în care se înscriu tulburările afective și melancolia, se desfășoară periodic, ciclic. Acest fapt este un aspect curent în biologie unde biopsioritmurile sunt reglate de fenomene cosmice: zi/noapte, fazele lunii, anotimpuri. El subliniază că și existența umană are ritmicitatea ei specifică, vizibilă în muncă, structura săptămânii, vacanțe, sărbători, programe educaționale, ritualuri sociale. Biopsioritmurile antropocosmice marchează persoana umană, fundalul desfășurării proiectelor existențiale. Această ritmicitate, odată interiorizată în structura persoanei, induce perioade de viață particulare, cu diverse sensibilități și predispoziții. Acest fundal transbiografic se poate manifesta la tipus melancolicus în conjuncție cu structura sa particulară, cu biografia cumulată și cu situația de schimbare, pentru a induce, aparent puțin comprehensibil, o stare depresiv melancolică.

Invocând biopsioritmurile antropocosmice Tellembach aduce în discuție o zonă de intersecție dintre moștenirea biologică a omului și amprenta specific umană a periodicității; ca aspect important în psihopatologia endogenă. Perspectiva biologică care e invocată aici nu se referă însă la mecanisme și funcții specifice ci la o considerare globală, în sensul în care „viața”, „Biosul” a fost invocat și cultivat în filosofia secolului XIX de către Schopenhauer, Nietzsche, Dilthey și apoi Husserl. Această moștenire teoretică, deși vagă și insuficient structurată, rămâne o invitație de studiere a psihopatologiei psihozelor, ce nu a fost încă onorată suficient. Dar care se menține, ca o provocare.

ABORDAREA FENOMENOLOGICĂ A DELIRULUI

Fenomenologia a abordat problema delirului pornind de la concepția sa privitor la relația între egoul empiric și cel transcendent. În cursul vieții de zi cu zi, în „lumea vieții”, subiectul abordează și rezolvă o serie de probleme practice prin egoul său empiric. Acesta are în adâncime, un „ego transcendent”, la care nivel sunt posibile o serie de atitudini fundamentale ale conștiinței, în raport cu lumea, celălalt și cu sine. În „unghiul de deschidere” al acestor atitudini fundamentale se dezvoltă universul problematic al vieții curente. În delir s-ar petrece în primul rând o tulburare a acestei structuri ierarhice, egoul transcendent ieșind la suprafață cu una sau câteva din poziționările sale bazale, ca de exemplu suspiciunea, megalomania, autodeprecierea, căreia îi subordonează varietatea empirică. Lipsa structurării ierarhice și a distanței dintre cele două egouri ar condiționa rigiditatea și stridența conștiinței delirante. În al doilea rând, chiar la nivelul egoului transcendent, conform fenomenologiei, s-ar realiza o continuă sinteză temporală, dintr-o zonă bazală a conștiinței prerenflexive care se raportează apoi la sintezele conștiinței tematizate. Și din această perspectivă avem în cazul delirului o blocare, un deficit al genezei și sintezei tematizante, fapt ce ar conduce la rigiditatea convingerii delirante, la aberația tematicii și imposibilitatea corectării ei.

Psihopatologii fenomenologi au folosit limbajul conceptual tehnic al fenomenologiei husserliene, care este destul de complicat. Un aspect important este că pt.f. are în vedere delirul ca o modificare a conștiinței la un nivel mai bazal decât ceea ce se petrece la nivelul empiric, psihologic. De aceea, termenul clasic de „convingere patologică” nu e utilizat decât în mod secund. Încă Zutt și Kullenkamp (1963) au comentat delirul ca o poziționare („stand” în germană) aberantă a egoului transcendent, care perturbă din profunzime „așezarea” subiectului în structurile de ordine ale lumii, în familie, în ierarhiile oficiale, în relațiile publice. Tematizarea delirantă în sens de convingere între o idee și temă ar fi un fenomen secund, important desigur pentru diferențierea și clasificarea delirului. Ulterior Blankenburg a comentat deficitul de geneză și constituire a egoului transcendent, care, pe de o parte susține rigiditatea delirului, pe de altă parte face ca egoul să fie uneori inconsistent, plasându-se în sinteze tematice ce pot fi confabulate. Oricum, perturbarea structurilor transcendente ale egoului face ca să nu mai fie posibilă sinteza intrapsihică a alteregoului, fiind astfel perturbată intersubiectivitatea. Delirantul nu poate trăi firescul, banalitatea dar și bogăția sufletească a prieteniei și dragostei așa cum se întâmplă în viața curentă. De asemenea, concepția despre lume a delirantului se organizează după linii de forță neobișnuite care își au rădăcina în deficitul egoului transcendent și în relația perturbată a acestuia cu egoul empiric.

Elaborările fenomenologice în direcția delirului au fost un timp trecute în plan secund, cercetările dezvoltându-se pe baze cognitive, care ofereau și șansa unor studii experimentale și a documentării neurocognitive. Totuși, odată cu revigorarea recentă a fenomenologiei, problemele au fost reluate. De exemplu, Stepens și Graham (2007) critică înțelegerea delirului ca și convingere patologică, adăugându-se astfel unei suite de critici deja făcute de Berrios (1996), Fulford (1994), Sass (1994), Currie (2000). Referința la convingerea patologică, nu explică suficient fenomenele afective și comportamentale precum nici aspectele imaginative și de distorsiune a interpretărilor din delir. Autorii propun o teză a perturbării poziționării profunde, folosind expresia engleză „stance” (similară cu tradiționalul „stand” german). Teoria avansată (*Delusional Stance Theory* – DST) are două componente. DST I: toate delirurile sunt în esență „atitudini” de ordin înalt, care constituie un fel de poziționare față de conținuturi mentale de ordin mai inferior, care nu se reduc la aspectul cognitiv al convingerilor; DST II: acest nivel înalt implică faptul că persoana delirantă se identifică cu conținuturile relevante de ordinul superior așa de mult încât aceste conținuturi devin infailibile și incorijibile.

În prezent, în abordarea psihopatologică a delirului există o constantă interferență între cognitivism și elemente ale abordării fenomenologice.

* *

Articularea fenomenologiei cu cognitivismul a deschis calea și altor direcții de cercetare utile psihopatologiei. De fapt, psihopatologia fenomenologică a continuat să se dezvolte în umbră mai ales pe tema intersubiectivității bazate pe „intercorporeitate” și narativitate. Domenii de cercetare care s-au dovedit fecunde și pentru psihopatologia developmentală.

Fenomenologia a început să se intereseze de intersubiectivitate spre mijlocul secolului XX când Husserl, la sfârșitul operei sale, a încercat un răspuns la întrebarea: care este certitudinea existenței celui alt de vreme ce din punct de vedere fenomenologic avem doar certitudinea existenței de sine? Soluția pe care a intuit-o și a expus-o în cea de a cincea „Meditație cartesiană” a fost că, în cadrul percepției lumii – care are obiectivitate prin oferta noematică – subiectul transcendențial întâlnește percepția propriei corporalități care are „obiectivitatea” lumii. Și care, este analogă percepției „încarnate” a altui subiect conștient a cărui ego se deschide și el spre subiectivitatea transcendențială. Se constituie astfel o instanță a „intersubiectivității transcendențiale” care stă în spatele științei fizico-matematice care vizează lumea obiectivă. Această idee a fost dezvoltată ulterior, impunându-se prin cartea de referință a lui Merleau Ponty „*Psychopathologie de la perception*”. Autorul, făcând apel și la cunoștințele neuropsihologice ale vremii, accentuează fundamentul de „intercorporeitate” a intersubiectivității. În perspectiva existenței conștiente, corpul apare atât ca un instrument complex de acțiune, comunicare, implicat în dragoste, dans, rugăciune cât și ca sediu al „conștiinței încarnate”. În ultimele două decenii ideea a fost reluată de noua fenomenologie – care face apel și la discursivitatea narativă și hermeneutică – înmulțindu-se interpretările psihopatologice în această direcție. De fapt psihopatologia de orientare fenomenologică a comentat încă din prima sa perioadă diferența subliniată de Zutt și Pauleinkopf între: „corpul portant”, resimțit ca sediul al „sufletului”, ca topos de înrădăcinare și suport al identității (și care e perturbat mai ales în depresie) și corpul expresiv, fiziognomic, al apariției publice a cărei patologie se evidențiază mai ales în manifestările histerice, dismorfofobice și anumite forme ale relației senzitive și paranoidiei. Odată cu reluarea acestei tematici fenomenologice, s-au făcut conexiuni cu actualele concepții cognitive privitoare la nivelele sinelui.

Psihologia dezvoltată asistă la nașterea unei subiectivități în mijlocul corporeității umane a copilului, care se prezintă la început, aparent, doar ca o ființă biologică. Dar care de obicei are în spate o preexistență a copilului în mintea, în dorința și în expectația părinților, care și-l doresc, îl concep în intenție, apoi îl imaginează, și care comunică cu el în varii forme înainte de a se naște. După naștere la prima vedere există o relație psihocorporală între mamă și sugar. Dar în spatele acesteia, intersubiectivitatea funcționează de la început. Sau cel puțin e prezentă ca un câmp în a cărui linii de forță se organizează progresiv tot mai diferențiat sinele copilului, în relaționarea sa intersubiectivă cu sinele mamei, a părinților și a celorlalți oameni. Sine de la început încorporat, ca protosine, apoi structurându-se ca sine nuclear și în sfârșit ca sine biografic și autoetic.

O altă direcție în care fenomenologia e prezentă în psihopatologia actuală e marcată de orientarea existențialist fenomenologică (Kraus). Aceasta urmează mai puțin liniile directoare ale filosofiei lui Husserl inspirându-se și din viziunea lui Jaspers și Heidegger. Punctul de plecare îl constituie tot trăirile curente ale oamenilor, pe fondul cărora apar și fenomene mai deosebite așa cum sunt stările de entuziasm, extaz, contemplare, rugăciune, credință, transă. Toate acestea au corelații cu fenomenologia trăirilor delirante și halucinatorii.

Cercetările screening din ultimul timp privitoare la prezența psihozei în populația generală indică cote importante pentru delir și halucinații. Deci nu doar anxietatea, depresia, obsesia sau hipomania sunt frecvente în viața de zi cu zi, ci și trăirile „psihotice” de tip delirant, fie ele mai scurte sau persistente, mai intense sau mai puțin intense. Plasându-se la un pol opus față de perspectiva nomotetic-statistică, psihopatologia fenomenologico-existențialistă comentează și analizează faptul că însăși procesul creator, de orice fel, presupune o tensiune psihică deosebită, o stare sufletească și o idee care se detașează față de trăirile obișnuite, e particulară, de obicei „excentrică”, oricum anormală. Dacă această „inspirație creatoare” se dezvoltă ulterior consistent sau nu, este o altă problemă. Pentru a exista „inspirație” și „creație” de nivel înalt, trebuie să existe și un nivel minor sau banal al acestei arii de trăiri. Tensiune creatoare care uneori poate eșua în delir sau dezorganizare psihică. În aceeași problematică se poate plasa fenomenul „îndrăgostirii”, care e un proces sufletească interior bazal, diferit de obișnuitele relaționări interpersonal-sociale sau de stările reactive. Și acest proces poate urma o cale firească de structurare prin afecțiune și comuniune reciprocă existențială sau poate eșua psihopatologic. În sfârșit, marea problematică tradițională a trăirilor religioase presupune de asemenea o implicare subiectivă psihologică profundă și totală. Relevarea credinței într-o ființă transcendențială, devoțiunea în credință, rugăciunea, comuniunea și comunicarea cu divinitatea, ascultarea „vocii” lui Dumnezeu etc., sunt fenomene psihologice milenare, care nu au avut corelație, în esența lor definitorie și integrată social, cu psihopatologia (Hamilton, 2007; Jackson, 2007). Faptul de a crede în divinitate, de a te afla în relație specială cu aceasta, era în societățile tradiționale și este în multe societăți actuale un aspect al normalității. Devierea de la normă în sens patologic se produce doar dacă intervine un minus antropologic, o deficiență psihică disfuncțională care induce și

dezadaptabilitate. În aceeași linie problematică se înscriu o parte din fenomenele pe care le studiază psihologia transpersonală. Merită a nu se uita că, în urmă cu câteva decenii, Maslow enumera printre condițiile de normalitate ale persoanei, capacitatea de a avea experiențe deosebite, „fenomene pick”. Fără de ele, ar fi imposibile inspirație, creativitatea, entuziasmul.

Cele menționate mai sus nu se înscriu direct în parametrii doctrinari ai pt.f și nu sunt toate menționate explicit de cei care, ca și Kraus, punctează orientarea spre o psihopatologie fenomenologică antropologică, existențialistă. Dar, această problematică se articulează cu ea.

Un alt aspect pe care unii psihopatologi actuali orientați spre doctrina fenomenologică existențialistă îl abordează, este conceptul faptului-de-a-fi-în-lume. Acesta a fost lansat de Heidegger în cartea *Ființă și Timp* în care, preluând o idee a lui Kant, susține că înainte de a comenta problemele pe care le ridică filosofia e necesar să analizăm cine și cum e ființa care-și pune problema ființei. Adică omul, pe care-l comentează sub conceptul generic de „Dasein”. În raport cu aceasta Heidegger desfășoară în maniera fenomenologică o analiză existențială, aducând la lumină liniile de forță fundamentale care-l caracterizează, condițiile de posibilitate transcendentală ale ființării sale, în vederea punerii problemei ființei. Între acești existențiali, principalul e considerat „faptul-de-a-fi-în-lume” idee prin care Heidegger încercă să depășească, în manieră fenomenologică, polarizarea subiect-obiect. Lumea e considerată într-un fel consubstanțială Dasein-ului, care se transcende nemijlocit în ea. Acest concept de lume este unul generic, incluzând tot ceea ce ar putea fi considerat lume culturală istorică sau lume individuală.

Ideea „faptului-de-a-fi-în-lume” a devenit de la început stimulată pentru psihopatologii de orientare fenomenologică, primul și principalul comentator în această direcție fiind Binswanger. Acesta a actualizat celebra formulare a lui Heraclit: „în somn fiecare trăiește în lumea lui, dar cei trei trăiesc într-o lume comună”. Dat fiind că în acea epocă Bleuler și Minkowski comentaseră cu succes autismul schizofren, s-a dezvoltat ideea că psihoticul se retrage „în lumea lui” nemaiputându-se conecta la cea comunitară. Heidegger a protestat împotriva acestei interpretări subliniind că analitica Dasein-ului pe care o făcuse constituia un demers filosofic, fără legătură cu științele empirice și deci cu psihopatologia. Împreună cu Boss a făcut un comentariu privitor la limitele problematicii psihopatologice în raport cu speculația filosofică. Binswanger a mai lansat ideea unei „biorafii interioare” care se desfășoară în subiectivitate ca un drum sau o devenire a Dasein-ului, care la psihotic eșuează. Ulterior Binswanger a renunțat la trimerile la concepția lui Heidegger reorientându-se spre elaborările lui Husserl din ultima perioadă de gândire a acestuia. Totuși, ideea a persistat. Concepția „faptului-de-a-fi-în-lume” este în prezent dezbătută din nou în cadrul psihopatologiei de orientare fenomenologico-antropologică de mulți autori între care Gallagher (2009). Kraus încearcă chiar să invoce „existențiali” prezența de Heidegger în *Ființă și Timp* ca structuri a priori și transcendente ale Dasein-ului, în sensul unor dimensiuni de tip modular, care s-ar perturba sau s-ar manifesta deviant în cazul tulburării psihice. Deși prin aceasta e subliniată ideea că starea psihopatologică derivă din disfuncții ale structurii normale a psihismului, ideea pe care o susține Kraus face referință doar la o elaborare filosofică clasică, a structurării ființei umane. Problema e desigur importantă și reală dar în perspectiva științifică ea beneficiază în prezent mai mult de aportul doctrinar și de cercetările în direcție evoluționistă, cognitivă și dezvoltamentală, care susțin funcționarea modulară a psihismului uman, centrat de structura unui sine conștient.

Psihopatologia fenomenologică pleacă direct de la subiectivitatea conștiinței, deci de la un aspect cu totul specific al existenței umane. Ea relevă însă o structură ierarhică a acestei conștiințe și urmărește cum în psihopatologie se produce o distorsiune, o prăbușire sau dezorganizare a acestei structuri. Luarea în considerare a câtorva instanțe cheie a existenței conștiente a omului, permite o analiză sintetică și organizată a tulburărilor psihopatologice, cu accent asupra unor aspecte pe care alte doctrine le ignoră. Astfel este de exemplu spațio-temporalitatea specifică a psihismului conștient, asertarea subiectului, afirmarea sa în lume prin intermediul situațiilor, universul bogat a relaționării intersubiective etc. În conjuncție cu tradiția existențialistă pt.f. analizează starea anormală a subiectului în situații variate, urmărește nuanțele trăirilor omenești normale și patologice. Ea este servită în această direcție de apelul pe care îl face constant la cultură, la literatură, astfel încât polarizarea între definirea câtorva instanțe esențiale și bogăția de trăiri circumstanțiale, comentate nuanțat, diversifică universul psihopatologic. În plus, ea pune accentul pe trăirea situațională, pe faptul de a fi în situație semnificativă, situație ce e trăită atât ca centrată de o temă și un obiectiv cât și în mod difuz „atmosferic”. Referirea la trăirile situaționale se corelează cu faptul că p.ft. abordează psihopatologia ca „fenomene” umane excentrice, anormale. Abordarea prin prisma fenomenelor se plasează la un pol opus față de abordarea prin „liste de simptome” (Tattosian). Iar aceste

„fenomene psihopatologice” se pot corela neproblematic cu concepția modulară, ce vine dinspre p.pt.e. și cognitivism.

8.4. CREIERUL SOCIAL ȘI SINELE ÎNCORPORAT

P.pt.e. subliniază faptul că în dezvoltarea omului un rol central l-a jucat preocuparea prosocială a hominizilor în vederea intercolaborării. Creierul, care a fost organul țintă a evoluției, nu poate să nu reflecte acest fapt. În continuitatea acestei înțelegeri p.pt.d. e atentă la faptul că procesul de personogeneză se realizează printr-un îndelungat și strâns comerț psihologic al copilului cu alte persoane care astfel îl formează „impregnându-l” cu umanitatea lor. P.pt.c. acordă o importanță centrală învățării sociale și bazelor cerebrale ale relaționării interpersonale. Colaborarea ei strânsă cu neuroștiințele a condus la decantarea conceptului de „creier social” (Secară, 2007). În sfârșit, fenomenologia care pune accentul pe subiectivitatea conștientă, s-a relansat în ultimele decenii studiind tema intersubiectivității, bazată pe „intercorporeitate”, apropiindu-se astfel mult de cognitivism dar preluând și moștenirea psihanalizei.

În cadrul cogniției sociale un moment developmental cheie îl constituie apariția la 3–4 ani a fenomenului ToM – al mentalizării – expresie a dezvoltării sinelui nuclear. În cadrul acestui fenomen copilul se manifestă cunoscând intuitiv starea mintală a altora, atribuindu-le corect intenții și opinii situaționale și distingând astfel mintea altora de mintea sa, de cunoașterea, intențiile și opiniile sale. Fenomenul ToM care în prezent e încorporat în capacitatea mai cuprinzătoare a „mentalizării”, e adaptativ permițând anticiparea comportamentului celuilalt în vederea coordonării acțiunilor. Recunoașterea altor persoane ca distincte de sine presupune și o percepție de sine, ca realitate distinctă de lume și de alții. Acest proces are și el o bază în funcționarea „creierului social”. Făcând trimitere directă la ToM, unul dintre primii autori ce au studiat temeinic fenomenul, Frith (1992) scrie: „*Creierul social implică în primul rând sistemul limbic, în mod particular amigdala, cortexul frontal orbital, cortexul cingulat anterior și cortexul temporal superior*”. De fapt e greu de a delimita „creierul social” deoarece trebuie avute în vedere faze succesive, precum: – înainte de ToM se constituie perceperea integrată a sinelui și a altora, ca realități distincte și semnificative fapt ce implică dirijarea atenției de către cerebel; – după ToM intervine metacogniția ce integrează experiențele sinelui cu alții, de-a lungul biografiei, fapt ce implică intens structurile memoriei, hipocampusul. Apoi, intră în joc și funcțiile executive, zona „neuronilor oglindă”, autocontrolul emoțiilor și agresivității (realizată prin lobul prefrontal), utilizarea limbajului ș.a.m.d. Deși extrem de complexă, problema „creierului social” s-a impus studiului și se poate referi la cunoștințe destul de ferme.

*
**

La subiecții normali adulți identificarea figurilor umane are loc în aria facială fusiformă din girusul temporal (cortex ventral temporo-occipital). Aceasta se activează selectiv la fețe umane și chiar la imaginarea acestora și encodează configurația fețelor. La copiii mai mari ea se activează bilateral la vederea fețelor iar după 14 ani mai puternic în emisfera dreaptă. Recunoașterea emoțiilor faciale e pendinte și de amigdală. Ea se activează de exemplu la percepția unei fețe amenințătoare și transmite informația ariilor corticale. În partea posterioară a șanțului temporal superior se encodează direcția privirii persoanei percepute. Amigdala proiectează direct informațiile în cortexul orbito-frontal; zona medială a acestuia e activată predominant de fețe atractive iar părțile laterale de expresia facială de furie. În situația relațională socială naturală, indivizii se uită spre regiunea ochilor ca să obțină informații despre ce gândește și vrea o persoană, dar procesează informativ întreaga față percepută ca o configurație coerentă. În plus, trebuie să existe un interes pentru fețele umane (în autism acest interes lipsește, fața e percepută fragmentar sau cu detalii ne semnificative, interesul poate fi nu pentru ochi ci pentru gură sau zone laterale). După percepția corectă a fețelor altora, această informație circulă în zone asociative care aduc informații despre identitatea sa și semnificația sa pentru subiect. E implicat cortexul prefrontal dorsolateral, responsabil de memoria de lucru.

Anticiparea intențiilor din mintea celuilalt are ca punct de plecare anticiparea comportamentului său motor, premisele cerebrale ale acestuia fiind neuronii oglindă prezenți la antropoidele superioare. Începutul problemei ToM apare odată cu descoperirea la macaci în Aria F5 a unor neuroni care se activau nu doar când

mămăuța execută o acțiune și când urmărea executarea unei acțiuni similare de către altă mămăuță. La om aceștia sunt localizați în primul rând în șanțul temporal superior – STS – dar și în girusul frontal superior și lobul parietal inferior (nucleul dințat). Neuronii se activează la executarea unei acțiuni sau la planificarea ei (neuroni oglindă) dar și la perceperea respectivului comportament la alții sau la anticiparea la aceștia a acțiunii respective. Se consideră că această rețea joacă un rol important în imitația socială și în achiziționarea limbajului. Substratul neuronal al imitației s-ar baza pe STS (care codează indicii vizuali ai acțiunii observate), pe cortexul parietal posterior (care codează indicii senzoriali ai acesteia) și pe neuronii oglindă frontali care codează scopul acțiunii ce urmează să fie imitată; înainte de a fi transmisă cortexului motor configurația comportamentului e transmisă la STS ce compară consecințele senzoriale anticipate cu indicii vizuali ai acțiunii observate. Oamenii înțeleg acțiunile observate pe baza anticipării rezultatelor lor. Conversația, dialogul, se bazează de asemenea pe anticiparea celor ce vrea să spună interlocutorul. În ToM subiectul anticipează, pe baza informațiilor percepute și a metacogniției experiențiale, intențiile celuilalt (În autism copilul nu e capabil de imitare și anticipare). Perturbarea anticipării în ceea ce privește inițierea acțiunilor și coordonării cu alții în acest domeniu, ar sta la baza simptomelor de influență xenopatică din schizofrenie (Frith, Jannerud).

„Creierul social” e conceptualizat și studiat pentru a se progresa în direcția cunoașterii bazelor interacțiunii subiectului cu alți oameni. Dar ca această interacțiune și cunoaștere să se producă, subiectul trebuie să se perceapă și pe sine. Rolul important a percepției de sine în psihologie, în neurologie și psihopatologie a atras de mult atenția. Percepția de sine are ca punct de plecare percepția propriului corp, direcție în care s-au forțat către mijlocul secolului XX conceptele de imagine corporală și schemă corporală. Un rol important l-au jucat neurologii (Lehrmitte) care au descris sindroame în care această cunoaștere e perturbată; și au conceptualizat modele de circumscriere și interpretare. Schema și imaginea corporală s-ar baza pe proiecții informative ce vin dinspre corp și/sau vizează corpul, în lobul parietal – de fapt din zona parieto-occipito-temporală stângă – unde se configurează limitele propriului corp și resimțirea sa. La bază stau informațiile interoceptive de la organele interne, cele proprioceptive de la mușchi și tendoane, informațiile vestibulare privitoare la poziția corpului în spațiu, cele cutanate ce delimitează propriul corp de restul lumii și cele vizuale care permit percepția directă și în oglindă. Recunoașterea în oglindă e doar parțială la antropoidele superioare. La copil ea se realizează începând de la 1 an și 6 luni și e întârziată sau imposibilă în autism. Percepția propriului corp este una constantă, diferențiindu-se astfel de perceperea variabilă a lumii înconjurătoare și jucând un rol de referențial spațial pentru aceasta (Piaget). Această percepție continuă e importantă și în relaționarea interpersonală, corpul propriu fiind nu doar un instrument de acțiune ci și unul al comunicării interumane, neverbale și verbale. Prin expresivitatea și manifestările sale corporale subiectul ajunge să se reflecte nu doar prin intermediul oglinzii și ci prin reacțiile persoanelor apropiate. Corpul resimțit stă la baza emergenței sinelui la copil. S-a diferențiat chiar un nivel al „protosinelui încorporat”. Și apoi, propriul corp, perceput și reprezentat, devine „sediul propriei minți”, sediul subiectivității persoanei. Psihanaliza a comentat problema din perspectiva pulsuniilor și dorințelor ce emerg din propriul corp și se direcționează spre alții. S-a conturat apoi o diferențiere între noțiunea de „imagine corporală” care s-ar referi mai ales la aspectul exterior, cel care e perceptibil și de către alții și poate fi manipulat în jocul social; și „schema corporală” care s-ar referi mai mult la corporalitatea trăită și resimțită interior de către subiect, în limitele pe care le desenează marginea corporalității. În această direcție a jucat un rol deosebit și orientarea fenomenologică a psihopatologiei.

Din perspectiva creierului social problema reprezentării cerebrale a propriului corp a făcut în ultimul timp obiectul unei importante sinteze realizate de Damasio. Reprezentarea psiho-cerebrală a propriei corporalități este un aspect bazal al relaționărilor interpersonal-sociale a subiectului, precum și o bază a conceptualizării sinelui.

*
**

Creierul social girează și reglează relaționarea subiectului cu alții. Dar, însăși formarea subiectului ca ființă umană autonomă, cu o minte proprie centrată de sine, se bazează pe dezvoltarea ontogenetică postuterină a creierului ce se desfășoară în condițiile maternajului. Deci, a unei constante influențe și impregnări cu psihism uman, prin care mama se manifestă în raport cu ființa nou-născută, cu creierul său predispus genetic pentru socializare. În această perioadă inițială care precede relaționările sociale mai

complexe, creierul copilului se manifestă cu o serie de predispoziții înnăscute care se validează în atmosfera psihologică a maternajului după modelul standard al modulelor. Unele din aceste procese psihologice au de la început un evident obiectiv prosocial, altele nu îl au de la început și direct.

Interesul pentru lumea din jur, care se manifestă în stările de vigilitate, este un fenomen spontan, nespecific, comun omului și animalelor. El are la bază structuri cerebrale înnăscute, aflate la baza creierului, pe care Damasio le-a inclus în protoself (protosine) protoconștiință, iar Panksepp (2003) le comentează, ca un sistem emoțional bazal ce include cingulatul anterior insular și cortexul prefrontal în corelație cu substanța gri periaeductală (PAG); sistem care generează intenții de act bazate pe emoții, fără aferențe stimulative exterioare. Acest „SEEKING” – sistem dinamizează animalul și copilul să exploreze autostimulat ambianța, fără a căuta un obiect sau o satisfacție determinată. În universul său perceptiv sugarul întâlnește însă figura maternă. Creierul uman are o capacitate înnăscută de a recunoaște fața umană prin forma capului, prezența ochilor, nasului și gurii, toate legate într-o configurație ce păstrează anumite distanțe și care se prezintă în poziție verticală. Intervine cortexul occipital, apoi cel parietal (pentru localizare și configurație), cel temporal (pentru identificare); iar apoi informația e proiectată în zona frontală. Joacă un rol important focalizarea atenției spre figura umană, care se realizează la început prin mecanisme subcorticale dependente de coliculul superior (procesul CONSPECT) și apoi prin mecanisme girate cortical (procesul CONLEARN). Un rol fundamental îl joacă din primul an atenția: atenția ațintită și apoi cea conjugată. Copilul devine atent la fața mamei; și treptat urmărește direct și țintit privirea acesteia, orientându-se spre lucrurile pe care ea le privește (Tomassello, 1995; Mundy, 2006). Această fază e denumită RJA („*responding to joint attention*”). Privind des mama copilul se familiarizează cu expresiile feței umane, constată faptul că poate declanșa reacții ale mamei prin zâmbet și plâns, percepe manifestările codului comunicațional non-lingvistic și lingvistic. O fază ulterioară este cea în care copilul inițiază observarea unui lucru și solicită – pretinde – adultului să își îndrepte atenția spre ceea ce îl interesează pe el. Acest fenomen este denumit I.J.A. („*initiating joint attention*”) este considerat o atitudine „protodeclarativă”. În sfârșit, mai târziu coordonarea atenției sociale poate fi utilizată în sarcini instrumentale în care se solicită și se pretinde colaborarea altuia, proces denumit IBR („*initiating behaviour regulation*”). De asemenea, de la un moment dat, atenția poate exprima pretenții. Atenția conjugată ce se dezvoltă în primul an are un pronunțat caracter uman, pregătește relația de atașament și apoi e operantă în fenomenul ToM. Atenția reciprocă acordată de un individ altuia joacă un rol esențial în tot cursul vieții umane. Ea reglează relațiile ierarhice (de dominare, supunere, de atitudine imperativă), cele de colaborare și rejecție (suspiciune), de implicare participativă, de afecțiune (dragoste), de comunicare și dialog etc.

Studierea atenției conjugate a fost ocazia unei schimbări de optică și terminologie în cadrul psihanalizei în primul rând și a psihologiei developmentale în genere. Copilul și adultul percepe în mod diferit lucrurile inanimate, ființele vii și oamenii, fapt ce se manifestă în „psihologia populară” și care este în prezent studiată sistematic. Subiectul poate avea și interese diferite în raport cu aceste aspecte ale lumii sale înconjurătoare. El le poate atribui fiecăruia semnificații dintr-o clasă sau alta. Astfel, pentru copil multe obiecte neanimate pot apare ca animate în cadrul poveștilor – în sensul obiectelor tranzitionale ale lui Winnicott – iar animalelor li se pot atribui stări mintale omenești. Dar există și fenomenul invers, în care oamenii pot fi priviți și percepuți (în sensul de a li se atribui calități) ca niște animale sau obiecte. Diferențe în această direcție au fost studiate în familiile copiilor cu autism. În perspectiva developmentală e important că de la început părinții sunt atenți la bebeluș și-l percep ca pe o ființă umană dotată cu subiectivitate. În acest sens, Trevașthen (2001) au propus ca relația mamă, copil să fie de la început înțeleasă ca intersubiectivă. Intersubiectivitatea primară s-ar desfășura între 0–6 luni, deci într-o perioadă în care nu e încă structurată figura maternă ca și configurație stabilă, relaționarea fiind predominant biologică. Intersubiectivitatea secundară s-ar dezvolta între 6–18 luni, deci în perioada în care se inițiază relația de atașament dezvoltându-se apoi în sisteme reprezentationale. Fapt ce culminează cu recunoașterea în oglindă a copilului. E o perioadă în care cresc abilitățile copilului de a se angaja intențional în comunicare socială cu alții. Este și perioada în care se dezvoltă ceea ce Bolwby a denumit „modelul intern de lucru” (*internal working model*). Și pe care psihanalistii mai noi l-au abordat și dezvoltat, o dată prin Sandler și apoi – în cadrul abordării interpersonal relaționale – prin Benjamin și alții. Ideea de bază e că altul – imagoul matern și alte persoane de referință – sunt încorporate structural în psihismul copilului, împreună cu semnificația lor relațională. Mama protectoare se află în permanență în structura psihismului copilului, protejându-l dinăuntru. Relațiile cu noi persoane concrete se realizează prin filtrul relațional al acestei instanțe.

Dezvoltarea atenției conjugate și a atașamentului în condițiile intersubiectivității, indică faptul că psihismul copilului se structurează de la început prin percepția și asimilarea altui psihism uman. Procesul se

desfășoară în condițiile unui maternaj care are multe trăsături biologice. Și în cursul căruia însăși corporalitatea copilului se dezvoltă în strânsă relație – fizică, biologică și umană – cu corporalitatea mamei. Aceste aspecte au fost preluate de noua psihopatologie de orientare fenomenologică, care, așa cum s-a menționat deja, s-a dezvoltat în direcția intersubiectivității articulate cu intercorporeitatea. Cercetările actuale care se desfășoară în aria p.pt.d., urmăresc nașterea și structurarea progresivă a diverselor nivele ale sinelui. Tradițiile psihanalitice, care au confluat în teoria atașamentului, sunt și ele prezente în acest program de cercetare.

Nivelul prim al sinelui, cel al protosinelui, este înrădăcinat în corp, face „corp comun” cu trupul. La acest nivel sinele uman împărtășește cu cel animal o serie de caracteristici comune privitoare la vigilitate, emotivitate primară, propensiune instinctivă și motricitatea spontană, în sensul utilizării corpului în schemele de comportament. Un al doilea nivel ar fi cel al sinelui nuclear care implică mentalizarea și relaționările interpersonale specific umane. Iar al treilea nivel este cel al sinelui biografic, metareprezentational. Relaționarea socială intersubiectivă e prezentă la toate nivelele, inclusiv la nivelul persoanei care le integrează pe toate. La toate nivelele, sinele e bazat pe funcționarea cerebrală, pe creierul social. Dar chiar de la început, relația cu alt om, cu mama, are caracteristici intersubiective, așa cum deja s-a menționat privitor la intersubiectivitatea primară și cea secundară, din primele luni de viață. Desigur ca și relaționările pe care se bazează atașamentul și mentalizarea sinelui nuclear, constituie un proces intersubiectiv. În ultimul timp este studiată în mod special intersubiectivitatea ce se afirmă la nivelul protosinelui. Este vorba de mintea (umană) înțeleasă ca încorporată, desigur în corpul uman, „adoptată” de trup. Programul se desfășoară sub girul cognitivismului. Iar lucrarea seminală e cea a lui Varela (1991) reunind autori ca Lakoff (1999), Clark (1971), Hurley (1998), Gallagher (2005), Northoff (2003), care comentează problema din perspectiva neuroștiințelor cognitive și a filosofiei minții. Nu e vorba doar de a funda procesele cognitive în experiențele senzoriomotorii ale organismului în relație cu ambianța. Autori ca Damasio (1999, 2005) Edelman, Panksoop (2003) au subliniat strânsa conexiune dintre structurile cerebrale, funcționarea de ansamblu a corpului și aspecte ale minții, ca de exemplu conștiința, cogniția, emoțiile și conștiința specific umană. De asemenea, perspectiva socială a neuroștiințelor ca și psihologia socială subliniază constant „încorporarea” modelelor de cogniție și comportament social. Psihologia actuală e orientată spre o „recorporeizare a cogniției”. Această „mințe încorporată” este tot mai mult și în atenția psihopatologiei care reia tema intersubiectivității ca bazată pe intercorporeitate.

O piatră ungiulară pentru cercetarea psihopatologică a „minții încorporate” a constituit-o autismul Kanner, în jurul căruia s-au desfășurat cele mai multe studii privitoare la ToM. Dar, alături de deficiența ToM s-a evidențiat în autism și un alt grupaj de simptome care constă din: – repertoriul restrâns de interese; stereotipii – preocuparea față de părți ale obiectelor; – fragmentarea percepției; – dorința obsesivă pentru identitate; – dificultatea de a generaliza; – abilități constructive crescute. Pentru înțelegerea acestora s-a introdus conceptul configuraționist de „coerență centrală” (Happé, 2005; Baron-Cohen, 1997). Psihologia gestaltistă a studiat intens acest fenomen în perioada sa de glorie dintre cele două războaie mondiale. Dar în prezent conceptul s-a dovedit operațional în special pentru psihopatologie. Percepția vizează totdeauna configurații structurate și semnificative ce se detașează de pe un fundal, care și el are o anumită structură. Procesul perceptiv se face, la rândul său, prin selecția structurată și ierarhizată a informațiilor. Raționamentul, acțiunea și limbajul are și el o structură în cadrul căreia obiectivul e păstrat și atins progresiv, prin etape care necesită flexibilitate în alegerea și inserția secvențelor. Astfel încât în final să se ajungă la o desfășurare sintetică și semnificativă a unui întreg ce are o coerență centrală. Atenția acordată micilor detalii, tendința de a menține neschimbate situațiile, stereotipiile și celelalte simptome menționate mai sus, sunt expresii ale perturbării acestui proces. Studiile efectuate în autism au arătat că la baza sa stă o deficiență primară condiționată de nedezvoltarea celulelor Purkinje din cerebel, lobulii VI și VII ai vermisului cerebelar, care asigură procesarea specializată a informației contextuale. Această deficiență blochează procesarea atențională a figurii umane și integrarea ei într-un tot structurat și semnificativ, fiind deci o posibilă condiție de posibilitate a deficienței ToM. Cerebelul este astfel implicat în cogniția superioară, alături de cortexul prefrontal. Pe lângă funcția motorie – care se păstrează apoi întreaga viață – cerebelul are inițial și o funcție cognitivă în cadrul unui circuit împreună cu cortexul prefrontal, care se încheie în jur de un an. Deficitele cerebelare produc pe lângă o disimetrie motorie și o disimetrie cognitivă o dificultate de a coordona și monitoriza, de a percepe o figură ca imersată, integrată într-un context învăluitoare. Odată cu deficiența funcționării cerebelare apar dificultăți în a extrage informații pentru a le reintegra în cele învățate anterior. Cu cât mai complex e ambientul, cu atât mai amplu e comportamentul stereotip și atenția fixată pe

detalii, cu dificultatea perceperii a ceea ce e esențial în situație. Dincolo de ceea ce se știe până în prezent, extragerea percepțiilor semnificative dintr-un context bogat e un proces complex, pe care cognitivismul îl studiază și prin modelări matematice (de exemplu, prin Analiza Semantică Latentă).

Nedezvoltarea perceperii contextuale și integrative printr-un proces cognitiv bazat pe funcția coerenței centrale, apare în autism ca un proces mai bazal decât nedezvoltarea ToM. Cercetări similare se desfășoară în prezent și în schizofrenie prin colaborarea dintre cognitiști, fenomenologi și specialiști în neuroștiințe.

O astfel de perturbare este invocată de Sass (2003) și Parnas (2000) ca specifică schizofreniei, vizând zona protosinelui, care nu doar e profund încorporat în propriul corp ci e implicat în relațiile primare de maternaj din primul an, în intersubiectivitatea primară (din primele 6 luni) și cea secundară, care îi urmează. E vorba de o tulburare bazală a conștiinței de sine care are două componente (Fucs, 2009): a) e însoțită de o deficiență a proceselor automate, fapt ce conduce la fragmentarea schemelor motorii și perceptivă; b) exprimă un deficit al spontaneității automate preintenționale. Această fragilitate se manifestă în schizofrenie și înainte de episod. Dar se actualizează odată cu declanșarea bolii, manifestându-se predominant în simptomele dezorganizante și negative. Se ajunge la pierderea aspectului „implicit” al participării funcțiilor corporale la viața normală. Schemele senzorio motorii nu mai sunt „tacite”, ci devin accesibile introspecției conștiinței printr-un fel de „hiperreflexie” sau desimplicare. În percepție subiectul nu mai poate surprinde spontan aspectele globale, semnificațiile esențiale plasate într-un context fixându-se pe detalii. El trebuie să facă un efort cognitiv explicit pentru a putea percepe și înțelege ceea ce e semnificativ. Însăși actul perceptiv în sine poate deveni conștient. Pacientul ajunge un fel de spectator a însăși faptului că percepe. Realitatea apare artificială, enigmatică, fantasmatică ajungându-se la perplexitate predelirantă. Pe acest fundal unele percepții banale se impun ca hipersemnificative, fapt comentat de Schneider ca „percepție delirantă”. Progresiv, fragmentele decontextualizate și hipersemnificative se organizează în rigiditatea unui delir care asigură psihismului o coerență secundă dar patologică. O alterare similară a funcționării corporale are loc în direcția acțiunii. Schizofrenul vorbește deseori de o ruptură între mintea și corpul său. Se petrece o „demonitorizare” a comportamentului. Unitățile acțiunilor semnificative se fragmentează, acțiunile zilnice intrând în vizorul unei hiperreflexivități. Activități banale ca îmbrăcatul, mâncatul, acte obișnuite de vorbire etc., nu se mai desfășoară spontan ci au nevoie de elaborare și control reflexiv continuu. Deliberarea trebuie să fie permanentă, efortul atențional continuu. Ceea ce desigur obosește psihismul conducând spre abulie.

Aceste analize actuale care vizează corporeitatea aflată sub controlul protosinelui, reiau intuițiile și descrierile mai vechi ale lui Blankenburg (1971) care a analizat „pierderea simțului comun” ca tulburare bazală în schizofrenie. În același sens e comentată recent problema alterării simțului comun de către Stanghellini (2004) într-o sinteză fenomenologică asupra schizofreniei intitulată semnificativ „*Disembodied spirits and deanimated bodies*”. Dar această problematică se extinde într-o largă arie a psihopatologiei.

Tema coerenței centrale apropie cercetările fenomenologice privitoare la „sinele încorporat” de cognitivism și de „creierul social”. Coerența centrală este însă un concept amplu, ea vizând organizarea ierarhic structurată a funcțiilor psihice, a psihismului. Organizare ce se realizează printr-un principiu de ordine care are în vedere o „nuclearitate” a psihismului persoanei, delimitări ale acestuia și o orientare centrată în raport cu lumea, iar în cele din urmă este în vizer procesul global al sintezei psihice. Perturbarea unei funcții așa de ample nu se poate reduce la două entități nosologice: autismul Kanner și schizofrenia. De fapt, tulburarea relațiilor de ordine e cel mai pregnant vizibilă în patologia obsesiv-compulsivă unde, alături de disfuncția executivă, există o preocupare exagerată pentru ordine și ordonare, pentru aranjarea spațială și programarea acțiunii (Lăzărescu, 2008). După cum există și o amplă problematizare a delimitării: atât la nivel corporal – cu sentimentul contaminării malefice – cât și la nivel interpersonal sau al posesiunii, prin zgârcenie și colecționarism.

Problematizarea ordinii este în cele din urmă o temă general umană, a vieții de zi cu zi; dar și a societății și a culturii. Nimic în lumea umană – și probabil în univers – nu e posibil fără relații de ordine.

*
*
*

Doctrinile psihopatologice tind să considere psihismul omului în perspectiva unor configurații, a unor sinteze ierarhice și a timpului dezvoltării. Ele fac însă în mod continuu referire la categoriile clinice pe care le descriu sindroamele. Sindroamele sunt comentate în DSM-III-IV prin liste aditive de simptome. Ele par a se plasa la un pol opus față de „fenomenele” psihice pe care le comentează fenomenologia. E vorba însă de o

complementaritate. Sindroamele presupun o unitate, o coerență, chiar dacă aceasta nu e definită printr-o „esență” nucleară. Această coerență e prezentă în mod firesc și în echivalentul sindroamelor din normalitate, a depresiei în tristețe, a atacului de panică în spaimă, a paranoidiei în suspiciunea față de intențiile rele ale celorlalți.

Nosologia psihopatologică s-a constituit prin observarea statică a bolnavilor internați în spital. Fenomenele trăirilor umane se manifestă în desfășurarea dinamică a existenței. Psihologia developmentală ne familiarizează însă cu ideea de modul psihic, pe care cognitivismul o adoptă de la început. Psihologia și psihopatologia evoluționistă aduc în discuție fixarea unor moduli psihici adaptativi prin selecție naturală. Și apoi urmăresc cum evoluția adaptativă a psihismului uman se desfășoară, tot prin selecționarea și perfecționarea unor moduli, în însăși cursul dezvoltării specifice a omului, a istoriei sale. Cognitivismul neoraționalist atrage atenția asupra complexității problematicei modulilor psihici adaptativi la om, ei îmbogățindu-se prin învățare și experiență ontogenetică, fiind sensibili la informația semantică și căzând parțial sub incidența rațiunii; a conștiinței, a deliberării conștiente libere și responsabile. Configuraționismul fenomenelor umane pe care l-a promovat tradițional fenomenologia, se întâlnește cu o construcție tot mai sistematică și solidă, ce pornește de la tema modularității.

Psihopatologia clinică are în prezent în față această dezbatere.

*
**

Actuala psihopatologia clinică stă încă sub semnul mutației de orientare științifică pe care l-a punctat publicarea în 1980 a DSM-III. Acest eveniment a fost începutul unei epoci de noi căutări în care s-a dezvoltat doctrina vulnerabilitate-stres, psihologia și psihopatologia developmentală, ideea rezilienței, psihologia și psihopatologia evoluționistă. Axul în jurul căruia a gravitat noua orientare a fost neoraționalismul cognitivist, care s-a impus în filosofie și psihologie. Domeniul de interes principal al acestuia a fost tot timpul relația minte-corp. De fapt, relația minte/creier, fapt ce a stimulat enorm dezvoltarea neuroștiințelor în corelațiile cu inteligențele artificiale, cu teoria sistemelor și alte teorii și metateorii matematice cu aplicabilitate în științe. Cognitivismul a avut în vedere tot timpul un psihism conștient în care joacă un rol important perspectiva subiectivă a „persoanei întâi”. Acest psihism conștient, bazat pe funcționalitatea encefalului a fost mereu în focarul unor cercetări empirice, astfel încât psihologia conștiinței s-a văzut întărită de dovezi. De la începuturile dezvoltării sale cognitivismul a colaborat și cu lingvistica, ideea de modularitate aplicându-se amândurora. Interesul științific și filosofic pentru limbaj, care are rădăcini mai adânci în gândirea anglo-saxonă, a condus la dezvoltarea unor zone de cercetare intermediare între filosofie și știință, care includ „actele de limbaj” și „atitudinile propoziționale”. În acest context s-a lărgit și preocuparea științifică pentru narativitate, extrem de adecvată și prolifică în studierea persoanei conștiente. Atenția acordată de cognitivism subiectivității și narativității au reactivat vechea fenomenologie, care evoluase și ea spre hermeneutica narativității. În sfârșit, cercetările în direcția filosofiei minții au acordat atenție – în tradiția filosofiei britanice privitoare la simțul comun – psihologiei populare.

S-a constituit astfel un univers problematic, metodologic și de cunoaștere care depășește cu mult viziunea tradițională a pozitivismului logic, ce a fost invocată când s-a elaborat DSM-III. Omul ce ajunge să trăiască stări psihopatologice e înțeles ca rezultatul unei evoluții filogenetice și a unei dezvoltări ontogenetice, în interiorul căreia se manifestă conștiința. Existența sa relațională se desfășoară intersubiectiv, comportamentul său argumentat rațional și trăirile sale subiective se integrează în nișa sa ecologică umană, dimensionată de logos și structurată prin norme și valori. Această perspectivă de abordare și studiu sugerează un nou înțeles al fenomenului uman, altfel poziționat decât în fenomenologia lui Husserl și în behaviourismul lui Skinner.

Toată această nouă înțelegere și abordare a persoanei umane, a fenomenului uman, se repercutează direct asupra psihopatologiei clinice. În prezent trăim în acest univers multifacțat în care tradiția DSM-III și a viziunii despre psihopatologia clinică a acelei vremi, se articulează cu noi înțelesuri și cunoștințe.

Din această confruntare e de așteptat să se deschidă noi orizonturi și să se împlinescă noi sinteze.

CAPITOLUL 7
CRISTE TULBURAREA MINTALĂ?

PARTEA A IV-A
TULBURAREA MINTALĂ

CAPITOLUL 9

CE ESTE TULBURAREA MINTALĂ?

Privitor la problema: „*ce este tulburarea mintală?*” este mereu citată o formulare a lui Kendell (1986): „*Tema cea mai fundamentală și constrângătoare este dacă boala („disease”, „illness”) este un concept normativ bazat pe judecăți de valoare sau dacă e un termen științific, liber de valori; cu alte cuvinte dacă ea e un termen biomedical sau unul socio-politic.*”

Această formulare apare după ce DSM-III, publicat în 1980, optase deja pentru abordarea „științific biomedicală” ca răspuns la varianta „socio-politică” împotriva căreia își imaginase că luptă antipsihiatria anilor 60. Totuși, întrebarea a rămas și rămâne, iar în marginea ei s-au imaginat tot felul de răspunsuri subtile. De fapt, formularea lui Kendell simplifică mult problema și folosește termenii ca de la sine înțeleși, fără o definiție a lor și fără o trimitere la constituirea istorică a ceea ce în prezent e considerat „științific” și „socio-politic”.

Într-adevăr, constructorii DSM-III au avut în față o problemă socio-politică, cea a mișcării antipsihiatrice a vremii. Acest aspect e comentat în paragraful privitor la constructivism social (9.2) și în anexe. În continuare se vor comenta câteva abordări din ultimul timp a problemei: *Ce e tulburarea mintală?*, iar în final se va încerca o sinteză.

9.1. DEFINIȚIA DIN DSM-III-IV. IMPLICAREA VALORILOR ÎN CONCEȚIA MANUALULUI AMERICAN

Eforturile făcute de comunitatea psihiatrică, mai ales în SUA, de a răspunde provocărilor antipsihiatrice și de a menține psihiatria în rând cu celelalte ramuri ale medicinei a condus la elaborarea și publicarea în 1980 a DSM-III. În DSM-III-IV tulburarea mintală e definită, așa cum s-a menționat deja (1.6; 2.1) ca „*un sindrom clinic semnificativ care creează suferință („distress”) și/sau deteriorare („impairment”) în funcționarea socială sau favorizează aceste stări, moartea sau pierderea gravă a libertății*”. Tulburarea trebuie să aibă la bază o disfuncție psihică și comportamentală în individ, să nu rezulte dintr-un conflict cu societatea, din trăirile, opțiunile și convingerile personale și din intoleranța societății față de acestea. Aceasta circumscriere stă la baza unui sistem nosologic-nosografic care definește entități categoriale în principiu distincte prin prezența unui număr minim de simptome dintr-o listă. Sistemul se vrea cât mai ateoretic posibil din punct de vedere al etiologiei, deși în subtext se pledează pentru un model biomedical care favorizează ideea unui substrat disfuncțional cerebral.

Definiția din DSM-III-IV își are limitele sale de care autorii au fost de la început conștienți. Ea nu este o definiție operațională, limitele între entități nu sunt de fapt precise și nici limitele față de normalitate, opțiunea ateoretică nu e de fapt completă, terminologia nu peste tot este precisă etc. Au fost avansate ulterior și alte opțiuni de circumscriere și caracterizare a tulburării mintale, care vor fi comentate în prezentul capitol.

Discutând contextul istoric în care DSM-III a fost elaborat și publicat legat de atacurile antipsihiatriei după cel de Al Doilea Război Mondial, Sandler subliniază faptul că acest manual exprimă din punct de vedere al valorilor „spiritul vremii”, „*Zeitgeist*”-ul lumii occidentale, mai ales în varianta sa nord-americană, unde redactarea textului a avut loc. Acest spirit exprimă concepția despre lume a acestor oameni, stilul lor de comportament în viața de zi cu zi, de raportare interpersonală și față de lume, curentele filosofice dominante în acel loc și timp. El distinge 6 asumții privitoare la valorile ontologice caracteristice epocii care sunt ușor de recunoscut în DSM-III: empirismul, hiponarativitatea, individualismul, naturalismul, pragmatismul, tradiționalismul.

Sistemul DSM-III-IV (și proiectul de revizuire în continuare al acestuia) cultivă empirismul. La fiecare revizuire s-a practicat o documentare cazuistică cât mai serioasă și s-a făcut apel la date bazate pe cercetarea biologică, psihologică, sociologică. El pretinde ca deciziile nosologice să se bazeze pe ipoteze testabile, evidențiate prin observații sistematice făcute în centre în care există un serios control științific. Proiectul a

acordat o mare importanță „*field trial*-urilor” și în prezent „medicinii bazate pe dovezi”. Față de această atitudine, în ultimii ani școala lui Fulford optează pentru o dublă perspectivă, care să nu ignore medicina bazată pe valori.

Hiponarativitatea se corelează cu ideea pe care DSM-III-IV o afirmă explicit, că urmărește diagnosticarea unor boli și nu a unor bolnavi. Întrebarea: „*Cine este persoana pe care o diagnostichez?*” nu interesează. Când sistemul a fost lansat, marii perdanți ai acestei atitudini au fost psihanalizii. Sistemul DSM-III s-a elaborat explicit împotriva poziției dominante pe care psihanaliza o avea în psihiatria clinică din SUA. Dar, ignorarea biografiei și contextului nu este întrutotul productivă, motiv pentru care OMS-ul când a pregătit ICD-10 (publicat în 1992) a introdus o axă specială pentru factorii contextuali și biografici. Iar WPA dezvoltând recent sistemul de diagnostic IGDA, propune și un comentariu ideografic suplimentar. În ultimii ani se asistă la o dezvoltare marcată a abordării narative a persoanei cu aplicații la psihopatologie. De fapt, perspectiva longitudinal biografică pe care o dezvoltă psihopatologia dezvoltamentală nu mai poate fi practic ignorată. Iar actualul proiect de revizuire DSM-V încearcă să țină cont de ea.

Diagnosticul realizat prin DSM-III-IV se referă direct la individ și numai la el, individ detașat de ambianța sa umană. Nu intră în orbita diagnosticului aspectele interpersonale, relaționale sau sistemice așa cum sunt ele abordate de exemplu de concepția familial sistemică. Tulburările psihice nu sunt interpretate ca rezultând din probleme de comunicare. Această opțiune creează dificultăți mai ales pentru psihopatologia dezvoltamentală și cea privitoare la tulburările de personalitate. În ultimii ani staff-ul ce pregătește DSM-V are tot mai serios în vedere opțiunea diagnosticului de tulburare relațională, cel puțin pe una din axele de diagnostic.

Sistemul DSM-III-IV e marcat de pragmatism. El are ca scop să ajute practicianul pentru o bună practică și cercetătorul pentru o corectă cercetare. De aceea cultivă claritatea, simplitatea, eficiența. În manual se sugerează și algoritmi de gândire pentru soluționarea unor probleme de diagnostic. Se pretinde ca diagnosticul să fie pus cât mai rapid și formularea sa să fie cât mai eficientă. Această atitudine nu promovează însă dialogul cu pacientul și implicarea sa directă în diagnostic; ulterior și în terapie. Fapt pe care-l susține diagnosticul bazat și pe valori (Fulford), diagnosticul comprehensiv al IGDA (Mezzich) sau interpretarea tulburării psihice ca disrupție a conexiunilor semnificante (Bolton).

DSM-III-IV este tradiționalist, menționând marile categorii nosologice care s-au impus în ultimii 150 ani, chiar dacă definiția și frecvența acestora variază în timp. Din acest motiv, dar și din altele deja menționate, el lasă în plan secund metodologia diagnosticului dimensional. Dar și pe cea a spectrelor maladive și a subtipurilor.

Sistemul DSM-III-IV, deși se declară cât mai ateoretic din punct de vedere al etiologiei, înclină clar balanța spre determinismul biologic, naturalist. Tulburările psihice sunt expresia unor forțe naturale și nu divine sau „paranormale”, magice sau sociale. Tendința este de a se căuta baza tulburărilor în disfuncțiile organice cerebrale. După publicarea DSM-III cercetările în această direcție s-au înmulțit exponențial, cu multe rezultate pozitive, cu aplicații în terapiile biologice. În DSM-III-IV problemele credinței religioase nu sunt menționate decât în perspectiva conținutului unor stări psihopatologice. Cine se limitează la acest manual poate considera toate manifestările legate de religie ca fapte psihopatologice. Nu există interes pentru credința și devoțiunea adâncă, pentru angajarea în direcția transcendenței. Și în mod similar nici pentru trăiri din aria moralei, ca responsabilitatea, generozitatea, dragostea. Toate aceste probleme, plasate în aria normalității, nu au legătură cu direcția de cercetări științifice, ale existenței „naturale” – înțeleasă în primul rând ca biologică – a omului, care să poată prezenta interes pentru cercetarea psihopatologică. Pe de altă parte DSM-III-IV pune accent deosebit pe performanțele în roluri sociale, mai ales în cel profesional, exprimând ierarhia de valori într-o societate postindustrială, ce presupune o instrucție generalizată, o angajare în munca socialmente remunerată până la o vârstă înaintată și care recompensează succesul profesional, succesul în afirmarea publică. Ceea ce nu e în aceeași măsură valabil în toate culturile existente actualmente pe glob.

Sistemul DSM-III-IV exprimă valorile societății americane și în alt sens, al modului de elaborare și difuzare. În contextul democrației americane, elaborarea proiectului și a revizuirilor este tot timpul transparentă și publică, cu dreptul de intervenție a oricui, prin intermediul mass-mediei. Decizia finală o are desigur comitetul de experți, ales și el democratic. Iar această decizie se ia prin vot public, decidenții argumentându-și opțiunea. Decizia ca homosexualitatea să nu fie înscrisă printre categoriile nosologice psihiatrice s-a luat cu majoritate de voturi, în urma unei masive campanii publice, pentru care au făcut lobby

multe persoane influente. Odată redactat și publicat, manualul devine o proprietate a unei anumite instituții (A.P.A.), proprietate care se vinde, în diverse variante și forme, aducând importante venituri proprietarilor (venituri deosebit de mari, după calculele existente și publicate). Prin comparație, sistemul ICD-10 și varianta ce se pregătește acum de către OMS, a 11-a, nu beneficiază decât de aportul experților și de dezbaterile specialiștilor în cadrul unor reuniuni programate și urmează să se distribuie gratuit lumii întregi. El trebuie să răspundă nevoilor de încadrare nosologică, diagnostic și tratament a unor populații care nu au adoptat încă stilul de viață occidental american, au standarde de viață și obiceiuri cu totul deosebite de cele din SUA, alte tradiții și credințe. De exemplu în China, în India, în Africa unde diferă felul în care se constituie familia, se exercită munca socială, se derulează ritualurile transcendenței. Multe din rezultatele cercetării științifice din institutele occidentale se vor aplica util peste tot în lume. Dar universul valoric nu poate fi ignorat în psihopatologie.

9.2. CONSTRUCTIVISMUL SOCIAL ȘI TEMA TULBURĂRII PSIHICE

Mișcarea antipsihiatrică a cărui simbol au fost lucrările lui Szasz (1972) și la care comunitatea psihiatrică a reacționat prin publicarea DSM-III, a fost asociată cu o doctrină psihopatologică ce a fost numită a „constructivismului social”. O formulare simplă și explicită a acestui model psihopatologic e dificilă. În principiu e vorba de accentul pus pe factorii socio-culturii în generarea și „manipularea” nebuniei. Doctrina poate fi formulată în mai multe variante, de la formula „tare”, extremă, care neagă realitatea ontică antropologică a tulburării mintale, până la variante relaxate.

Într-o variantă extremă, la un pol, s-a formulat ideea că boala mintală de fapt „nu există” ca atare, nu are realitate ontologică, nu are substrat real. Că ea este de fapt o „pseudorealitate” ce rezultă dintr-o construcție ideologică. Și anume, în anumite împrejurări, o societate preocupată să aibă ordine peste tot și să o țină sub control cetățenii – așa cum ar fi fost societatea occidentală de la sfârșitul modernismului și caricatura ei din statele totalitare – construiește „mitul bolii mintale”, din interesul de a monitoriza, de a ține sub control și reprima un grup de persoane indezirabile, care se opun regimului și controlului centralizării excesive. Aceștia sunt considerați „bolnavi psihici” care gândesc aberant și cu care nu te poți înțelege. Ei sunt declarați „nebuni”, stigmatizați, excluși de la participarea socială prin recluderea în lagăre de concentrare. Care, de la un anumit nivel și moment se numesc Spitale de psihiatrie. Psihiatrii, ca agenți ai puterii, îi reduc la tăcere, prin tratamente. Ei și argumentează acțiunea prin pseudoștiința psihiatriei, manifestându-se deci ca agenți ai puterii. Pe lângă tratamente, cei ce sunt astfel tratați sunt privați de libertate prin închiderea lor în Spitalele de psihiatrie care sunt similare închisorilor. Astfel, prin stigmatizare, își pierd ulterior autoritatea și credibilitatea socială. Căci categorisirea ca nebun, înseamnă un om care nu mai este stăpân pe rațiunea sa.

Această formulare a antipsihiatriei exprimând o extremă, de fapt o caricatură a doctrinei constructivismului social nu poate fi desigur susținută ca atare. Căci ea nu explică de ce grupul respectiv de persoane nu e pur și simplu condamnat politic pentru opozitivitatea la regim sau redus la tăcere pe alte căi. Un răspuns parțial ar fi că prin etichetarea ca nebun se pot rezolva cazuri care sunt mai greu de administrat prin simple probe judiciare, că metoda e mai subtilă deoarece „nebulia” are o recunoaștere populară tradițională de-a lungul istoriei, privitor la o realitate umană deficitară. Dificil e însă tocmai să se excludă „poziția ontologică” a zonei umane în care există persoane cu deficit și disfuncție psihoantropologică. Deci, negarea nu atât a nebunilor efectivi – care sunt „inventati” de psihiatri – cât a instanței de minus a nebuniei. O altă soluție parțială a fost să se accepte că e vorba de diversitate umană dar nu de ceva identificabil prin conceptul de „boală”, care să intre în regimul medical al tratamentului. Căci, pentru diversitate e suficientă puterea de toleranță a societății. Dar psihiatrii tocmai acest lucru l-au încercat mereu, să trateze, atât cât se poate, pe cei pe care-i etichetează „bolnavii mintali”. Un alt mic compromis pe care antipsihiatria l-a putut accepta a fost acela de a admite că e vorba de oameni „particulari”, „excentrici”, eventual mai „sensibili” și mai „vulnerabili”. Și care, odată intrați în angrenajul alienant al instituțiilor psihiatrice, al etichetării și tratamentului, ajung în mod secundar la stări psihopatologice notabile, care sunt un rezultat al manipulării lor de către psihiatrie. Această formulare a putut fi acceptată în suficientă măsură și de psihiatria de după DSM-III. Ea este de fapt consonantă cu principiile societăților democratice și cu însăși deschiderea psihopatologică spre comprehensiunea interumană și sprijin psihoterapeutic. Faptul dacă această zonă populațională fragilă psihic

să fie etichetată cu aceeași expresie de „tulburare mintală” ca și principalele categorii din sistemul DSM-III-IV, rămân și azi o problemă deschisă (Bolton).

Constructivismul social, ca doctrină și model psihopatologic, are însă și alte variante, mai puțin radicale, care acceptă existența reală a tulburării mintale, ca o instanță antropologică de minus a „nebuniei”, ca o constantă umană. Problemele care se ridică sunt atât de condiționare cât și de lectură. Astfel:

– În diverse conjuncturi socio-istorice există diverse tabele oficiale, reprezentări, descrieri, denumiri a ceea ce ar corespunde „tulburărilor mintale” ale oamenilor, în accepția culturii respective și a specialiștilor lor în domeniu.

– Aceleași tulburări, din diverse cauze sociale au o frecvență și o importanță socială diferită în diverse socio-culturi istorice.

– Felul în care factorii socio-culturali intervin în condiționarea tulburărilor mintale este diferit în diverse locuri și timpuri.

În toate eventualitățile menționate, problema stimei pe care o induce etichetarea ca bolnav mintal, rămâne o reală problemă de distanțare socială.

Intervenția factorilor socio-culturali în condiționarea, evidențierea, lectura, interpretarea tulburărilor mintale e important să fie scoase la lumină și evidențiată tocmai în cadrul unei dezbateri privitoare la întrebarea: „Ce e tulburarea mintală?”. Desigur, aceasta se definește la nivelul individului, a persoanei umane. Dar individul exprimă nu doar biologia ce e încorporată în trupul său, în creierul său. Ci și umanitatea ce l-a format în cursul ontogenezei, lumea socio-culturală pe care a asimilat-o și a încorporat-o în cursul acestei ontogeneze prin faptul că a interacționat cu alte persoane conștiente impregnate de această cultură și cu instituțiile acesteia.

Existența unor diverse liste de boli psihice vehiculate de specialiști de-a lungul istoriei, e un fapt ce ține de istoria științelor, de cunoștințe și tradiție. Foarte puțini termeni s-au păstrat din vremea culturii greco-romane clasice, cum ar fi cei din histerie, melancolie, manie. Majoritatea termenilor-concepte din secolul XIX nu au mai funcționat în secolul XX. Conceptul de „delir” s-a menținut, cu actuala distincție anglo-saxonă dintre „delirium” și „delusion”. Termenul de psihoză – în tradiția secolului XIX, dar nu al XVIII-lea – s-a menținut și el dar actualul său înțeles e insuficient de clar. Termenul de nevroză, care a avut multe înțelesuri de-a lungul veacurilor și deceniilor, tinde să fie puțin folosit în prezent. În secolul XX a apărut conceptul clinic de „schizofrenie” care are o acoperire noțională relativ circumscrisă dar nu lipsită de dezbateri privitoare la aspectele psihopatologice care o definesc cel mai bine. Și la fel, specialiștii se întreabă dacă înainte de secolul XX a lipsit doar conceptul acestei boli sau o bună parte din manifestările sale nu erau pregnante. Autismul este un termen nou pe care l-a introdus Bleuler în 1911 pentru a caracteriza un mod „detașat” de raportare la lume a schizofrenului. Conceptul a fost dezvoltat fenomenologic de către Minkowski. Dar în ultima perioadă a fost utilizat puțin în caracterizarea acestei boli. În schimb în jurul autismului infantil descris de Kanner în 1945 s-a dezvoltat ideea unui „spectru autist”. Autismul Kanner are în mare măsură o condiționare genetică și neuro-developmentală; deci nu se pune problema ca socio-cultura occidentală să îi fi favorizat apariția. Pur și simplu el nu a fost diferențiat ca entitate nosologică din grupul mare al tulburărilor cognitive de dezvoltare.

Instructivă este istoria psihiatrică a histeriei. În tratatele hipocratice ea e descrisă destul de exact prin manifestările sale somatice hiperexpresive – inclusiv leșin – și e explicată în conformitate cu concepția moralistă a doctrinei prin lichefierea și migrarea în corp a uterului nesatisfăcut al tinerelor fete. Se recomandă și o metodă terapeutică de alungare a sa din cap – unde ajunge după ce trece prin stomac, inimă, plămâni, gât – prin mirosirea de camfor și atragerea sa în zona genitală prin „substanțe bine mirositoare”. Histeria a rămas apoi peste 2000 ani o boală considerată ca specifică femeilor, ajugându-se să se practice și histerectomie terapeutică. La cumpăna dintre secolele XIX și XX în vremea în care ajunsese la modă, mai ales în Franța „magnetismul animal” și hipnoza, histeria a fost, cum se spune „cultivată” la Salpetriere de către Charcot. Oricum, era o boală foarte importantă a psihiatriei. Iar în cadrul psihopatologiei ce se naștea, Janet și Freud i-au acordat o mare importanță în studiile și doctrinele lor, care explicau manifestările psihopatologice prin intervenția inconștientului (ElleMBERGER, 1994). Apoi, în Primul Război Mondial pe prim plan au trecut „nevrozele de război” despre care se considera că au o anumită legătură cu histeria. Dar în Al Doilea Război Mondial britanicii au constatat că persoane care acasă, în coloniile din Africa, făceau crize histerice majore, în condiții cazone prezentau tulburări psihosomatice ca hipertensiunea arterială sau ulcerul duodenal. Ideea de „conversie psihogenă somatică” s-a păstrat, dar cu alt înțeles. Apoi, pe măsura industrializării Lumii a treia, manifestările franc isterice s-au redus tot mai mult și cele psihosomatice s-a intensificat. La începutul

secolului XXI în majoritatea serviciilor psihiatrice din lume – mai ales în zona euroatlantică – tulburările conversive hysterice au ajuns să fie rare. Fenomenul a beneficiat de mai multe interpretări între care: – creșterea nivelului de cultură și educație bazat pe scris care a modificat stilul predominant corporal-expresiv de comunicare; – neoraționalismul dominant în lumea actuală care a defavorizat psihopatologia ce se baza pe mecanisme inconștiente; – schimbarea de opțiuni în domeniul valorizării sociale: stărnirea milei și compătimirii imediate, în situație, nu mai e funcțională în lumea actuală. În acest sens se consideră că în prezent unele stări depresive au la bază mecanisme de tip isteric, deoarece sunt în prezent valorizate social. Cât privește ecloziunea histeriei în Franța sfârșitului de secol XIX există și o interpretare privitoare la rolul jucat de începutul mișcării feministe și a momentului istoric, de schimbare a statutului social al femeii.

Comentariile de mai sus s-au făcut cu presupuziția că tulburarea mintală „există”, că locul ei antropologic e asigurat și recunoscut; dar că socio-cultura joacă un rol important în aducerea la lumină, în prim plan, a unora din tulburări, la modularea felului lor de manifestare, în modul de lectură socială și profesională, de interpretare. Boala psihică nu e deci „inventată” de instituțiile psihiatrice. Acestea reprezintă o instituție socială validă, psihopatologia este o știință inclusă în practica socială medico-psihiatrică, ce progresa și ea la fel ca toate științele. Ea are un obiect real, ca domeniu, ca zonă de abordare. Ceea ce se manifestă în această zonă poate să varieze în timp, la fel cum variază și știința care o lecturează și o interpretează. Variația modurilor de manifestare psihopatologică nu se petrece însă într-un arbitrar total.

Cele menționate mai sus pot fi multiplu exemplificate. Mai adăugăm un caz, cel al neurasteniei. Acesta a fost descris în secolul XIX în Anglia și apoi în SUA de către Beard și interpretată ca având la bază epuizarea neuronilor din creier, datorită hipersolicitării prin muncă a oamenilor din societățile aflate în plin avânt, în fața revoluției industriale. Pentru psihopatologie interpretarea era puțin prea organicistă, făcând apel la epuizarea neuronilor. De aceea, unul din fondatorii psihopatologiei, Janet s-a opus conceptului și a inventat un altul pe care l-a numit „psihastenie”, punând accentul pe psihism, pe patologia ce rezultă din scăderea „tensiunii” de sinteză a acestuia. Conceptul lui Janet nu a rezistat mult în secolul XX. După 1950 în atmosfera științifică din URSS unde era cultivat materialismul dialectic, la baza tulburărilor psihice se considera a sta perturbarea „activității nervoase superioare corticale”, așa cum o descrieseră Pavlov odată cu „nevrozele experimentale” realizate pe câine, conceptul de neurastenie reapare. Mai ales că argumentul lui Beard funcționa și el, URSS era în plin avânt de industrializare și de construire a unui viitor de aur. Odată ce România a intrat în orbita Imperiului Sovietic postbelic, neurastenia a devenit și aici principala nevroză oficială, consfințită printr-o lucrare publicată de Institutul Național de Neurologie sub conducerea academicianului Kreindler. Toate statisticile Ministerului Sănătății din anii '60-'70 înregistrează faptul că 90% din persoanele ce sufereau de nevroză aveau diagnosticul de neurastenie, eventual cu „elemente” anxioase, depresive, fobice, obsesive etc. Ciudat, în această atmosferă științifică se reactivase și „psihastenia” lui Janet, are împreună cu clasică histerie, formau acum o triadă nevrotică. După 1980 și mai ales după 1990, neurastenia a dispărut atât din România cât și din URSS nu numai datorită faptului că a dispărut această entitate politică. Ceea ce nu înseamnă că „astenia” ca trăire psihopatologică nu există, că ea nu este conceptualizabilă și că patologia respectivă nu poate fi contabilizată epidemiologic. Între timp a apărut conceptul de „reacție de epuizare” („*burnout*”) care împreună cu reacția de stres posttraumatic și cea de doliu sunt considerate de nosologia actuală ca principalele stări reactive comprehensive (în vechiul sens al lui Jaspers). Reacția astenică de epuizare rezultă dintr-un consum energetic exagerat, într-un timp scurt și fără satisfacții suficiente. Iar astenia, ca sindrom distinct de anxietate sau depresie se întâlnește alături de cenestopatii în unele forme de schizofrenie în care există un deficit al funcțiilor executive, concomitent cu perturbarea coerenței centrale.

Perspectiva și problematica transculturală a psihopatologiei a fost menționată în capitolul introductiv cu trimitere la fobie, homosexualitate și sinuciderea indirectă. Împreună cu cele comentate în capitolul de față pe marginea ideilor vehiculate de „constructivismul social” întrebarea: „Ce este tulburarea mintală” are în față câteva probleme majore:

– Se acceptă sau nu o instanță de minus antropologic a tulburării psihice? Nu e vorba de simpla diversitate și alteritate, idei avansate de unele variante ale antipsihiatriei. De asemenea, dacă e comentat un plus de sensibilitate sau vulnerabilitate suplimentară, acestea nu au sens decât dacă se plasează într-o anumită direcție, care e cea a minusului antropologic. Acest pol al „minusului nebuniei” poate fi comparat pe de o parte cu complexitatea vieții de zi cu zi, iar pe de altă parte cu plusvaloarea oamenilor deosebit de talentați și creatori. Înțelegerea omului trebuie să fie nuanțată și dinamică, diverse fațete ale existenței sale pot coexista sau se pot succeda. Dar nici varietatea nici extremele nu se cer anulate în numele unei pseudodemocrații retorice.

- Zona de minus valoric a nebuniei se exprimă variat de-a lungul istoriei societăților umane, fiind influențată de particularități culturale, atât în modul de manifestare cât și parțial, în condiționarea apariției sa în prim plan și lectura făcută de psihologia populară sau de instituțiile abilitate și competente. Creșterea cunoașterii și metamorfoza vieții sociale schimbă tabloul expresiv și lecturabil al psihopatologiei clinice dar nu o desființează. Chiar dacă diavoli nu mai cauzează nebunia, instanța psihopatologică a antroposului nu dispare prin aceasta. Ea continuă să existe în mijlocul vieții lumii oamenilor.

9.3. SOLUȚIA BIOSTATISTICĂ A LUI BOORSE

În perioada următoare provocării antipsihiatrice când se dezbăteau principiile DSM-III, a fost propusă o soluție care, în cadrul dilemei sugerate de Kendell, opta pentru varianta „științifică, liberă de valori” a domeniului esențial al psihopatologiei clinice, bazată pe o concepție biostatistică. Cristophore Boorse (1975), propunea să se acorde atenție distincției semantice care se face în engleză între *maladie* (= „*disease*”) și *boală* (= „*illness*”). Prima s-ar referi la o perturbare obiectivă a funcționării normale a speciei, detectabilă științific ca îndepărtându-se de media statistică. Boala „*illness*” – ar fi o subclasă a maladiei care ajunge să fie suficient de incapacitantă încât să inducă stări resimțite ca dăunătoare („*harmful*”) astfel încât să se facă apel la ajutor medical, implicându-se aspecte socio-valorice. Tulburarea naturală ce stă la baza maladiei e detectabilă prin devierea statistică de la normă, fapt valabil și pentru bolile mintale.

Poziția lui Boorse e mereu citată ca exemplară pentru felul în care problema s-a pus în epocă. Trimiterea la devierea statistică de la normă e însă prea vagă. În general, în medicină, unele boli endemice sau unele defecte sunt statistic dominante în anumite circumstanțe, fără a putea reprezenta sănătatea. Problema esențială, mai ales în cazul psihopatologiei, este alegerea grupului de referință, care se cere determinat ca vârstă, sex, mediu cultural, perioada istorică. În principiu, referința ar fi la „specia umană în general”, ceea ce realmente are în vedere, până la un punct și dintr-o anumită perspectivă psihopatologia evoluționistă. Dar, această abordare nu are pretenția de obiectivitate biostatistică. Tema mediei statistice ca normalitate aduce însă în discuție o mai veche și importantă idee, care a funcționat și pentru psihopatologie, cea a normei ideale. E vorba de un aspect socio-cultural care a fost și este funcțional pretutindeni. În orice cultură e promovat un tip ideal de om, susținut pe diverse căi, nu totdeauna clar și explicit. Ceva mai clar aceasta apare în conturul eroilor ideali ai miturilor, epopeilor, mai recent a romanelor, filmelor și idolilor de televiziune. Pe căi indirecte acest om ideal al unei socio-culturi se exprimă în legislație, norme de conduită, tradiții, percepțe etice, reguli – scrise și nescrise – de promovare, argumente de selecție socială pentru funcții importante și modele aspirative pentru tineri. Omul ideal e promovat de sistemele educative și influențează mentalitatea vieții de zi cu zi. El e diferit în societatea americană actuală ce a promovat DSM-III – așa cum analizează Sandler – de omul ideal din Viena vremii lui Freud sau din Germania contrareformei. „Specia om” nu se definește doar prin bagajul genetic purtat de gene ci și prin normativitatea modelelor ideale, care fac ca omul Greciei antice să fi fost parțial diferit de europeanul din secolul XX, cel puțin în ceea ce privește atenția acordată subiectivității. Această problemă, pe care viziunea biostatistică a obiectivității științifice a normei statistice o reactualizează dar nu o promovează operațional, merită atenție în continuare, în afara oricărui relativism cultural. Dimpotrivă, problema pe care o are de rezolvat psihopatologia clinică se referă la faptul că „nebunia” sau tulburarea mintală trebuie să aibă standardele ei de apariție și manifestare în perspectivă transculturală, dar fără a face apel doar la o natură biologică generică și abstractă, ignorând însăși bazele naturii umane. În plus intră în joc și nuanțele diferențierii între normalitate și anormalitate, sănătate și boală sau tulburare mintală.

9.4. DOCTRINA EVOLUȚIONISTĂ A LUI WACKEFIELD: DISFUNȚIA DĂUNĂTOARE

Dezbaterea temei: „*Ce e tulburarea mintală?*” beneficiază în ultimul timp de înțelegerea evoluționistă neodarwiniană a psihologiei și psihopatologiei. Începând cu anii '90 în această direcție a p.pt.e., în ceea ce privește circumscrierea și diagnosticul tulburării mintale, s-a impus Wackefield, ce a lansat doctrina „disfuncției dăunătoare” – „*Harmful disfunction*” – H.D. Aceasta susține că psihopatologia clinică se cere circumscrișă pe baza a două realități complementare și interpătrunse, interconținute: – „Disfuncția”, care

se referă la perturbarea, la nefuncționarea corespunzătoare în individ a unor mecanisme psihologice funcționale care s-au sedimentat în urma selecției naturale ca fiind adaptative. Datorită anumitor cauze, la unii indivizi și în anumite împrejurări, aceste mecanisme nu mai funcționează așa cum au fost ele programate și reținute prin selecția naturală, nu mai corespund adecvat proiectului, „design”-ului lor adaptativ. Al doilea aspect, cel „nociv”, dăunător („harmful”) reprezintă consecința acestei disfuncții biopsihologice la nivelul integrării și funcționării socio-culturale a individului, fapt ce perturbă exercitarea rolurilor, performanțele, izolează individul și îl fac să sufere excesiv, îl expun la riscuri exagerate. Disfuncția, aflată la polul individului, e considerată de Wakefield ca o tulburare obiectivă, măsurabilă științific, ca un aspect biomedical natural, în sensul comentariului lui Kendell. Aspectul dăunător e corelat mai mult cu parametrii socio-culturali, cu valorile promovate de oameni care determină ca o disfuncție să fie sau nu considerată nocivă în anumite contexte. Exemple invocate sunt albinismul, care deși deviază de la proiectul selecționat evoluționist nu apare ca o problemă de integrare socială; sau incapacitatea de a învăța scris-cititul din motive organice, într-o societate nealfabetizată.

Din multe puncte de vedere circumscrierea lui Wakefield e concordantă cu cea din DSM-III-IV. Ea pretinde o tulburare obiectivă ce se află în individ și nu acceptă ca tulburare doar conflictul dintre individ și societate sau intoleranță socială față de convingerile personale. Doctrina HD e mai sensibilă și mai explicită decât concepția DSM-III-IV în a nu accepta ca tulburări simplele deviațe sociale sau „problemele de viață”, așa cum ar fi: lipsa de educație și cultură, analfabetismul, proastele maniere, încălcarea convențiilor sociale, vagabondajul, criminalitatea (corelată sărăciei și disfuncțiilor organizării sociale), neconformarea socială care are la bază înalte principii morale sau adânci și argumentate convingeri religioase, filosofice, politice etc. Spre deosebire de DSM-III-IV, doctrina HD e sensibilă la context. Însă principala deosebire este una de fond, doctrinară. HD susține că, pentru a afirma și diagnostica o tulburare psihică, trebuie să existe o funcție adaptativă normală și selecționată în acest sens de evoluție, sindromul psihopatologic exprimând disfuncția acesteia. De aceea Wakefield și cei ce îl urmează sunt explicit și vehement împotriva circumscrierii tulburării mintale pe baza unui „sindrom clinic semnificativ”, unde sindromul se referă la o listă de simptome iar aspectul semnificativ la numărul intensitatea și durata acestor simptome, care induc suferință, scăderea funcționării sociale și riscuri crescute. Sindromul ce constă într-o listă de simptome nu spune nimic – susține argumentat Wakefield – poate fi modificat arbitrar prin votul experților, în urma unor propuneri insuficient fondate, înmulțind numărul entităților nosologice. De fapt cruciada lui Wakefield e îndreptată împotriva cazurilor fals pozitive, care rezultă sau pot rezulta din aplicarea mecanică a listelor de simptome din DSM-III-IV. Și împotriva introducerii de noi entități nosologice „oficiale”, doar pe baza impresiilor și observațiilor clinic obiectivante fără o fundamentare evoluționistă.

Ideea sindromului clinic semnificativ rezultă din tradiția psihiatriei observaționale din azilele secolelor XIX–XX, în contextul doctrinar în care simptomele erau considerate că expresia leziunii unui organ, în speță creierul. Această viziune biomedicală localizaționistă, oricât de „științifică” ar fi ea, trebuie să facă loc – susține Wakefield – înțelegerii dinamice, funcționalist evolutive, pe care p.p.d.e. o exprimă.

Comentariile pe marginea doctrinei HD au relevat părțile sale pozitive dar și unele lacune și aspecte slabe, cel puțin în varianta susținută de Wakefield. S-a apreciat că perspectiva evoluționistă a psihopatologiei adaugă multe aspecte importante la validitatea tulburărilor psihice dar nu și la reproductibilitatea diagnosticelor („reliability”). Exemplele pe care le dă Wakefield sunt importante, dar obiecția sa principală, aceea a creșterii cazurilor fals pozitive apare ca reprezentând un pericol doar în cazul unor clinicieni ce nu judecă matur și sintetic ci mecanic. De fapt – lucru important – exemplele lui Wakefield se referă în mare parte la stări reactive, fapt ce atacă un punct realmente sensibil al sistemului DSM-III-IV și anume decontextualizarea de principiu a diagnosticului psihiatric. Astfel, sunt aduse în discuție: – anxietatea de separare a copilului mic, care e un fenomen adaptativ normal, anormalitatea în patologie începând doar de la o limită de intensitate, care e greu de precizat mecanic; – sindromul ADHD; – tulburările de conduită ale copilului și tânărului; – comportamentul opoziționist în familiile în care copilul este maltrat; – alcoolismul și toxicomania la tineri; – tulburările de adaptare; – reacția acută la stres; – depresia după pierderi majore. Privitor la depresie Wakefield a scris (în colaborare) o carte recentă în care susține, încă din titlu, cum psihiatrii transformă oamenii normali în bolnavi psihici. Argumentarea se bazează pe faptul că aplicarea mecanică a criteriilor oficiale, de exemplu a duratei de maximum 2 luni la depresia de doliu, într-adevăr duce la creșterea numărului celor astfel etichetați. Mai ales că aceste criterii oficiale nu au în vedere alte tipuri de pierderi, care în mod natural și adaptativ conduc la unele stări reactive depresive pe care acum psihiatrii le

etichetează ca depresie majoră. Această inflație de cazuri fals pozitive, care se petrece nu doar în domeniul depresiei, are consecințe sociale ample, de la consumul crescut de medicamente și servicii de sănătate, la exactitate în domeniul cercetării și învățământului. Dar Wackefield nu analizează suficient faptul cum omul contemporan intră în coaliție cu această tendință de hiperdiagnosticare a depresiei, atât prin forma depresivă pe care o iau unele stări conversive – fapt abordat de unii psihopatologi evoluționiști – cât și prin medicalizarea de ansamblu a vieții sociale, mentalitate prin care e minimalizat efortul stoic de a suporta suferința. În consecință, analizele de tip HD au sens, dar ele ar trebui dezvoltate într-o perspectivă lărgită a unui evoluționism care să cuprindă și dimensiunea socio-culturală a omului

Concepția HD a lui Wackefield i s-au mai adus și i se mai pot aduce și alte critici. O obiecție a psihopatologilor clinicieni este că doctrina HD nu ajută, practic, diverse zone ale cercetării, de exemplu cea epidemiologică, care e mai bine servită de proiectul „sindromului clinic semnificativ”. La fel, ea nu are încă aplicații în domeniul studierii cazurilor subclinice, a fazelor prodromale, a stărilor defective și mai ales a vulnerabilității. O altă obiecție, ce poate veni din însăși perspectiva p.pt.e., este că Wackefield nu invocă „moduli” psihologi adaptativi, ci „funcții” psihice precum emoția, gândirea, atenția, memoria, comportamentul. Gândirea modulară este esențială pentru p.pt.e. existând chiar aspirația de a se identifica o structură universală de moduli adaptativi valabilă pentru întreaga specie umană. Procesul este deocamdată blocat la nivelul p.pt.e. deoarece nu e dezvoltată și integrată suficient zona specific umană a psihismului persoanei conștiente.

În perspectiva p.pt.d. anxietatea generalizată poate fi derivată din mecanismul sau „modulul” adaptativ al alertei individului ce ajunge într-o situație nouă, cu informații neclare despre fenomene posibil periculoase. Dacă acest modul al alertei se manifestă decontextualizat, intens și persistent, făcând ca individul să nu mai poată fi atent la alte aspecte ale ambianței și la alte proiecte, el ajunge disfuncțional, dezadaptativ, patologic și apare ca „sindrom al anxietății generalizate”. Dar „modulul alertei” – care cuprinde manifestări cognitive, emotive, comportamentale, corporal disvegetozice – este un instrument, un „mecanism” selectat prin evoluție pe care individul îl are în permanență la dispoziție pentru a reacționa adaptativ. În plus, la om condițiile anxiogene sunt mult mai variate decât la lumea animală. Situația de noutate se poate manifesta în raport cu „universuri umane” speciale, în care el se poate rătăci. Anxietatea omului poate fi condiționată la un moment dat de pierderea sensului existențial sau de frica lui Dumnezeu, ceea ce nu e cazul la animale. Oricum, dacă se instalează o stare de anxietate generalizată patologică la om, subiectul și cei din jur pot să nu înțeleagă din primul moment de ce aceasta apare, care îi este justificarea. Odată ce apare un sindrom psihopatologic, la animal și la om, un modul adaptativ se manifestă excesiv, decontextualizat, dezadaptativ, nejustificat, fără o conexiune semnificativă suficientă cu rostul pentru care el ar fi trebuit să se manifeste. Asupra acestui aspect a atras atenția recent Bolton.

9.5. PERTURBAREA CONEXIUNILOR SEMNIFICANTE: BOLTON

Bolton atrage atenția că în normalitate omul – până la un punct la fel ca animalul dar într-o modalitate mai specială și mai complexă – se relaționează la lume cunoscând-o, encodând în creier semnificații pe care le utilizează în acțiunile sale cu sens. Viața normală a oamenilor se desfășoară după luniile de forță ale unor conexiuni semnificative, care fac ca acțiunile individului să aibă un sens pe care alții îl înțeleg și la care reacționează adecvat. Semnificațiile „encodate” în creier au valențe cauzale, comprehensibile, fapt ce susține firescul vieții de zi cu zi. Psihopatologia începe acolo unde aceste conexiuni se perturbă, unde semnificațiile uzuale nu mai funcționează ca atare. La baza stărilor psihopatologice ar sta, în perspective cognitivistă, o „disrupție a conexiunilor semnificative” („*breakdown of meaningful connections*”, „*disruption of the meaning*”). Această înțelegere a determinismului are desigur în vedere dimensionarea existenței umane prin limbaj, semnificații, norme, valori. Dar ea nu e străină de ideea cultivată de p.pt.e. și p.pt.c a modularității. Doar că „moduli psihici adaptativi” – m.p.a. – sunt considerați acum în specificul lor antropologic. Bolton nu se exprimă explicit astfel dar pledoaria sa e în acest sens. Mai precis, el încearcă o rearticulare cu universul științelor specific umane pentru care a pledat la timpul său și Jaspers, care a susținut ideea „reacțiilor comprehensive”.

La acest nivel de problematizare, cognitivismul psihologic și psihopatologic actual se poate corela cu proiectele p.pt.e. și p.pt.d., incluzând tema m.p.a., ce funcționează într-o lume specific umană.

Comentariul lui Bolton deschide perspectiva concepției evoluționiste spre specificitatea lumii umane. Dar problematica psihopatologiei nu devine mai simplă, ci dimpotrivă. Un modul psihic adaptativ, structurat și putându-se afirma în specificitatea sa antropologică nu se manifestă în psihopatologie doar excesiv, decontextualizat, neadaptativ și perturbând conexiunile semnificante, ci exprimând și o modalitate deficitară, de minus, a existenței persoanei. Acest deficit, acest minus, chiar considerat în sensul tradițional a lui Jackson și Ey, se cere analizat la rândul său, prin formele sale de instituire și manifestare: de nedezvoltare, de deteriorare, involuție, blocare, inhibiție excesivă, disoluție, regresie, dezorganizare, desimplicare etc. Și apoi, continuă întrebări ca: *Acest deficit ce zonă a ființei individului vizează? În ce incidență? Ce presupune el în mod secundar? Care este reacția persoanei și a ambianței?* Multiplele întrebări ce stau în fața psihopatologiei clinice au însă un ghid destul de coerent în ideea că, principalele stări – recte sindroame – psihopatologice se corelează cu disfuncția unor structuri modulare adaptative antropologice normale.

9.6. ORIENTAREA PSIHOPATOLOGIEI CLINICE ÎN DIRECȚIA DISFUNCȚIEI ȘI DESTRUCTURĂRII MODULARE A PSIHISMULUI CENTRAT DE SINE ȘI PERSOANĂ

P.pt.e., în măsura în care promovează ideea modularității psihice organizată în jurul sinelui – idee promovată de pt.c. și p.pt.d. – ne face să înțelegem cum mare parte din stările psihopatologice nu apar „ex-novo” ci exprimă o disfuncție, o desimplicare și/sau o dezorganizare a unor structuri sau „organe funcționale” adaptative cu care persoana ajunge să fie dotată, ca o consecință a evoluției și ontogenezei. Și care, acum se manifestă în contextul unui deficit psihologic. Desigur, patologia poate consta în neapariția, neachiziționarea acestora, de exemplu a complexului modular semnalat de ToM în cazul autismului. Sau, din constituirea lor deformată, dintr-o fragilitate a modului de funcționare, pe care îl susține doctrina vulnerabilității, dintr-o inserție deficitară a lor în ansamblul psihismului. Suntem încă departe de o înțelegere comprehensivă a structurării și funcționării psihismului conștient al persoanei umane. Dar psihopatologia, în calitatea sa de „experiment natural”, ne poate sugera unele lucruri asupra acestei structuri.

În continuare se vor încerca câteva scurte analize și comentarii în spiritul unei psihopatologii clinice care ține cont de actuala conjuncție a ideilor developmentale, evoluționiste, cognitiviste și fenomenologice. Tema modulului psihoadaptativ rămâne în dezbatere.

Nu este dificil să ne imaginăm existența la om, în continuitatea modulelor adaptative selecționate în psihismul animal, a unui complex modular, a unor m.p.a. orientați spre raportarea activă și performantă la ambianță în contextul specific al lumii umane. Această raportare presupune desigur relația situațională concretă a subiectului, prezent prin corpul său biologic activ, cu o lume structurată spațial, ca spațiu al acțiunilor posibile. Și care e populată și de alte persoane, fiind marcată de artefacte și simboluri. Și la fel, raportarea activă presupune angrenarea bazală a subiectului în rezolvarea de probleme situaționale prin proiecte cu durate variabile. Dintr-un posibil complex modular al raportării active și performante la ambianță, ar face parte cel puțin patru module:

– Un m.p.a. al investigației exploratorii a mediului. Atât animalul cât și omul e preocupat să exploreze ambianța, să o cunoască, să o experimenteze. Aceasta este o tendință bazală, constantă; dar investigația poate fi stimulată de informații noi, care stârnesc curiozitatea. Faptul bazal al explorării ambianței e evident la copil și o bună relație de atașament îl potențează. Explorând, individul trebuie să fie tot timpul pregătit pentru reacții prompte. Nu e dificil să ne imaginăm de asemenea cum o disfuncție a unui astfel de m.p.a. stă în spatele sd. ADHD. Manifestarea e acum decontextualizată, exagerată ca intensitate, fără suficiente articulații semnificative cu ambianța, dezorganizează comportamentul subiectului și a celor din jur, e disfuncțională. Lista de simptome, grupată de obicei în trei clustere, e necesară pentru diagnostic. Pe lângă condiționările genetice, cele proximale pot fi și ele multiple, de la leziuni cerebrale minime la tulburări ale relației afective cu îngrijitorii, sau la factori educativi specifici societății actuale, prea constrângătoare pentru spontaneitatea înăscută de investigație a copilului, care a fost selecționată evolutiv adaptativ în perioada EEA. Dincolo de „sindromul clinic semnificativ” ce induce deteriorarea funcționării și suferință, e adecvată și interpretarea HD a lui Wackefield și cea a disrupției conexiunilor semnificante a lui Bolton. Pentru om, investigația se desfășoară desigur și în alte planuri decât cel al lumii fizico-biologice, în direcția unor

realități virtuale. Dar modelul bazal, care derivă din biologie și se manifestă la copil, rămâne important pentru psihopatologie.

– Un m.p.a. al alertei în fața noului și necunoscutului potențial periculos ar putea fi inclus în aceeași clasă. Dacă apare un stimul surpriză sau dacă explorarea avansează în zone necunoscute, posibil periculoase, apare în mod firesc și adaptativ o stare de alertă bio-psihică generală, care să permită o reacție rapidă în caz de pericol sau de apariție a unei șanse deosebite. Vigilitatea crește, organele senzoriale și sistemele motorii de acțiune ajung la un nivel crescut de funcționare, crește metabolismul, fapt însoțit de hiperpnee și tahicardie, privirea și auzul sunt în stare de receptanță și investigare maximă. Tonusul muscular crescut poate conduce la neliniște psihomotorie iar alerta endocrină și vegetativă se poate manifesta prin simptome corporale variate. Această stare de alertă instalată decontextualizat, manifestându-se intens și prelungit în afara unor conexiuni semnificative, se poate exprima ca sindrom de anxietate generalizată. Reacția față de informații paroxistice cu semnificație de pericol induc criza de spaimă. Dacă criza apare decontextualizat suntem în fața unui atac de panică, care nu mai are acum nici o funcție adaptativă ci deteriorează evident funcționarea individului.

Alerta anxioasă pune subiectul – sinele – în cumpănă, îl pregătește pentru o eventuală soluție a retragerii, a evitării riscului și pericolului. Atitudinea anxioasă se poate extinde mult dincolo de aspectul situațional al alertei, implicând imaginarul, îngrijorarea față de posibilitatea apariției unor eventualități nefavorabile pentru subiect și pentru cei ce îi sunt apropiați, posibilitatea întâlnirii cu situații fobogene. Comportamentul fobic de evitare e mai complex decât reacția situațională de alertă implicând memoria, anticiparea, schema comportamentelor de evitare. Adică, instanța metareprezentățională a psihismului și sinelui. Schema biologică a evitării fobice se regăsește la om în structura sa bazală, inclusiv în ceea ce privește agorafobia. Dar ea capătă acum un specific uman.

– M.p.a. al asertării și combativității agresive asigură individului succes în lupta cu adversarii sau în obținerea obiectivelor dezirabile. Modelul biologic al acestuia e mult complexificat la om dar referința se poate păstra. Și acesta se poate manifesta decontextualizat și dezadaptativ în cadrul agresivității confuzive clactice. Atitudinea asertivă și combativă se poate extinde și ea transsituațional, în planul unor strategii dezvoltate la nivel metareprezentățional.

– M.p.a. al dezinhibiției și sociabilității gregare (s.g.), ultimul pe care-l menționăm în cadrul acestui complex modular, intră în joc când e utilă adaptativ o sociabilitate crescută lipsită de inhibiții de orice fel. Comentariul se poate axa pe dezinhibiția sexuală, comportament util „curtării”, apropierea dintre parteneri de sex opus și acuplării. În biologie, comportamentul se manifestă în sens adaptativ în perioadele de rut, fapt ce presupune periodicitatea. Există însă și varianta comportamentului asertiv energic, lipsit de inhibiții sociale, care minimizează riscurile și se aventurează dezlănțuit spre realizarea obiectivelor. Sau varianta bunei dispoziții euforice ce apare cu ocazia succeselor și veștilor bune și care precipită spre sărbătorirea colectivă. La om, toate acestea confluează în starea psihopatologică hipomaniacală. O mențiune specială merită sociabilitatea gregară și dezinhibată în care subiectul se manifestă vesel și glumeț, cu ignorarea ierarhiilor sociale și a reticenței, din timpul sărbătorilor carnavalesci.

Sărbătorile, care la om au o funcție adaptativă deoarece susțin coeziunea socială, au două faze: prima e marcată de seriozitate ritualică hiperordonată, cu manifestări ceremonioase ce sugerează TOC, perioadă în care e invocată și vizată transcendența. A doua, opusă, este cea a desinhibiției sociale gregare, cu destructurarea ierarhiilor sociale și accentuarea coeziunii grupale bazale, așa cum se petrece la carnavaluri. M.p.a. al s.g. poate susține bine această fază, prin sociabilitatea lipsită de reticențe, marcată de îndrăzneală, contaminare afectivă pozitivă, motiv pentru care aceste comportamente au fost selectate și cultivate ca atare de oamenii de pretutindeni, până în zilele noastre. De reținut că sărbătorile se desfășoară periodic, la fel ca și rutul.

Acutizarea prezentului e comună întregii clase de m.p.a. orientată spre abordarea activă a ambianței, menționat mai sus. În cazul poziționării atitudinale combativ beligerante, subiectul e concentrat pe rezolvarea imediată a problemei concrete litigioase, de care poate depinde însăși existența sa. În cadrul anxietății, prezentul, trăit acum cu intensitate, e marcat de un viitor imediat problematic și periculos, deschis spre posibilele rele. În cazul explorării investigatorii predomină curiozitatea ca direcție de închegare eventuală a actualității într-un proiect. În starea de sociabilitate gregară dezinhibată și euforică, subiectul trăiește intens și hedonic prezentul, privind viitorul cu optimismul superficial al tuturor posibilităților realizabile. Toate variantele menționate se cer referite însă la o situație standard. Și anume la procesul acțiunii actuale eficiente, a activității pozitive reale, care împlinește de fapt „prezentul” trăit. Și

care se eșalonează ierarhic, prin proiecte de diverse amplitudini, în care subiectul se simte angajat. Dacă nu ne cantonăm la nivelul celor patru situații menționate, a celor patru m.p.a. care acutizează prezentul trăit, atunci s-ar cere avută în vedere perspectiva mai largă a comportamentelor și raportărilor interpersonale deliberate și elaborate de persoana care urmărește comportamente și acțiuni eficiente, ce se realizează prin proiecte guvernate de norme. Proiecte prin care se rezolvă situații problematice care preocupă un timp subiectul.

Omul a dezvoltat cu totul specific – în raport cu psihologia animală – o structură a funcțiilor executive, care implică motivația, deliberarea, decizia, argumentarea, planificarea, execuția, controlul, persistența și realizarea finală. Și la fel, o structură complexă a relațiilor interpersonale care pune în joc apropierea afectivă, comunicarea intersubiectivă, comprehensiunea, tatonarea apropiierilor de altul, – parcurs pe care se manifestă suspiciunea – cooperarea, colaborarea în acțiune, atașamentul, dragostea. Atât acțiunea cât și relaționarea se inseră în situații, au ca punct de plecare o situație, se desfășoară prin intermediul situațiilor. Mare parte din sindroamele psihopatologice standard exprimă disfuncția, aplatizarea și dezorganizarea funcțiilor executive și relaționale, așa cum s-a comentat cu ocazia sindroamelor. Manifestările active ale oamenilor se desfășoară uneori cu accent pe munca ce realizează „meșteșugărește” un produs finit, alteori cu accent pe realizarea unor relații interpersonale în cadrul unor afilieri și colaborări sau a unor confruntări și distanțări de altul. În ambele cazuri subiectul se află în centrul manifestării.

Apare sugestia luării în considerare a trei direcții sau zone de manifestare, comentariu, studiu, analiză a psihismului uman, care se evidențiază în diverse grupaje a sindroamelor psihopatologice. Acestea ar fi:

C	A	B
Zona activității productive a acțiunii voluntare	Zona axială a sinelui și persoanei	Zona relaționării interpersonal sociale

Desigur, în orice trăire, în orice manifestare, în orice rezolvare de situație problematică, sunt implicate toate aceste trei zone, incluzând lumea umană în care fiecare persoană există. Dar acțiunea voluntar productivă se desfășoară într-o zonă relativ specifică, chiar dacă se realizează împreună cu alții; domeniu în care psihopatologia ne relevă, între altele, abulia și manifestările obsesiv compulsive. Ei i se poate evidenția și o structură formală bazală. La fel cum propensiunea spre alții orientată spre cunoașterea acestora, spre apropiere, afiliere și colaborare, se desfășoară în altă direcție, în care psihopatologia relevă paranoia. Pentru ambele direcții punctul de plecare și elementul central rămâne zona axială a sinelui.

Revenind la comentariul privitor la participarea unor m.p.a. circumstanțiali la desfășurarea vieții omului, manifestări similare cu cele patru modalități de raportare activă menționate, pot fi întâlnite și în alte direcții. De exemplu, în același model ar putea intra atitudinile circumstanțiale privitoare la: – preocuparea față de sănătate în cazul apariției unor indicii de suferință corporală; – preocuparea față de aspectul corporal, expresivitate, performanță proprie în cadrul unei situații în care subiectul știe că va fi în centrul atenției celorlalți; – retragerea pentru refacere, reculegere și reorganizare în urma unor solicitări excesive a unor situații dificile și după pierderi importante; – precauția în fața unei preocupări prea insistente a altora în raport cu propria persoană. Astfel de modele de trăire și comportament au o bază în biologie dar se manifestă altfel în cazul omului, au o semnificație adaptativă. Ele au un punct de plecare situațional circumstanțial, putându-se apoi instala ca preocupări de durată la nivel metareprezentational. În plus, nu e vorba doar de o reacție față de semnificația unei situații. Ci, de structuri funcționale adaptative ce au o coerență specifică și care se pot actualiza în anumite împrejurări, durând atât cât e necesar. Și care, în caz de deficit disfuncțional se pot manifesta prin sindroame psihopatologice. Privite astfel, sd.pt. nu constau doar din suma unor simptome cognitive, afective și voliționale care statistic se întâlnesc împreună frecvent. Coerența în manifestare și sensul adaptativ al manifestărilor menționate sugerează apropierea lor de ideea de modul psihic ce a fost lansată de psihologia developmentală și de cognitivism și adoptată de psihologia evoluționistă.

Un ghidaj pentru identificarea celor mai importanți m.p.a. situaționali ai omului poate fi realizat în mare măsură de însăși semiologia psihopatologică, urmărită sub forma sindroamelor standard, așa cum e mania, depresia, anxietatea generalizată, fobia, obsesionalitatea, tulburările somatoforme, sindromul senzitiv relațional etc. Dacă se pleacă de la ipoteza că principalele sd.pt. exprimă stări deficitare disfuncționale ale

* A se vedea Anexa 1.

psihismului persoanei, atunci pe acest fir conductor se poate căuta și înțelegerea modulară normal adaptativă a acestora. Care, devine disfuncțională prin decontextualizarea, exces, rigiditate, simplificare.

Perspectiva disfuncției unor moduli înțelegi doar strict situațional nu epuizează psihopatologia. Situațiile trăite au limite largi, nereducându-se la un eveniment acut. Ele se pot corela cu probleme și proiecte de mare amploare, care preocupă subiectul o perioadă mai lungă de timp. În plus, persoana, la un nivel metareprezentational și autoetic, ia atitudine atât față de situație cât și față de sine. La acest nivel se desfășoară preocupări, griji, opinii, credințe în idei mai mult sau mai puțin raționale, care privesc felul în care problemele situației afectează subiectul. Acestea implică și o evaluare de sine și a celorlalți, a atitudinii de durată a celorlalți în raport cu subiectul. Iar aceste evaluări sunt formulabile tematic, discursiv. În psihopatologie la acest nivel se plasează delirul. Preocuparea o perioadă de timp față de o temă, o idee, poate avea și ea o funcție adaptativă. În plus o importantă parte a psihopatologiei exprimă în mod destul de direct deficitul disfuncțional și chiar dezorganizarea instanței axiale a sinelui.

Atunci când un individ e curios, investighează ambianța, se află în stare de alertă în fața unui eventual pericol sau se angrenează într-o acțiune cu scop, el se manifestă ca un subiect care declanșează niște structuri psihice funcționale cu care a ajuns să fie dotat, niște m.p.a. care devin activi în împrejurări date, în care subiectul se implică și cu care operează în același timp, ca și cum ar folosi niște instrumente. Un astfel de individ poate fi numit „agent” iar comportamentul său exprimă o „agenție”. Termenul de agenție e destul de folosit în psihologia persoanei iar Bandura îl utilizează alternativ cu cel de sine (*self*). Conceptul de sine s-a impus odată cu cognitivismul actual – înlocuindu-l pe cel de eu conștient. Sinele este un concept complex pe care filosofia și știința actuală l-a abordat din foarte multe perspective, articulându-l și cu conceptul tradițional de persoană. Actualele cercetări în psihologie și psihopatologie realizate de echipe vaste ce reunesc neurofiziologi, specialiști în inteligențe artificiale, etologi, sociologi, lingviști, hermeneuți, filosofi ai mentalului și fenomenologi, au ajuns la o viziune ierarhică și modulară a sinelui care în prezent e comentată ca având următoarele instanțe:

– Protosinele sau sinele bazal, „încorporat”, ce se bazează pe funcții centroencefalice și are multe elemente comune cu psihismul animalelor; protosinele se manifestă și în subiectivitate, ca și „corp trăit”.

– Sinele nuclear, cel al sentimentului agenției proprii și apartenenței la sine a trăirilor, a delimitării propriei minți de a altora. Sinele nuclear este agentul procesului de „mentalizare”, de atribuire a unor stări mentale altor persoane și sie-și, în cadrul constantului și esențialului proces de colaborare interpersonală.

– Sinele biografic, metareprezentational, cel al identității de sine diacrone și a reprezentării de sine în cadrul narațiunilor. Corelat cu acesta se mai comentează sinele autoetic cu funcții de autoevaluare, autodeterminare, stimă de sine, ideal de sine. Acest nivel, care asigură sentimentul duratei, stă și la baza narațiunilor biografice și autobiografice.

– Instanța persoanei, care identifică și reprezintă sinele în plan social, prin statute și roluri, prin indici sociali de identificare. La nivelul persoanei funcționează conștiința morală și creativitatea spirituală.

La toate nivelele menționate se realizează relaționări interpersonale și intersubiective. Toate nivelele sinelui se bazează pe intenționalitate, pe atașamentul subiectului la o lume corelativă în care se integrează și în care se proiectează, prin permanente proiecte de acțiune ghidate de norme și valori procese de sinteză integratoare.

Nivelele sinelui se formează și se metamorfozează în ontogenie și de-a lungul ciclurilor vieții. Ele pot fi concepute ca organizate concentric în jurul unui ax central, în cadrul unei structuri a coerenței centrale care asigură o delimitare, un interior subiectiv și un exterior identității subiectului. Toate instanțele sinelui și persoanei sunt implicate în manifestările situaționale, inclusiv în cele ce pot fi comentate în perspectiva unor m.p.a.

* *

În continuare se va prezenta schematic o posibilă ordonare a acestei problematice în corelație cu sindroamele psihopatologice (sd.pt.):

a) Moduli psihici adaptativi ai raportărilor situaționale, ce expandează în plan metareprezentational:

– Raportarea activă față de ambianțe prin explorare, sociabilitate gregară (cucerirea partenerului și acuplare), combativitate beligerantă. Sd.pt.: ADHD, maniacal, iritabil și al agresivității clactice;

- Alerta în fața necunoscutului posibil periculos, anticiparea eventualităților nefavorabile. Sd.pt. al anxietății generalizate, atac de panică, îngrijorare, fobie (agorafobie);
- Retragererea pentru protecție, refacere, reculegere, reorganizarea sd.pt. depresiv;
- Grijă pentru propriul corp, pentru sănătate, sd.pt. somatoform, conversiv;
- Preocuparea față de o apariție interpersonal socială favorabilă. Sd.pt. dismorfofobic, hiperexpresiv histrionic, anxietatea socială;
- Preocuparea față de interesul crescut a altora în raport cu sine în cadrul tentativelor de colaborare. Sd.pt. senzitiv relațional.

Toate manifestările situaționale ce expandează în plan metareprezentational, implică sinele și persoana; atât în direcția orientării predominante spre acțiune cât și în cea a orientării predominante spre interrelaționare. Atașamentul interpersonal se manifestă și el în această instanță. Dar poate să o transgreseze, implicând profund identitatea persoanei. Elaborarea, proiectarea și realizarea acțiunilor împlinesc manifestările situaționale.

b) Funcții integrative ale zonei axiale ale sinelui care asigură: coerența centrală, delimitarea între interior și exterior, identitatea, intenționalitatea și poziționarea atitudinală a sinelui, judecarea sa sintetică. Disfuncții deficitare ale acestor funcții integrative vizează*:

- Identitatea și delimitarea psihocorporală resimțită. Sd.pt.al depersonalizării;
- Apartenența la sine a trăirilor la nivelul sinelui nuclear. Sd.pt.de transparentă – influență, referință, halucinații comentative, alte distorsiuni perceptiv și halucinatorii;
- Identitatea biografică. Sd.pt. disociativ de conștiință, dubla personalitate, variatele identități pe care le afirmă delirul;
- Identitatea resimțită atitudinal, în raportarea bazală la alții, la lume și la sine, în spatele scenariilor situaționale. Sd.pt. delirant halucinator;
- Coerența centrală a identității sinelui, care asigură sinteza psihică în plan structural și în planul manifestărilor circumstanțiale. Sd.pt. al dezorganizării;
- Intenționalitatea bazală a sinelui. Sd.pt. apatic amotivațional.

c) Funcții ale relaționării și cooperării interpersonale. Acestea se plasează în continuitatea și deasupra funcțiilor integratoare ale sinelui, la nivelul de manifestare socială curentă, prin strategii de relaționare ca: dominare, manipulare, evitare, suspiciune, supunere și indiferență, ținere la distanță. Aceste manifestări „modular adaptative” se pot întâlni ca restricționată în varietatea și elasticitatea lor de utilizare în cazul t.p.

Imaginea asupra structurii psihismului persoanei umane care ar rezulta dintr-o astfel de schemă este desigur mult sărăcită în raport cu normalitatea, fapt firesc deoarece e vorba de minusul psihopatologiei. Totuși, acest ghid poate fi util în încercarea de a descifra coordonatele psihice firești ale persoanei.

9.7. ARII MODULARE ȘI SPECTRU MALADIV ÎN PSIHOPATOLOGIA CLINICĂ. PATOLOGIA OBSESIV-IMPULSIVĂ

Funcționarea psihismului uman normal după un model modular lărgit, centrat de sine și de poziționările sale metareprezentationale este o abordare ce poate fi considerată comprehensivă. Iar deficitul disfuncțional al unor m.p.a. situaționali, care se decontextualizează, autonomizează, se manifestă rigid, simplificat, excesiv etc., poate fi invocat în înțelegerea unor sd.pt. standard. Rămân și aspecte insuficient de clare ale acestei abordări, așa cum ar fi schema formală de funcționare a acțiunii voluntare productive sau a relaționării ce tinde spre colaborare. De asemenea, articularea și fluența dintre manifestările situaționale, nivelul metareprezentational și axul structural al sinelui, sunt un subiect important de analiză și studiu în psihologia omului normal și în psihopatologie. În continuare se va încerca abordarea unor astfel de probleme în marginea patologiei obsesiv compulsive și a spectrului ei.

Clinica psihiatrică actuală continuă să graviteze în jurul unor entități nosologice discrete, a unor categorii diagnostice bine definite, deși acestea se întâlnesc rar fără a fi însoțite de comorbiditate. De aceea s-a dezvoltat un interes crescut pentru „spectre maladive” care reunesc mai multe entități nosologice ce au elemente comune cum ar fi: – înalta comorbiditate; – aspecte semiologice comune; – corelații între

* A se vedea Anexa 2.4, 2.5.

manifestările pe axa I și II; – manifestări clinice sau subclinice similare la rudele apropiate; – modalități similare de debut și evoluție; – respondența terapeutică similară etc. În prezent se desfășoară ample cercetări în direcția spectrului tulburării bipolare, spectrului autist, spectrului schizofren etc. Unul din domeniile clinice în care ideea spectrului s-a dezvoltat mult a fost cel al tulburării obsesiv-compulsive – TOC.

Patologia obsesiv compulsivă (O.C.) este comentată de psihopatologia clinică atât ca și tulburare episodică (TOC), cât și ca tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă (TPOC), anankastă în denumirea din ICD-10. Multe studii clinice arată că din punct de vedere statistic cele două tulburări nu se corelează semnificativ. Totuși se consideră ca fiind comune: dificultatea în decizie, excesiva atenție acordată ordinii și verificării, centrarea pe act, activitate, muncă și preocuparea specială față de delimitare (problematizarea infestării, zgârcenia, colecționarismul). Patologia O.C. a fost comentată și din perspectiva spectrelor maladive (capitolul 4). În această direcție este clasică abordarea lui Hollander care indică trei direcții ale STOC: – spre impulsivitate; – spre mișcările involuntare de tipul ticurilor; – spre preocupările prevalențial delirante cu tematică corporal relațională. La aceasta se adaugă tradiționala apropiere dintre TOC și patologie anxios fobică.

Abordarea psihopatologiei clinice capătă în ceea ce privește O.C. o perspectivă de înțelegere tot mai largă, în măsura în care se trece dincolo de clinica psihiatrică înțeleasă în mod strict spre abordări doctrinare. Psihopatologia evoluționistă aduce în discuție în ceea ce privește patologia O.C. existența la animale a unor ritualuri corelate evenimentelor importante ale ciclurilor vieții, cum ar fi curțarea, acuplarea, construirea locuinței. Apoi, comportamente stereotipe cu valoare de detensionare a anxietății, preocupări față de curățirea suprafeței corporale – comparabile cu preocuparea pentru infestare a obsesivilor – colecționarismul unor specii ce își fac provizii alimentare excesive etc. Psihopatologia dezvoltată atrage atenția asupra ritualurilor infantile antianxiogene, frecvente mai ales în mica copilărie: înainte de adormire, de plecarea de acasă, sau de evenimente ce necesită asigurare în vederea asertivității. Și la fel, manifestările apropiate de obsesionalitate ale îngrijorării părinților ce așteaptă un prin nou născut sau îl îngrijesc în primele luni. Orientarea cognitivă analizează detaliat problematica incertitudinii, a invaziei probabilităților necontrolate și alunecarea spre ideea supraevaluată nerațională. Și, de asemenea, deficitul de arhitectonică a gândirii, absența unui câmp portant de desfășurare a acesteia, ce conduce la fenomenul fuziunii gând-acțiune. Iar fenomenologia relevă dificultatea structurării prezentului trăit, obsesivul oscilând între amintiri, intenții și proiecte, fără capacitatea unei prezențe coerente prin acțiune actuală pregnantă și eficientă.

Rămâne de avut în vedere încă o perspectivă, cea a plasării disfuncțiilor din STOC într-o zonă antropologică cu expresivitate socio-culturală. Comentariile tradiționale și actuale indică în această direcție zona muncii productive și cea a ritualurilor sacrale. În mod constant s-a remarcat propensiunea obsesivului spre muncă scrupuloasă. Aceasta e una din trăsăturile de bază ale TPOC care e în mod excesiv preocupată de planuri, proiecte, activități, performanțe, fără capacitate de relaxare și odihnă. În perspectivă caracteriologică anankastul e cel mai apropiat de factorul conștiințiozitate din teoria celor cinci mari factori. Propensiunea față de acțiune, de munca persistentă și conștiințioasă, sistematică, diferențiază obsesivul de histrionic, antisocial sau personalitatea borderline. Munca presupune ordine, atât spațială cât și în desfășurarea temporală. Munca este unul din axele de bază ale existenței umane; iar anankastul preferă profesiile de muncitor, funcționar sau executant anonim, într-un sistem de activitate ordonat și ierarhizat.

Pe de altă parte ritualurile sau ceremoniile religioase au fost asemănate cu cele obsesive. Apropierea nu este doar exterioară. Ablutomania se corelează strâns cu abluțiunile ritualice prezente în majoritatea religiilor. Scrupulozitatea morală religioasă a obsesivului este și ea bine cunoscută. În această direcție, la un pol opus se plasează dezinhibiția de tip maniacal gregar din faza de dezinhibiție a sărbătorilor.

Rezumând comentariile de mai sus se poate considera că domeniul antropologic în care se desfășoară patologia OC și cea a STOC se cantonează în zona acțiunii, a activității umane responsabile, a muncii productive serioase și performante, ce se corelează cu ritualurile sacrale ce o potențează și o asigură (Lăzărescu, 2008).

În perspectiva psihismului uman acțiunea suprapersonală a muncii se articulează cu desfășurarea unei activități cu scop productiv. Aceasta, are la baza ei, o situație problematică pe care subiectul încearcă să o rezolve. El se implică prin motivele sale, decide, prefigurează un proiect și trece la act; apoi, acțiunea e realizată efectiv, pe baza unui control constant. La om, întreg acest proces e girat de funcțiile executive.

Funcțiile executive* constau în decizia ce duce la planificarea și organizarea unei acțiuni cu scop, urmată de trecerea la acțiune și monitorizarea parcurgerii eficiente a etapelor acesteia, până la finalul scontat; a cărei bună realizare se cere și ea confirmată. În această zonă a psihismului s-ar putea avea în vedere un complex modular adaptativ ce ar putea fi numit al „acțiunii voluntare” (a.v.); deci: m.p.a. a.v. Se are acum în vedere o acțiune realizatoare, pragmatică, productivă, ce duce la un rezultat-produs. Acest tip de activitate s-a dezvoltat substanțial la om în raport cu primatele, fiind controlat de cortexul prefrontal. Ea este evidențiată și comentată teoretic de cibernetică, care subliniază importanța retroinformațiilor, a „feed-back”-ului, pe parcursul acțiunii și la final. Ceea ce, în obsesionalitate, se traduce prin verificări.

Acțiunea cu scop presupune în primul rând instanța subiectului care o inițiază prin decizia sa motivată și o supervizează continuu, având în vedere ansamblul centrat de obiectiv. Subiectul se implică cu corporalitatea sa, prin acte motorii și comportamente în care sunt utilizate praxii. Ea presupune apoi multe alte componente pe care le-a studiat în ultimele decenii teoria acțiunii: – evaluarea situației; – ierarhizarea obiectivelor; – decizia țintită, ca sinteză a motivației; – planificarea etapelor; – strategia gestionării resurselor; – flexibilitatea adaptării la contexte neprevăzute; – eventuala reformulare a etapelor pe parcurs și chiar obiectivul final; – încheierea acțiunii și declararea ei ca încheiată. Schema formală pe care o pun în joc funcțiile executive se realizează efectiv prin comportamentul motor al subiectului. Toate aceste aspecte se regăsesc în patologia obsesivă mai ales în TPOC. Iar compulsiile din TOC subliniază implicarea psihomotricității. În plus, orice acțiune presupune o lume ordonată, o cunoaștere și o stăpânire a ordinii spațio-temporale a lumii concrete în care acțiunea urmează să se desfășoare. Ordinea se referă în primul rând la ambianța spațială proximă în care obiectele asupra cărora urmează să se acționeze au anumite poziții și plasamente geometrice, aflate la variate proximități și accesibilități față de agentul acțiunii ce operează cu instrumentalitatea propriului corp. Dar ordinea se referă și la succesiunea în timp a etapelor planificate. Dezordinea și efortul de ordonare se manifestă în cazul patologiei OC atât în spațiu cât și în timp. Iar odată cu acest efort de control și autocontrol se evidențiază și o hiperanaliză lucidă, care vizează atât psihomotricitatea propriului corp cât și ordinea spațială din jur.

Revenind la aspecte standard a rezolvării unei situații problematice a cărei punct de plecare este decizia și trecerea la act, se poate ușor constata că pe lângă acțiunile ce urmează unei deliberări și decizii temeinice, există și altele, circumstanțiale, care, din anumite motive nu pot fi astfel elaborate și planificate. Și la fel, reacții față de presiunea situației. Sau acțiuni ce pornesc spontan și neelaborat sub imperiul unui impuls instinctiv. Momentul deliberării, care la om se presupune a fi în principiu conștient, e totdeauna important, căci el angajează responsabilitatea socială și morală. Dimensiunea conștientă implică libertatea în decizie și discernământul. Aceste probleme comportă dezbateri filosofice, etice, dogmatice și general antropologice, nu doar psihologice și psihopatologice. La acest nivel comentariul vrea doar să sublinieze proximitatea dintre comportamentul impulsiv și cel obsesiv compulsiv. În primul, se consideră că e estompată luciditatea autoanalizei și autocontrolului în momentul deciziei iar „lupta cu sine” e relaxată. Astfel încât chiar dacă ea are loc, subiectul e repede învins de impuls. În al doilea caz, cel al trăirii obsesiv-compulsive efortul de autocontrol e exagerat, egodistonia e exacerbată în direcția blocării acțiunii. Iar comportamentul compulsiv detensionant este mai mult simbolic, neproducând efecte remarcabile în lumea exterioară. În această direcție, a mișcărilor fără consecințe asupra ambianței, TOC se prelungește în patologia ticurilor și mișcărilor involuntare cu bază în patologia neurologică. Unele ritualuri mai complexe și mișcări stereotipe, cum sunt cele ce se întâlnesc și în autismul Kanner, au de asemenea un impact redus cu situațiile semnificative actuale.

În cadrul complexului m.p.a. a.v. la nivelul deciziei, tulburarea obsesiv-compulsivă se întâlnește cu cea impulsivă, iar la nivelul execuției psihomotorii cu mișcărilor involuntare neurologice. Decizia e precedată însă de o instanță motivațională care poate și ea depăși contextul unei situații imediate prelungindu-se în preocupări de durată. Astfel de preocupări pot fi direcționate spre eventualități neplăcute ce ar putea să se întâmple celor apropiați dar mai ales însăși subiectului. De exemplu o boală corporală, o situație de evaluare a sa nefavorabilă. Patologia obsesivă înregistrează la acest nivel al preocupărilor motivaționale o frecvență crescută a îngrijorării față de vulnerabilitatea corporală mai ales în direcția unei posibile agresiuni nepersonalizate, prin infestare cu microbi, asupra corpului. Și boala corporală poate fi o preocupare motivațională importantă pentru obsesiv, la fel ca și aspectul corporal. Corpul este de fapt centrul și punctul de plecare al acțiunii psihomotorii, atât în comportamentele productive cât și în cele relaționale. Iar tendința hiperreflexivă a obsesivului se fixează la nivel motivațional asupra stării acestui instrument bazal al acțiunii.

* A se vedea Anexa 2.2 a.

Îngrijorarea și preocuparea anxios obsesivă față de starea corporalității poate aluneca în direcția convingerii în idei supraevaluate și delirante. Este cel de al treilea ax al spectrului TOC al lui Hollander.

Clinic a mai fost studiată corelația patologiei TOC cu addictivitatea; dar datele cazuistice și statistice nu sunt suficient de concludente. E posibil ca faptul să se datoreze luării în studiu mai ales a dependenței de alcool și droguri. Dacă s-ar ține cont de „dependența de muncă” rezultatele s-ar putea să fie altele.

Conceptualizarea patologiei OC ca făcând parte dintr-un spectru cu trei direcții sau dimensiuni principale e agreată de studiile factuale și actuale*. Independența respectivelor domenii ale psihopatologiei clinice se păstrează, dar „ceva” le și apropie. În primul rând le apropie constatarea clinic statistică a comorbidităților, a modurilor de apariție și evoluție, a terapiei. Dar, articularea lor într-un același spectru ar putea fi argumentată și prin faptul că toate exprimă, în feluri diferite, perturbarea aceluiași domeniu modular, a m.p.a. a.v. Patologia corelată prevalenței se desfășoară mai mult în plan motivațional, cea corelată mișcărilor involuntare mai mult în plan motor, iar patologia impulsivă mai mult la nivelul deciziei.

Trimiterea la structura psihică bazală a acțiunii voluntare, ce ar putea fi concepută și ca un complex modular, clarifică în mare măsură și ceea ce studiul clinic obiectivant nu lămurește; mai precis articularea între TO și TPOC. Ambele sunt intim corelate cu problematica acțiunii voluntare în toate formele lor de manifestare de diverse intensități. Iar în cazul TPOC devine clar de ce reprezintă aceeași patologie atât varianta rigid anankastă cât și cea nehotărât psihastenă. Ambele exprimă disfuncții deficitare a m.p.a. a.v.

În cazul patologiei obsesive există însă și un alt aspect care acum o individualizează în raport cu cea motorie, impulsivă și prevalențial delirantă. E vorba de intersecția cu o disfuncție care vizează în mod direct aria axială a sinelui. Și anume de deficiența funcției coerenței centrale, care se întâlnește și în autismul Kanner și în schizofrenia dezorganizată**. Faptul plasează obsesionalitatea la un pol opus față de paranoidie. Această intersecție între două arii sau domenii de funcționalitatea psihică indică complexitatea condiționării stărilor psihopatologice, dar și necesitatea unor modele teoretice comprehensive.

9.8. CE ESTE TULBURAREA MINTALĂ?

Tulburarea mintală este în primul rând o realitate nemijlocită, prezentă în viața de zi cu zi a oamenilor. Dar ea este și o realitate „oficială” de care se ocupă instituțiile practico-teoretice ale societății, în primul rând medicina psihiatrică. Ca realitate nemijlocită tulburarea mintală (t.m.) constă dintr-un deficit disfuncțional la nivelul psihismului persoanei umane, care constituie polul individual al „umanului”. Existența umană, „antroposul”, are însă și dimensiuni a căror realitate e supraindividuală, așa cum sunt instituțiile sociale, sistemele de norme și valori care ghidează comportamentul oamenilor dintr-o cultură, teoriile științifice, doctrinele, istoriile și poveștile din care se alimentează generații succesive, prezența persoanelor în instanța secundă a narativității de zi cu zi. La nivel supraindividual „oficial” t.m. este definită și descrisă în termenii acceptați de comunitatea științifică a vremii. Circumscriere și construct teoretic ce stă la baza diagnosticului, tratamentului și expertizelor. Dar nivelul de referință al acestei „realități teoretice” e în individ, în persoană, așa cum corect subliniază DSM-III-IV. În ansamblu se poate spune că t.m. este o realitate antropologică plasată la limită, în direcția minusului antropologic. La altă limită, simetrică, s-ar plasa creativitatea ce mobilizează oamenii în plan supraindividual. Ambele sunt intrinseci existenței umane, la fel cum limitele sunt prezente în tot ceea ce este. Într-un fel se poate spune că t.m., indiferent de cauzele sale, este un fel de „experiment natural”, care, neasimilând, îndepărtând și/sau dezorganizând unele structuri superioare integrative și desimplicând aspecte care în mod normal sunt integrate în sinteza și cursivitatea vieții, dezvăluie infrastructura persoanei umane conștiente. De aceea, psihopatologia poate juca un rol de document ontologic.

Tulburările mintale derivă din aspectele normale ale existenței persoanei printr-un deficit ce conduce la stări disfuncționale, dezadaptative, care crează suferință reduc integrarea socială și creativitatea, orientând spre alienare și pretinzând ajutor. Dar ceea ce se perturbă sunt structurile funcționale, normale și adaptative ale psihismului uman, atât în ceea ce privește manifestarea situațională și preocupările transevenimentiale cât și fondul de identitate personală. Acestea caracterizează persoana ca o consecință a filogenezei și a metamorfozelor istorice, ca urmare a ontogenezei sale, a istoriei biografice ce se petrece într-o nișă umană dată.

* A se vedea Anexa 4.5.

** A se vedea Anexa 2.5.

T.m. este comentată în prezent predominant în termeni de disfuncție, ideea deficitului fiind acceptată tacit dar neadusă în discuție direct. Ea este însă o caracteristică intrinsecă a stărilor de boală de care se ocupă medicina, recte psihiatria. Și astfel, nu poate fi ocolită nici de psihopatologia clinică, unde are o tradiție impresionantă. Credem că cel mai înțelept ar fi să se vorbească de o disfuncție deficitară sau deficit disfuncțional – d.d.; care în mod secundar e dezadaptativ. De la început apar întrebări ca: – ce se perturbă? – ce se manifestă odată cu starea psihopatologică? – care e dinamica și mecanismul unei astfel de perturbări? – cum se raportează ea față de ansamblul existenței persoanei? Trebuie recunoscut că nu există răspunsuri sistematice, clare și bine argumentate la toate aceste probleme. Câteva răspunsuri totuși există. Iar altele pot fi încercate.

Reluând cele avansate mai sus s-ar putea susține că în esență tulburarea mintală reprezintă un deficit disfuncțional al psihismului persoanei, centrat de sine. Deficit al capacității sale de manifestare și al manifestării sale adaptative și integrate în lumea umană. Integrare ce se realizează prin relații interpersonale, asertare și acțiune pozitivă, prin depășirea situațiilor problematice, prin creativitate și dezvoltare. Deficit care reduce complexitatea, disponibilitatea și libertatea de raportare și manifestare a subiectului. Acest deficit se realizează prin diverse modalități, vizează variate incidente ale structurii și dinamismului vieții psihice, e diferit ca profunzime, durată și incidență a aspectelor psihologice care sunt perturbate.

Odată cu deficitul psihopatologic, pe lângă dificultatea de manifestare a unor funcții, se exprimă și aspecte ale psihismului care în mod obișnuit sunt controlate și integrate în manifestări mai complexe, armonizate și structurate prin comportamente cu sens adaptativ. Se pot manifesta astfel modalități psihice care de obicei sunt doar implicate. Sau au doar o funcționalitate circumstanțială. Într-o importantă zonă a psihopatologiei întâlnim următoarea situație: o structură funcțională, un „modul psihic adaptativ” – m.p.a. – se detașează din fluxul obișnuit al trăirilor, se impune rigid, acaparează psihismul, se manifestă simplificat, formal, excesiv, decontextualizat, nepersonalizat. Acest m.p.a. capătă autonomie, devenind greu controlabil de către subiect. Iar acesta suferă, se manifestă neobișnuit, nu se mai poate adapta și integra social. El este diagnosticat de specialiști ca având un episod maniaco, anxios, depresiv, delirant haluciantor, agorafobic, obsesiv compulsiv etc.

În fața unui pericol potențial, atât animalul cât și omul intră în mod firesc în alertă, aducând în prim plan un modul adaptativ pe care îl are la dispoziție în „dotarea” sa, ca și abilitate, capacitate, competența de a face față situațiilor periculoase. E vorba de o stare de tensiune hipervigilă, cu o disponibilitate crescută pentru reacții prompte. Acest modul sau această stare ajută subiectul să facă față situației. Apoi, el se retrage atunci când situația nu o mai cere. Dacă modulul alertei în fața necunoscutului potențial periculos se manifestă excesiv, decontextualizat formal, rigid, persistent, imposibil de controlat, atunci apare ca sindrom psihopatologic, ca anxietate generalizată. Tensiunea de aprehensiune anxioasă, de așteptare sau imagineare a unor eventualități negative, a unor posibilități nefavorabile se poate apoi extinde, ca un „functor” asupra unei arii importante a trăirilor persoanei, la nivel transsituațional, metareprezențional, definind „spectrul patologiei anxioase”.

La fel ar fi situația umană a suspiciunii*. Ea are în vedere „montarea” sau apariția în prim plan de câte ori e cazul, a unei capacități de a fi atent și circumspect în raport cu comportamentul celorlalți. Suspiciunea e potențial prezentă în orice relaționare interpersonală nouă, ori de câte ori se pune problema unei colaborări cu altul. Ea se activează dacă sunt indici că celălalt este ostil; sau chiar dacă este prea curios în raport cu intimitatea proprie persoanei. Dacă modulul suspiciunii se desimplică și se manifestă decontextualizat, neobișnuit, necontrolat, rigid, formal etc., se poate ajunge la sindromul psihopatologic al paranoidei. În cazul în care omul e dominat de trăirea suspiciunii paranoide, el e mai puțin disponibil față de varietatea și complexitatea existenței, viața lui e simplificată, chinuită și dezadaptativă. Subiectul se integrează mai dificil în viața comunitară, libertatea și creativitatea lui sunt reduse.

E normal și adaptativ ca înainte de a se decide într-o acțiune omul să delibereze temeinic; iar în cursul desfășurării acesteia să verifice dacă microetapele s-ar realiza, dacă proiectul se desfășoară complet. Dar e anormal, psihopatologic, ca el nu se poată hotărî în nici o împrejurare banală, să rămână inactiv din cauza acestei dificultăți de decizie.

Sublinierea acestor trimiteri la normalitate lasă însă deschisă problema etiopatogeniei. Cum și de ce apar stările psihopatologice?

Deficitul disfuncțional al stărilor psihopatologice se poate instala după multiple modalități și poate viza variate aspecte ale vieții psihice.

În unele cazuri întâlnim nedeveloparea unor funcții, abilități, competențe psihice. Poate fi vorba și de o structurare dizarmonică și insuficientă a atașamentului sau de neachiziționarea modulului complex al

* A se vedea Anexa 2.3.

mentalizării, prin intermediul funcției ToM ce se instituie la 3–4 ani. Acest fapt condiționează în mare măsură autismul Kanner pe care Baron-Cohen (1997) l-a caracterizat, din această cauză ca „*mind blindness*”.

Altă variantă este cea a deteriorării sau pierderii unor funcții cu semnificație psihică, cum ar fi vorbirea, recunoașterea feței altora sau aspecte ale funcțiilor executive, prin care subiectul elaborează proiecte și strategii de acțiune evaluând consecințele actelor sale. Aceste deficiențe pot avea cauze organic-cerebrale și unele apar în demențe, alături de deteriorarea memoriei biografice, fapt ce duce la alterarea identității psihice.

Un alt aspect mult studiat și invocat în psihopatologie este cel al „disoluției” câmpului de conștiință, după modelul bioritmului veghe/somn cu vise. În raport cu suspendarea periodică normală a conștiinței pe care o induce somnul, în starea de delirium sau stare confuzo-onirică întâlnim o reducere de diverse intensități a vigilității conștiente, însoțită de dezorientare temporo-spațială auto- și allo-psihică; fond pe care pot apare halucinații vizuale de tip oneiroid. Paralela dintre sindromul „confuzo-oniric” și normalitatea oscilațiilor vigilității ce alunecă periodic în suspendarea conștiinței în somn, este evidentă. Acest model, amplificat prin exemplul modificărilor psihice induse de unele substanțe psihoactive, a fost aplicat psihopatologiei în secolul XIX de Moreau de Tour și reluat în secolul XX de către Ey. Comparația permitea o referință clară la concepția lui Jackson care se formula astfel: – în stările patologice (neurologice și psihice) sunt afectate în primă instanță structurile funcționale superioare, mai noi filogenetic, care sunt cele mai fragile; – pe fondul acestui deficit, a acestui minus, se dezinhibă și se afirmă structuri inferioare, care sunt mai vechi filogenetic, mai rezistente; dar care sunt simple, simbolice, neexplicite, stereotipe. Starea patologică constă dintr-o combinație între ceea ce lipsește, ceea ce se dezinhibă și se afirmă și reacția organismului, a persoanei, care caută să găsească un nou echilibru. În trăirile confuzo-onirice, reducerea vigilității permite afirmarea inconștientului oneiroid. Ey a încercat să aplice această interpretare la multe stări psihopatologice, inclusiv la manie.

În cele trei situații menționate este evidentă afectarea funcționării creierului. Zona de tranziție între simptomatologia psihopatologică și cea neuropatologică este destul de mare. Ea cuprinde de exemplu unele tulburări de limbaj, – între afazie și schizofazie – aspecte ale autocontrolului emotiv și pulsional, ale vigilității și somnului cu vise, manifestări comportamentale ca cele ce fac tranziția între compulsii, ticuri și alte mișcări involuntare. Stuporul, care uneori are evident la bază o disfuncție cerebrală, e un sindrom clasic în psihopatologie. Bazele neurofiziologice ale multor sindroame psihopatologice și ale echivalențelor lor normale sunt tot mai mult studiate, iar cunoștințele progresează mai ales sub impulsul cognitivismului. Astfel, se cunosc destul de multe privitor la structurile cerebrale implicate în cunoașterea schemei corporale, în recunoașterea feței altora și chiar ale sintezei sinelui nuclear, în ansamblu, cel ce stă la baza mentalizării, a atribuirii de stări mentale altora și sie-și.

Existența unor moduli psihocerebrali de diverse complexități este indiscutabilă iar disfuncția acestora, studiate în prezent cu perseverență este în mod cert implicată în sindroamele psihopatologice. Dar ansamblul psihopatologiei nu poate fi lămurit doar prin progresul în această direcție de cunoaștere.

Ey și-a intitulat doctrina „oorgano-dinamism”^{*}. El susținea în linia lui Bleuler și de Clerambault, că deficitul în stările psihopatologice se datorează unor cauze organice. Dar, „conținutul” a ceea ce se dezinhibă și se manifestă, îl identifica cu inconștientul psihismului uman, în spiritul psihanalizei lui Freud. Dar Ey nu a putut invoca, în epoca sa, structuri funcționale coerente și adaptative, moștenite filogenetic și actualizată ontogenetic așa cum sunt m.p.a., comentați în prezent de diverse doctrine psihologice și în primul rând de p.pt.e.

* *

O altă direcție a psihopatologiei acordă o importanță considerabilă trăirilor actuale și reacțiilor față de semnificația unor situații. Aceasta a fost inaugurată de Jaspers prin noțiunea de reacție psihopatologică și a fost studiată detaliat de psihopatologia clasică germană. Ea este reactivată în perioada DSM-III-IV prin ideea de reacție de stres posttraumatic, anxietate de separare și doliu patologic. În aceste cazuri nu mai e invocat explicit un deficit ci doar un exces, o anormalitate în intensitatea și durata trăirii.

Aspectul nelămurit al acestei perspective de interpretare este acela că lasă să se înțeleagă că trăirea reactivă este integral produsă de eveniment, de semnificația acestuia. Spaima rezultă din amenințare, doliul din pierderi, iritarea din frustrare, veselie din succes sau veste bună. Răspunsul simplu la întrebarea: „*De ce apar*

* A se vedea Anexa 3.

astfel de trăiri la oameni în condiții reactive?” era: „pentru că așa e omul, așa e constituția sau firea sa, așa reacționează el la astfel de situații” (În subtext, aproape că nu se spune că „așa a fost el creat”). Corecția ce se cere făcută este de a se sublinia că evenimentele cu semnificație pentru subiect utilizează, declanșează și pun în mișcare niște modalități de manifestare pe care acesta le are la dispoziție, în rezerva sa de comportamente și trăiri – de abilități, capacități și competențe specific umane – încă înainte de apariția respectivei situații semnificante. Și care s-au constituit și s-au inserat în structura personalității sale în perspectivă filioontogenetică, tocmai pentru că au avut și au valențe adaptative și creatoare. Capacitatea de a se alerta, de a trăi frica, angoasa și comportamentele consecutive sau de a se angaja într-o confruntare beligerantă, preexistă evenimentului, se afirmă în contextul său și se poate îmbogăți prin experiența respectivă. La fel e și capacitatea de a se dezinhiba și deveni sociabil în cadrul unei bune dispoziții sărbătorești; sau capacitatea de a trăi o retragere pentru refacere și reculegere, cu conotație depresivă.

Aceste aspecte au devenit mai clare odată cu maniera în care psihopatologia ultimelor decenii a studiat rolul influențelor psihosociale. S-a demonstrat că deseori e importantă mai ales prezența și cumularea solicitantă a unor evenimente de viață la o persoană vulnerabilă. Iar semnificația unor trăiri actuale poate să se plaseze în plan secund, ca simplu fapt declanșator al stării psihopatologice. Un episod maniacal poate fi declanșat de un eveniment trist sau de moartea cuiva apropiat. Iar depresia sau anxietatea pot apare după evenimente pozitive; sau doar în urma epuizării. Desigur, în cadrul unei situații semnificative, subiectul este compenetrat psihic cu aceasta, aderă și participă la ea, se exprimă și se extinde în ambianța umană în care e angajat; iar reacția poartă în ea de obicei conținutul de semnificație a situației determinante. Dar reacția însăși, în esența ei, se bazează pe un mod de manifestare care preexistă în subiect.

* *

Definiția din DSM-III-IV a t.m. se referă la ceea ce e constatabil obiectiv în aceste cazuri: un sindrom clinic semnificativ însoțit de anumite consecințe: deficiența în funcționarea socială, suferință subiectivă (relatabilă) și riscuri crescute. Se acceptă că această stare exprimă o disfuncție plasată în persoana. T.m. se detașează prin această caracterizare de normalitatea psihică care însă nu e definită ci e considerată ca o realitate firească, de la sine înțeleasă. Cei care aderă la această definiție își exprimă constant regretul că nu există suficiente date care să lămurească cauzele și să identifice substratul corporal care se perturbă, pledând pentru un model biomedical și indicând disfuncția cerebrală ca principalul topos de studiu.

Totuși, un răspuns la problema: „Ce e tulburarea mintală?”, propus de necesitățile statistice și care să deschidă drumul unor proiecte de cercetare pe bază de modele, nu s-ar cere neapărat bazat pe o cauzalitate foarte circumscrisă. Odată acceptată circumscrierea propusă de DSM-III-IV, se poate pune accentul pe un nivel intermediar între ceea ce e constatabil semiologic și etiopatogenie.

Propunem o interpretare a tulburării mintale ca deficit disfuncțional al psihismului persoanei, variat condiționat, care are la bază: – desimplicarea unor structuri funcționale adaptative de tip modular și/sau a infrastructurilor formale ale psihismului, care, manifestându-se într-o modalitate simplificată și rigidă, se autonomizează, monopolizând trăirile persoanei, reducându-i complexitatea, libertatea de manifestare și acțiune; – manifestările psihice infrastructurale ce se desimplică și se manifestă în psihopatologie au o exprimare simplificată, destructurată, formală, redusă în conținut, în raport cu corespondentul lor de manifestare obișnuită, integrată și adaptativă. Prin aceasta persoana nu se mai articulează eficient la contextul situațional; – în stările psihopatologice se exprimă și un deficit al structurii axiale a sinelui în ceea ce privește sinteza, coerența centrală, delimitarea, identitatea și asertarea subiectului în raport cu lumea umană dată; – ca rezultat se manifestă un sindrom clinic semnificativ însoțit de deficiențe în funcționarea socială, suferință și riscuri crescute, la care ambianța reacționează negativ prin rejecție, alienare, stigmatizare, pozitiv prin protecție și tratament. Persoana reacționează și ea tot timpul față de starea sa intrinsecă de deficit disfuncțional și față de reacția ambianței.

* *

În ceea ce privește determinismul, care interesează așa de mult pe promotorii DSM-III-IV, nu se câștigă nimic dacă el este abordat doar frontal, prin programe de studii genetice și de identificare a disfuncțiilor cerebrale. Etiopatogenia tulburărilor psihice ar avea de câștigat dacă s-ar căuta un răspuns cât

mai cuprinzător de la întrebarea: „Cum și de ce e posibil să apară tulburări mintale, așa cum le constatau psihopatologii clinicieni?”. Etapele răspunsului ar înregistra ca secvențe:

– Tulburările mintale apar, așa cum cunosc ele constatate, pentru că există structuri funcționale psihice normale care se pot desimplifica, se pot dezvălui și manifesta deficitar disfuncțional. Astfel de structuri, ca părți ale ansamblului psihismului persoanei, sunt rezultatul evoluției filogenetice materializat în structura creierului și se actualizează în cursul ontogenezei, a biografiei, în contextul relaționărilor intersubiective și a lumii umane, dimensionată prin logos și valori. Normativitatea acestei lumi întreține constant funcționarea psihismului uman, ce se realizează prin proiecte.

– Manifestarea structurilor funcționale psihice se poate perturba prin suferința encefalului în care sunt encodate programele psihocerebrale; și la fel, prin afectarea semnificativă a mediului uman care determină stări reactive, provocând și implicând structuri funcționale psihice constituite. Aceste condiționări învâluie determinismul specific psihopatologiei.

– Apariția și manifestarea printr-o geneză îndelungată a structurilor funcționale psihice, creează și posibilitatea instalării unor vulnerabilități de fundal, ce se pot accentua circumstanțial, prin acțiunea unor factori intrinseci și extrinseci. Ulterior pot interveni factori declanșatori sau determinanți anuali.

– Psihismul unei persoane vulnerabile poate ajunge și în situația ca factori circumstanțiali să condiționeze în anumite împrejurări o ruptură, o „catastrofă” (în sensul teoriei matematice a catastrofelor) care mută temporal funcționalitatea psihică pe o altă orbită, deficitar disfuncțională. Dintre factorii intrinseci nu trebuie omise desfășurarea biopsihoritmurilor antropocosmice.

O formulare ca cea mai de sus privitoare la etiopatogenie cere nu doar căutarea unor fapte relevante mai mult sau mai puțin actuale, ci și elaborarea unor modele teoretice care să indice unde și ce fapte se cer căutate.

În continuare vor fi trecuți în revistă principalii parametri deficitari disfuncționali ce stau la baza sau însoțesc e.p. și în general t.p.

a) *Desimplificarea unor structuri funcționale (modulare) și/sau dezvăluirea unei infrastructuri formale a manifestărilor psihice* care în normalitate sunt implicate sau se manifestă doar circumstanțial, atâta vreme și în modalitatea în care activarea funcției respective are rost, utilitate adaptativă, sens. Se poate face trimitere la manifestările psihice ca alerta anxioasă, deliberarea în luarea unei decizii, retragerea pentru protecție și refacere, expansivitate socială gregară etc. Acestea, plecând de la funcționarea lor adaptativă uzuală, în condițiile unui deficit disfuncțional ajung în prim planul trăirii și manifestării psihice, se afirmă autonom și decontextualizat, excesiv, rigid, formal. Trăirea respectivă – de exemplu, anxioasă, obsesivă, paranoidă – decontextualizează subiectul în raport cu fluxul desfășurării interioare cu sens a trăirilor sale, reduce disponibilitatea față de alternative, libertatea de opțiune, de control, de reorientare și de sinteză creativă. Ea se manifestă intens dar simplificat, rigid, formal, nepersonalizat, reducând și receptivitatea subiectului față de contextul ambiental, capacitatea de a se raporta flexibil și adaptativ în raport cu variațiile și solicitările acestuia.

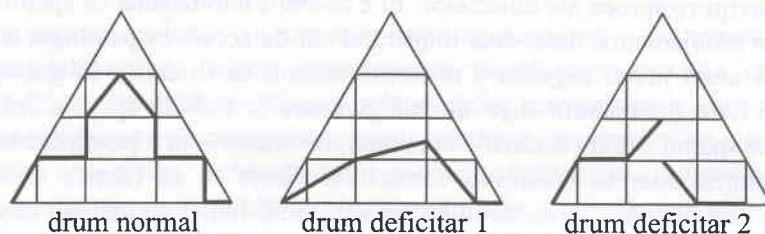
Decontextualizarea psihică internă ce se impune în psihopatologie reduce complexitatea, diversitatea și mobilitatea trăirilor subiective. Acestea devin monoton de constante și identice. Subiectul e în permanență trist, anxios, vesel, preocupat de trăiri obsesiv compulsive sau de o idee paranoidă, indiferent de varianta situației și împrejurări.

Problema patogeniei stărilor psihopatologice rămân un domeniu important de studiu. Chiar dacă în perspectiva determinismului se pot analiza diverse nivele și incidențe ale vulnerabilității și condiționărilor actuale, mecanismele prin care se realizează reducerea complexității sintetice a psihismului și se impun aspecte implicate sau infrastructurale, rămân încă o problemă. Mai ales că, marea majoritate a stărilor psihopatologice sunt în suficientă măsură reversibile, cu sau fără tratament.

b) *Simplificarea, destructurarea, formalizarea trăirilor și manifestărilor psihopatologice.* Rămânând în aria de psihopatologie invocată prin desimplificarea unor m.p.a. – ca cei ce stau la baza unor sd.pt. ca anxietatea, fobia, depresia, mania, suspiciunea paranoidă se cere evidențiat că această manifestare nu e doar excesivă, rigidă și monopolizatoare a psihismului persoanei. Ci, în raport cu manifestarea funcțional adaptativă a respectivului m.p.a. apare o modalitate deficitară, simplificată, aplatizată, destructurată, formală. Impulsivitatea patologică diferă prin aceste caracteristici de cea normală; și la fel dependența de alcool depresia majoră în raport cu tristețea comprehensivă, mania în raport cu euforia succesului sau

sărbătorii. Nu e prezentă doar manifestarea cantitativă excesivă, exagerată ca intensitate. Ci manifestarea exprimă o modificare structurală deficitară. Această reducere a complexității trăirii se exprimă și prin decontextualizare, trăirea și manifestarea nemaifiind acum copenetrată cu conexiunile vieții comunitare. Mai precis, un deficit, o dezorganizare a structurii desfășurării și manifestării procesuale a trăirilor.

Acest deficit dezorganizant al manifestării par putea fi sugerat, extrem de simplist prin câteva imagini:



Dacă am imagina structura funcțională a unui proces psihologic ca un drum de parcurs care face apel la diverse instanțe succesive și ierarhice, în destructurarea psihopatologică acest drum devine mai scurt, sare unele etape și nu face apel la altele pe care în mod normal ar trebui să le implice. Cognitivismul dar și fenomenologia s-au străduit să urmărească acest aspect al disfuncției deficitare în variate stări psihopatologice. Destructurarea se poate manifesta în ansamblul unui modul, pentru aspecte submodulare sau pentru domenii modulare. Câteva situații ce au fost analizate – sau ar putea fi analizate și studiate – sunt:

- Saltul spre concluzie („*jump for conclusion*”) ce se întâlnește la unii deliranți; procesul inferențial nu parcurge etapele argumentative firești ci ajunge la concluzie imediat după primele informații.

- Fuziunea act-gândire, pe care o resimt unii obsesivi care ajung la convingerea că faptul la care s-au gândit s-a și petrecut sau că faptul că se gândește la o eventualitate favorizează, în mod „magic” apariția acesteia.

- Atribuirea pripită și exagerată a cauzalității unor evenimente către alte persoane în paranoide – sau către sine, în depresie – fapt studiat mult de echipa lui Bental.

- Scurtcircuitarea deciziei în comportamentul impulsiv patologic; drumul de la intenție la act e parcurs rapid chiar dacă consecința negativă e cunoscută sau prezumată.

- Manifestarea compulsiv-obsesivă în care actul absurd – de exemplu spălatul pe mâini – se produce chiar dacă ideea ce-l susține, contaminarea, e criticată de subiect.

În fenomenele menționate desfășurarea proceselor psihice nu mai e firească, completă și adecvată situației, din diverse motive pe care studiile psihopatologice caută să le descifreze. Ceea ce evident e faptul că structura și contextul interior al funcționalității psihismului e perturbat. Și în primul rând în arhitectonica sa, care înseamnă etape și nivele de parcurs. Dar, intuitiv se poate prezuma și o deficiență a liantului care menține această structură, așa cum în fizică un câmp structurează anumite linii de forță. Acest aspect al câmpului nu mai este unul discret, al unor nivele și puncte precis identificabile ci unul învăluitor și continuu, care a fost comparat cu „atmosfera” ce învăluie obiectele sau fluidul, lichidul în care mișcă peștii. Această metaforă ce a fost utilizată de fenomenologi nu ar trebui ignorată în studiile actuale, într-o vreme în care știința ține seama de dialectica dintre continuu și discontinuu.

Alte aspecte ale disstructurii manifestărilor psihopatologice apar dacă se urmărește, fenomenologic, modul în care se manifestă spațio temporalitatea trăită efectiv de subiect. În mod normal omul trăiește în prezent, rezolvând situații problematice, bazându-se pe trecutul memorabil și invocabil și pe viitorul previzibil și imaginabil. Această structură a temporalității e modificată în psihopatologie așa cum deja s-a menționat:

- anxiosul trăiește într-un prezent minuscul deschis tot timpul spre un viitor periculos de care e în permanență îngrijorat;
- maniacul trăiește într-un prezent plener deschis spre toate posibilele viitoare;
- depresivul nu poate să se raporteze la prezent, acesta nu îl mai interesează, viitorul e neconceptibil, el se cantonează pe un trecut în care-și descoperă vinovăția eternă;
- obsesivul, chinuit de nehotărâre și de intruziunea unor amintiri și intenții, nu poate nici el structura coerent prezentul, deși își face multe proiecte de acțiune, pe care încearcă să le urmărească, cu mici șanse de finalizare. Problema distorsiunii timpului trăit se poate pune și prin felul în care impulsivul se lasă dominat de prezentul imediat sau addictivul se anesteziază în fața acestuia.

Tulburările trăirii temporalității fac parte integrantă din structura manifestărilor psihopatologice iar felul în care acestea se manifestă dă contur specific diverselor sindroame, evidențiind în același timp deficitul și disstructura lor. Aceste aspecte ale realității clinice ar merita același interes de studiu, ca de exemplu tulburarea cognitivă a saltului spre concluzie sau a fuziunii act-gândire. De reținut că ele implică

intens afirmarea, asertarea și evaluarea de sine a subiectului. Această asertare și raportare la sine e clar distinctă în anxietate, manie, depresie, obsesionalitate etc., fiind consubstanțială cu trăirea temporalității.

Deficitul prin destructurare poate fi urmărit și în psihopatologia trăirii spațiului, chiar cu diferențierea între raportarea la spațiul fizic, biologic, interpersonal social.

Spațiul fizic de întinde la om, tridimensional, în jurul propriului corp, mai ales în fața acestuia, fiind marcat de distanțe și poziții reciproce ale obiectelor. El e resimțit întotdeauna ca spațiu al acțiunilor posibile în preajmă, în situațiile problematice date, deci implicând căi de acces. În patologia anxios fobică întâlnim evident destructurări la acest nivel: angoasa e resimțită deseori ca o cădere în gol, ca lipsă punctelor de sprijin și a suportului ferm („*pământul fuge de sub picioare*”). Fobiile spațiale relevă o regresie de la capacitatea de a percepe spațiul tridimensional – euclidian, învăluitor – la o percepere topologică, cea în care realitatea poate fi resimțită doar în condițiile contactului direct cu ea (aceste aspecte au fost studiate experimental de Piaget încă din anii '50 ai secolului trecut). Mulți fobici nu mai pot calcula mental – desigur inconștient – distanța până la obiectele solide staționare sau în mișcare, cu sentimentul că acestea se năpustesc asupra lor. Iar într-un spațiu închis sau aglomerat e resimțită angoasant imposibilitatea unui drum de acces în caz de pericol. Toate aceste trăiri pot conduce spre atac de panică.

Patologia anxios fobică aduce în discuție și dezorganizarea – distorsiunea – spațiului biologic, structurat între locuința protectoare și îndepărtarea de aceasta, într-o lume tot mai puțin familiară și mai periculoasă. Pe măsură ce îndepărtarea crește, se instalează nesiguranța, alerta în fața necunoscutului periculos. Ca echivalent adaptativ al reacției actuale față de stimuli periculoși, se produce mai ușor atacul de panică. Întreg modelul comportamental apare ca fundal și precursor pentru patologia agorafobică, în care aspectul esențial e îndepărtarea de mediul protector al locuinței, al cuibului.

Din situația menționată mai sus rezultă la om o moștenire psihologică care, modificată după parametrii specifici psihismului uman, stă la baza unor diverse manifestări psihopatologice.

Înaintarea în necunoscutul potențial periculos induce atât la animal cât și la om alerta anxioasă. Aceasta se corelează cu nefamiliaritatea ambianței parcurse. Mecanismele psihologice care asigură sentimentul de familiaritate cu lumea, întrețin liniștea interioară și încrederea în sine. Lipsa familiarității lumii se corelează desigur cu anxietatea dar nu se reduce la ea. La om ea se manifestă ca trăire a strănietății lumii în sindromul depersonalizării. Nefamiliaritatea lumii, încărcată de iminența unor evenimente importante pentru subiect, se manifestă în dispoziția delirantă a „anastrofei” (Conrad): „*totul se învâрте în jurul subiectului care trăiește în tensiune, sentimentul că se va întâmpla ceva important pentru el, că tot ceea ce percepe are o semnificație specială*”. O manifestare și mai specială apare în trăirile de referință. Dar cu aceasta universul spațialității biologice este clar depășit. Iar fenomenele au fost menționate doar dat fiind faptul că se bazează pe sentimentul nefamiliarității lumii; care, la rândul său, se articulează cu alerta din mediul necunoscut.

Spațialitatea interpersonal socială se referă la distanțele psihologice ce se întind între intim și public. Pe această axă se plasează: persoane foarte apropiate cu care împărtășești toate secretele, te identifice și rezonezi afectiv; – persoane familiale; – cunoștințe mai mult sau mai puțin apropiate; – cunoștințe oficiale; – persoane publice; – persoane indiferente. Există și o dinamică a apropiierilor și îndepărtărilor interpersonale precum și una atitudinală, a deschiderii receptante sau a ținării la distanță, a suspiciunii. Structura spațialității interpersonal sociale e și ea dezorganizată în psihopatologie cu reducerea, distorsiunea sau abolirea distanțelor între intimitatea subiectului și celălalt, ceilalți. Acest fapt se exprimă în variate sindroame, mai ales în cele ce au la bază perturbarea dispoziției afective (cum e mania, iritabilitatea ostilă, depresia), în deliruri (mai ales în cel paranoid, în schizofrenie), în tulburările de personalitate.

Destructurarea propriu zis spațială a relaționării interpersonal sociale apare cel mai evident, accentuat și grav, în sindromul punerii sub supraveghere, care însoțește de obicei delirul paranoid din schizofrenie. Fenomenele se eșalonează în următoarea ordine: trăiri senzitiv relaționale, cu sentimentul subiectului de a fi în centrul atenției celorlalți; – sentiment de urmărire: – supravegherea prin aparate a intimității. Unele aspecte ale sindromului de referință („*la televizor se vorbește despre mine, mi se fac aluzii*”) și ale fenomenelor de transparentă („*mi se cunosc gândurile*”) se înscriu și ele în aceeași diagramă a destructurării spațialității interpersonal sociale, care implică perturbarea limitelor sinelui nuclear.

În condițiile în care un m.p.a. situațional s-a impus trăirilor subiectului pe care le monopolizează și se manifestă rigid și simplificat, destructurat, el este evident decontextualizat și în perspectivă situațională.

Faptul nu se referă doar a aceea că nu e condiționat de influențe semnificative situaționale. Subiectul nici nu mai e sensibil la ele. Un depresiv profund sau un maniacoal nu acordă importanță evenimentelor din jur.

Această decontextualizare exprimă „retragerea” psihismului persoanei din zona de conpenetranță naturală cu situația, „încapsularea” sa. Acest fapt nu se petrece doar în autism sau în delirul paranoid major, ci în orice stare psihopatologică importantă.

c) *Deficitul ce se manifestă în zona axială a sinelui și persoanei*, exprimă perturbarea unui complex de structuri funcționale interpenetrante ce asigură: coerența centrală, delimitarea, identitatea, poziționarea atitudinală și strategiile de relaționare interpersonală ale subiectului*. La diversele sale nivele de organizare sinele exprimă intenționalitatea subiectului ce vizează realitatea lumii prin intermediul relaționării sale cu alte persoane. Sinele, persoana are o identitate, un conținut, limite, o organizare după formula unei coerențe centrale, o anumită atitudine față de sine și de alții, însoțită de evaluarea atitudinii altora în raport cu sine, un stil al raportărilor concrete față de cei din jur. Acest complex de structuri funcționale stă la baza manifestării subiectului prin intermediul diverșilor m.p.a. și a tuturor formelor de relaționare și acțiune, de manifestare în raport cu lumea. În psihopatologie deficitul disfuncțional se manifestă și în această instanță, mai circumstanțial sau mai persistent. Pot fi identificate și comentate mai multe aspecte corelate d.d. a fiecăruia din structurile funcționale menționate.

1. Nestructurarea și destructurarea coerenței centrale a sinelui. Ca unitate structurată, subiectul se percepe pe sine și percepe pe alții ca unități structurate. El se manifestă, comunică și acționează sintetic, coerent și organizat. O nestructurare a sinelui în direcția unei coerențe centrale se petrece în autismul Kanner. Încă din primul an de viață, fața mamei e percepută prin detalii nesemnificative și nu ajunge să fie receptată ca un întreg semnificativ, plasat într-un context. Și la fel, nici ansamblul persoanei mamei, a celui alt și a propriei persoane, care nu ajunge să fie recunoscută în oglindă, așa cum se petrece firesc la 1 an și 8 luni. Deficiența de dezvoltare a coerenței centrale constituie, împreună cu deficitul în achiziționarea ToM, baza patologiei autiste.

Acest deficit este comun întreg spectrului autist. El se întâlnește, ca destructurare, în fragmentarea psihismului din schizofrenie. Incoerența ideo-verbală și motivațional comportamentală este expresia acestui d.d. El se regăsește și în tulburările perceptiv din schizofrenie și stă în spatele deficitului de filtru informativ, de selectare ierarhizată a informațiilor, a semnificației acestora, evidențiată ca tulburare neurocognitivă în vulnerabilitatea celor din spectrul schizofreniei. De asemenea, o formă relaxată a deficienței de coerență centrală se întâlnește în patologia obsesivă, în care de la început s-a remarcat atenția acordată detaliilor și dificultatea de ordonare pregnantă și semnificativă.

Coerența centrală presupune organizarea în jurul unei centralități a unei ierarhii ordonate. E vorba de un ansamblu ce are centru, limite și periferie. Limitele presupun că tendința centrifugă e controlată. Ierarhia se organizează atât pornind de la centru spre limite, cât și în ceea ce privește centrarea exterioară a realităților, învăluite de context. Ordinea și ordonarea stă la baza acestei arhitectonici fiind implicată în orice manifestare sintetică.

În corelație cu d.d. a structurii funcționale a coerenței centrale se plasează și cea a delimitării, identității și ordonării sintetice.

2. Perturbarea limitelor sinelui. Sinele exprimă intenționalitatea subiectului în raportarea sa față de lume. Dar el are și un conținut, care e delimitat de lumea exterioară, fapt resimțit subiectiv.

La nivel bazal, protosinele e resimțit ca „încorporat”, ca înrădăcinat în propriul trup, delimitarea sa suprapunându-se cu a acestuia. Din interioritatea corpului trăit izvorăsc pulsunile, dorințele, intențiile, în el sunt resimțite plăcerile și durerile. Sinele nuclear este inclus și el în spațiul psihologic al corporalității: ideile sunt resimțite „în cap”, dragostea „în inimă”. Apare ca pregnantă și problema delimitării față de alții. La acest nivel sinele e caracterizat fenomenologic prin sentimentul apartenenței. Subiectul resimte că propriile intenții și trăiri emerg din sine și îi aparțin. Simptomatologia fenomenelor de transparentă și influență exprimă alterarea acestei delimitări. Subiectul resimte că unele acte pe care le face nu rezultă din inițiativa, din „agenția” sa; la fel, unele gânduri le identifică ca străine, cu sentimentul că nu el este autorul lor, ci i-au fost inserate. Delimitarea intimității sinelui nuclear e resimțită și ca supraveghere a propriilor gânduri sau comentare a intențiilor sale. Halucinațiile auditive comentative au fost incluse tot în acest complex sindromatic.

Pe lângă halucinațiile comentative și alte manifestări halucinatorii au fost interpretate ca proiecții în exterior, în lumea din afară, a unor trăiri din fondul interior. Unul din modele l-a constituit oneiroidia,

* A se vedea Anexele 2 și 5.

halucinațiile vizuale similare visului cu ochii deschiși. Alt model îl constituie „halucinațiile funcționale”, care se petrec doar în condițiile unei percepții reale dar banale, care e încărcată cu un conținut halucinator din rezerva de reprezentări și convingeri interioare. Acestea pot fi vizuale – după modelul paraeidoliei – auditive, gustative, olfactive, cutanate.

Perturbarea limitelor sinelui corporal se mai întâlnește în sindromul de depersonalizare, mai ales odată cu iluziile de schemă corporală. Iar vulnerabilizarea sinelui corporal e resimțită în obsesionalitate, ca sentiment al iminenței contaminării.

Disfuncția structurii limitelor psihismului propriu se întâlnește și la nivelul sinelui biografic și la nivelul persoanei.

3. Identitatea e o structură funcțională importantă, corelată cu coerența centrală, delimitarea și ordonarea. La nivelul protosinelui funcționează identitatea corporală care, cu toate metamorfozele ce țin de vârstă și îngrijire, este fundamentul subiectiv și social al constanței sinelui, în spatele situațiilor și interrelațiilor. Grija subiectului pentru apariția și evaluarea corporală se manifestă disfuncțional în mai multe sindroame.

La nivelul sinelui nuclear identitatea subiectivă este baza sentimentului de continuitate a existenței, a duratei trăite; iar cea expresivă, susține caracteriologia. La nivelul sinelui metareprezentational se manifestă identitatea biografică, care în patologie stă la baza dublei sau multiplei personalități. Subiectul își poate atribui variate identități biografice și aspiră spre identitatea unui sine ideal.

La nivelul persoanei, identitatea are și o circumscriere socială, prin nume și actele de identificare. La acest nivel ea se afirmă și prin stilul relaționărilor interpersonale, prin specificul conștiinței morale și prin creativitate, prin opere.

Deficitele disfuncționale ale identității sinelui și persoanei se conjugă cu celelalte din această clasă, manifestându-se prin diverse sd.pt.

4. Atitudinea față de sine și alții în cadrul raportărilor la lume și evaluarea acestora este o structură funcțională definitorie a persoanei, care prin deficitul său disfuncțional acoperă o importantă zonă a patologiei.

În orice împrejurare și de-a lungul situațiilor existențiale de amplă respirație, subiectul se poziționează într-un anumit fel față de realitatea dată, adoptă o atitudine prin care evaluează această realitate și o interpretează, fapt ce stă la baza deciziilor și proiectelor sale de manifestare. Principala poziționare atitudinală se referă la propria persoană, în contextul relațiilor sale cu alții; și la felul în care subiectul consideră că alții se raportează la el. El evaluează și etichetează atitudinea altora, se evaluează și se interpretează pe sine, identitatea sa, situația în care se află.

Poziționarea atitudinală menționată mai sus se manifestă, fără tematizare, odată cu intrarea în joc a diverșilor m.p.a., și a disfuncției patologice a acestora, ca în cazul dispozițiilor afective a depresiei, maniei, anxietății, opozitivității beligerante, indiferenței. Și la fel, în cazul preocupărilor față de sănătatea proprie, față de apariția prin manifestarea corporală sau față de interesul special pe care alții îl poartă subiectului, ca în cazul suspiciunii paranoide. Dar această poziționare atitudinală poate fi și tematizată, mai mult sau mai puțin argumentat, direcție în care se poate ajunge la delir.

Poziționarea atitudinală este o structură funcțională strâns corelată cu cea a identității și a trăirii delimitării. În psihopatologia delirului de obicei aceste trei instanțe apar împreună ca deficitar disfuncționale. Convingerea delirantă se bazează și se corelează cu starea de depersonalizare, cu trăirea nefamiliarității, „stranietății” unor situații, cu distorsioni perceptive și halucinații, cu fenomene de referință și de transparență-influență. Sentimentul identității personale poate fi și el modificat. Pe lângă aceste stări deficitar disfuncționale convergente, în delir intervine și o judecare, o inferență anormală, ce conduce la interpretări și evaluări distorsionate și necorigibile. Acestea sunt formulate sau formulabile în judecăți, într-un discurs, au o „tematică”. Subiectul crede anormal în această „idee”. Ceea ce face specificul delirului este poziționarea atitudinală deficitară, rigidă, disfuncțională, care conține aceste idei sau convingeri aberante și incorrigibile. Delirul se desfășoară în planul discursiv al logosului, al narativității, zonă în care se organizează întreaga cunoaștere a subiectului despre lume.

5. Strategia relaționărilor interpersonale se bazează pe o structură funcțională a persoanei care se manifestă când precedentele sunt relativ conservate și funcționale. Ea se referă la modul de raportare și operare efectivă și nu doar la atitudini, evaluări și convingeri. E vorba de nivelul la care se derulează viața de zi cu zi în contextul rezolvării unor situații problematice, predominant prin implicarea relațiilor

interpersonale de: dominare, manipulare, seducție, captare, supunere, evitare, ținere la distanță, ignorare etc. Deficitul disfuncțional al acestei instanțe se manifestă în tipologia tulburărilor de personalitate.

d) *Deficitul de integrare.* Disfuncția psihopatologică se manifestă prin perturbarea conexiunilor semnificative. Oamenii trăiesc într-o lume care își are specificul său uman condiționat de logosul asertiv și de normativitatea valorilor. Omul este mobilizat de semnificații percepute și acționează propunând, lansând semnificații în lumea sa umană. Percepția situațională este selectivă în raport cu problematica actuală, cu intenționalitatea și structura de cunoaștere a subiectului, dar ea este girată de o normalitate a semnificațiilor. Aceste semnificații, care au valoare cauzală, sunt înțelese de oamenii aceluiși limbaj și culturi. Acțiunile umane au motive și argumente, scopuri și sensuri, sunt comprehensibile pentru alții. Manifestarea deficitară disfuncțională a m.p.a. rupe lanțul cauzal și comprehensibil al semnificațiilor comportamentale și expresiv comunicante. Acest fapt oamenii l-au intuit dintotdeauna astfel încât „nebulii” avea un loc particular în societate, chiar când nu era claustrat sau îndepărtat. Deseori el era tolerant și ocrotit. Iar în prezent cei ce suferă de o tulburare mintală sunt ajutați, sprijiniți, tratați.

Deficitul disfuncțional al t.m. conduce la o suferință subiectivă particulară și la o integrare socială insuficientă, perturbată. Prima verigă în lanțul raportărilor și manifestărilor psihismului persoanei umane este relația cu celălalt, cu ceilalți. Dezvoltarea evoluționistă a omului a relevat caracterul esențialmente prosocial al acesteia. Dezvoltarea ontogenetică ne dezvăluie și ea faptul că formarea psihică se realizează printr-un lung comerț psihic intim al copilului cu părinții, cu adulții ce-i îngrijesc, cu ceilalți. Dezvoltarea ontogenetică în ansamblu se desfășoară după liniile de forță ale cogniției sociale, ale învățării și integrării sociale. În cazul t.m. relațiilor interpersonale și familiale ajung să fie perturbate, funcționarea în roluri sociale e insuficientă sau aberantă, viața de zi cu zi nu se mai desfășoară firesc iar creativitatea în plan cultural nu se împlinește. Conexiunile semnificative se deteriorează, semnificațiile nu mai sunt pentru cel cu tulburare mintală aceleași ca pentru toți cei din jur. În raport cu manifestarea decontextualizată și neintegrarea socio-comunitară a cazului psihopatologic, cei din jur – relativii, familia, comunitatea – reacționează spontan, atât în sens negativ cât și pozitiv. Negativ prin distanțare, rejecție, stigmatizare, alienare. Pozitiv prin toleranță, îngrijire, susținere. La acestea se adaugă apoi reacția instanțelor medico-sociale, a instituțiilor ce reprezintă practicile umane. Dincolo de atitudinile și etichetările psihologiei populare, există atitudini și etichetări din partea instituțiilor oficiale, în ultimul timp medico-psihiatrice.

Deficiența de integrare socială are însă și ea gradele ei. Zona „marginalității sociale” și cea a „problemelor de adaptare” la stresurile existenței, este o zonă intermediară, care nu poate fi în întregime etichetată ca tulburare mintală, conform normelor oficiale și a definițiilor din s.n.n. publice. Ceea ce nu înseamnă că cei ce se preocupă de psihopatologie nu trebuie să aibă în vedere și această cazuistică. Precum și articularea cu întreaga problematică a suferinței, a tendinței spre dispersie, a anormalității și minusului psihologic al existenței umane. Deficiența ce stă la baza t.m. nu apare, în specificitatea ei, ca un fenomen brusc, ca un accident, ca de exemplu în cazul în care un om își pierde un picior. Dacă se acceptă ideea unei etiopatogenii care se bazează pe vulnerabilitate, în joc este un proces care se desfășoară în timp. Și în cursul căruia psihismul persoanei reacționează și el, alături și împreună cu ambianța, față de ceea ce se petrece. În această direcție s-au dezvoltat și se vor dezvolta și în viitor importante modele interpretative ale psihopatologiei.

Tulburarea mintală, ca realitate nemijlocită și prezentă spontan în lumea oamenilor, precum și ca realitate mijlocită, mediată de știința psihopatologiei clinice și de practica instituțională psihiatrică, este o parte a condiției umane. Este absurd să se urmărească eradicarea acestui pol al umanului. Ceea ce nu înseamnă că nu putem, printr-o mai bună cunoaștere și prin eforturi continue, să reducem suferința și intensitatea acestui minus antropologic natural.

* *

Psihopatologia clinică în viitor. Omul s-a structurat pe parcursul unei evoluții de peste 2 milioane ani ca o ființă socială, cu un „creier social”, cu o organizare psihologică ce o dezvoltă pe cea biologică centrându-se pe un ax al sinelui reflexiv și al persoanei responsabile. Acest ax vertebreează subiectivitatea conștientă a persoanei ce se afirmă în lumea umană supraindividuală, organizată prin practicile instituționalizate și dimensionată prin logosul asertiv critic, ce impune universul teoreticului, în care viețuiesc miturile, eroii de narațiuni, teoriile științifice. Vizarea transcendenței încununează această

... și până la momentul prezentării și înregistrării în Registrul de Comerț al societății.

... și în ceea ce privește termenul de prezentare și depunere a actelor necesare pentru înregistrarea societății în Registrul de Comerț, termenul este de 30 de zile de la data înregistrării în Registrul de Comerț al societății.

... și în ceea ce privește termenul de prezentare și depunere a actelor necesare pentru înregistrarea societății în Registrul de Comerț, termenul este de 30 de zile de la data înregistrării în Registrul de Comerț al societății.

ANEXE

... și în ceea ce privește termenul de prezentare și depunere a actelor necesare pentru înregistrarea societății în Registrul de Comerț, termenul este de 30 de zile de la data înregistrării în Registrul de Comerț al societății.

... și în ceea ce privește termenul de prezentare și depunere a actelor necesare pentru înregistrarea societății în Registrul de Comerț, termenul este de 30 de zile de la data înregistrării în Registrul de Comerț al societății.

... și în ceea ce privește termenul de prezentare și depunere a actelor necesare pentru înregistrarea societății în Registrul de Comerț, termenul este de 30 de zile de la data înregistrării în Registrul de Comerț al societății.

... și în ceea ce privește termenul de prezentare și depunere a actelor necesare pentru înregistrarea societății în Registrul de Comerț, termenul este de 30 de zile de la data înregistrării în Registrul de Comerț al societății.

... și în ceea ce privește termenul de prezentare și depunere a actelor necesare pentru înregistrarea societății în Registrul de Comerț, termenul este de 30 de zile de la data înregistrării în Registrul de Comerț al societății.

... și în ceea ce privește termenul de prezentare și depunere a actelor necesare pentru înregistrarea societății în Registrul de Comerț, termenul este de 30 de zile de la data înregistrării în Registrul de Comerț al societății.

... și în ceea ce privește termenul de prezentare și depunere a actelor necesare pentru înregistrarea societății în Registrul de Comerț, termenul este de 30 de zile de la data înregistrării în Registrul de Comerț al societății.

... și în ceea ce privește termenul de prezentare și depunere a actelor necesare pentru înregistrarea societății în Registrul de Comerț, termenul este de 30 de zile de la data înregistrării în Registrul de Comerț al societății.

ANEXA 1

SCHEME ALE ORGANIZĂRII PSIHISMULUI PERSOANEI

Psihopatologia are semnificație prin referință la psihismul normal. Dar semiologia psihopatologică nu se poate referi la o concepție simplă și coerentă a acestui psihism deoarece știința psihologiei îl abordează din foarte multe și variate unghiuri. Chiar psihologia persoanei e lecturată după multiple doctrine și metodologii. Nici nu e de așteptat ca psihologia umană să structureze o concepție unitară, validă și agreată de majoritatea specialiștilor, care să fie un referențial ferm pentru psihopatologie. În aceste condiții ceea ce se poate face este de a contura câteva scheme generale, orientative, care să susțină comentariul asupra sindroamelor și simptomelor psihopatologice și să oreinteze plasarea eventuală a acestor sindroame.

**

Prima schemă pe care o prezentăm diferențiază în funcționarea psihismului uman o zonă a identității sinelui, alta a relaționărilor interpersonal sociale și una a acțiunii productive. Se presupune desigur că existența persoanei se desfășoară în interiorul lumii, în cadrul unei lumi umane date și a unei lumi biofizice.

Diferențierea psihismului uman în perspectiva a trei zone (posibile zone de plasare a sd.pt.)

LUMEA UMANĂ		LUMEA UMANĂ
C	A	B
<i>Zona acțiunii productive</i>	<i>Zona identității sinelui și persoanei conștiente</i>	<i>Zona relaționării interpersonal sociale</i>
temporalitate mentală trecut, prezent, viitor perioade psihoexistențiale de diverse dimensiuni; durata biografică	persoană sine autoetic meta reprezentational	spațialitate mentală și socială; distanțe psihosociale: intim, familial, oficial, impersonal
biopsihoritmuri antropocosmice; durata ontogenezei și a ciclurilor vieții;	sine biografic sine nuclear	spațialitate biologică, locuință, relativi familie
temporalitate fizică	sine încorporat (protosine) psihism biologic corporalitate biologică	spațialitate fizică
LUMEA BIOFIZICĂ		LUMEA BIOFIZICĂ

Această schemă indică faptul că identitatea sinelui și persoanei se bazează pe corporalitatea biologică și pe psihismul biologic. Axul său, sinele („self”-ul în limbajul anglo-saxon) are mai multe nivele: protosinele sau sinele încorporat și resimțit ca și „corp trăit” („leib” în germană, „lived body” în engleză); sinele nuclear care asigură sentimentul originării din sine și apartenenței la sine a trăirilor; și care este suportul „mentalizării”, a atribuirii de stări mintale diverse altor persoane și sieși; sinele autobiografic, metareprezentational și autoetic, care permite raportarea și relatările despre sine, asigură sentimentul identității transsituaționale, stima de sine și idealul de sine. Și în sfârșit nivelul persoanei, care se manifestă și e identificată social prin statute și roluri,

nume și acte de identitate, manifestări publice și creații. Instanță ce se oferă redactării de biografii, cea în care se manifestă conștiința morală și creativitatea cultural valorică. Toate aceste elemente de identitate, care au fațete subiective, intersubiective, interpersonale și obiective, se regăsesc în variante psihopatologice. Zona sinelui și a identității este cea din care emerge intenționalitatea, cea de la care și prin care se realizează relaționările interpersonale, ca atitudini și raportări. Precum și acțiunile.

Zona acțiunii, în specificul său uman, reformulează modelele comportamentale ale animalelor. Acțiunea are un obiectiv și de obicei o semnificație, presupune un proiect, o decizie, un comportament efectiv și o finalizare. Iar deseori rezultă și un produs. Pentru om acțiunile sunt ordonate de norme și valori. Atât în biologie cât și în plan uman, comportamentul implică spațio-temporalitatea. Aceasta are în primul rând caracteristici fizice. Omul acționează și el în spațiul fizic; vizând distanțe ce se întind de la suprafața corpului său în exterior; și utilizându-și corpul ca instrument. În acțiune e implicat și timpul fizic al ceasornicelor. Există însă și o temporalitate specifică psihismului personal, minții. Pentru fiecare om există un timp prezent; de dimensiuni fizice variate, în care el se raportează activ și efectiv la ambianță, la lume; timp care susține „situația (problematică) actuală” în care el e angajat. În raport cu acest prezent, pentru subiect există și un trecut memorabil și un viitor proiectat, imaginat. Distorsiunea temporalității trăite se află în centrul unor sindroame psihopatologice ca anxietatea, depresia, mania. Dar ea e prezentă în majoritatea sindroamelor, de la obsesie și impulsivitate la delir. Temporalitatea specific umană are însă și alte perspective. Dincolo de prezentul imediat, subiectul e angrenat în proiecte sau în rezolvarea de situații problematice de durată mai lungă sau medie. Cât timp acestea sunt în desfășurare ele sunt susținute de un suport temporal. Mai largi decât acestea sunt perioadele de desfășurare ale ciclurilor vieții, care au și repere temporale exterioare. De exemplu pregătirea unor examene, un an de studiu, curtea și realizarea unei căsătorii. Se configurează astfel linii paralele și ierarhizate ale temporalității existenței personale. Iar în spatele tuturor acestora se plasează durata biografică, ca zonă a temporalității ce susține identitatea persoanei.

Temporalitatea specifică psihismului uman a fost comentată mai sus pornind de la zona acțiunii. Iar ea e în mod egal prezentă și în zona relaționărilor interpersonal sociale. De fapt toate cele trei zone menționate se intersectează.

Pe lângă temporalitatea fizică a ceasornicelor și cea specifică persoanei menționate mai sus, omul se împărtășește și dintr-o temporalitate biologică, dat fiind faptul că e și un animal. Aceasta se configurează prin durata vieții, prin ciclurile maturării, vârstei adulte, ale reproducției și îmbătrânirii. Iar apoi prin variate bio-psihoritmuri, de la cele infradiene la ciclul somn-veghe, ciclul menstrual și alte bio-psiho-ritmuri, care stau în mare măsură la baza psihoritmicității existenței persoanei. Aceasta, e impregnată însă și de ritmuri antropologice, cum ar fi cele ale sărbătorilor, ale muncii și vacanțelor.

Zona relaționării interpersonal-sociale este esențială pentru om. Desigur, schema relațiilor dintre indivizi e amprentată de biologie, de necesitatea reproducerii; fapt ce susține căutarea partenerului, acuplarea, structurarea familiei, îngrijirea și educarea copiilor. La om în această zonă se desfășoară și îndrăgostirea, dragostea. Asocierea în grupuri pentru obținerea surselor de supraviețuire este și ea o moștenire biologică.

Dacă e să comentăm din această perspectivă spațialitatea, atunci pe lângă spațiul fizic întâlnim spațiul locuirii – al cuibului – și teritoriul propriu familiei sau grupului, gospodăria. Locuința e toposul unde se nasc și sunt îngrijiți copiii, locul ce reunește familia. La om necesitatea acestui spațiu intim și sigur se păstrează, iar agorafobia apare ca o distorsiune a anxietății ce se instituie la îndepărtarea de locul protejat.

În zona relaționării interpersonale poate fi comentată mai bine spațialitatea specific umană. Ea se desfășoară între zona intimității subiectului, a secretului său personal și zona publică, a măștii sociale. Între acești poli unele persoane sunt mai apropiate sufletește, altele mai îndepărtate. Există o zonă a cunoștințelor oficiale precum și una extremă, a persoanelor care sunt pentru subiect indiferente (sunt oricine, „nimeni”). La celălalt pol sunt cunoștințele mai apropiate, persoanele familiale și cele intime, cu care împărtășim secretele personale. Pe această diagramă intim public se desfășoară și procese în timp, unele persoane se îndepărtează – sau sunt îndepărtate – de subiect, altele se apropie, uneori până la fuziune și interpătrunderea dragostei. Relația de atașament este una specială, în care subiectul se identifică cu celălalt și îl încorporează în sufletul său. Fapt care îi sporește siguranța. Întreaga această dimensiune antropologică a distanțelor interpersonal sociale este clar exprimată prin deficiențele și distorsiunile sale în stările psihopatologice, mai ales în direcția paranoidei.

Data fiind importanța pentru psihopatologie a dinamicii distanțelor interpersonal, rezumăm și această problematică într-o schemă:

Distanțele psihologice în relaționările interpersonale

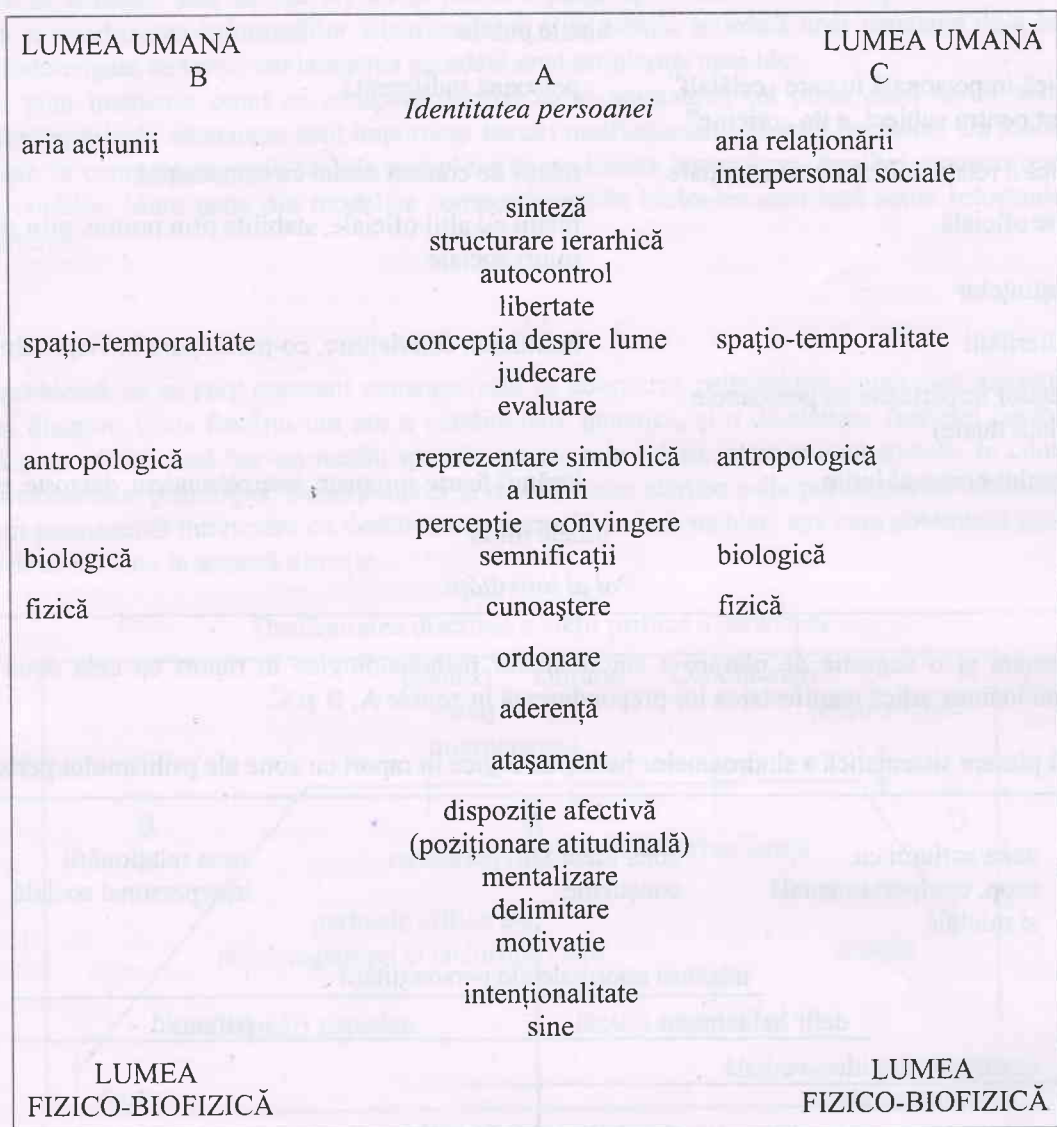
<i>Pol al manifestărilor publice</i>	
Sinele public	
zona publică impersonală în care „celălalt” e indiferent pentru subiect, e un „oricine”	persoană indiferentă
zona publică a relaționărilor circumstanțiale	relații de contact social circumstanțial
zona public oficială	relații cu alții oficiale, stabilite prin norme, prin statute și roluri sociale
zona cunoștințelor	
zona familiarității	intimitate, conviețuire, co-participare la viața celuilalt
zona secretelor împărtășite cu persoanele intime (relații duale)	
zona secretului personal intim	legături foarte apropiate, interpătrundere, dragoste, prietenie
Sinele intim	
<i>Pol al intimității</i>	

Prezentăm și o sugestie de plasare a sindroamelor psihopatologice în raport cu cele două scheme sugerate mai înainte, adică manifestarea lor preponderentă în zonele A, B și C.

Posibilă plasare sistematică a sindroamelor psihopatologice în raport cu zone ale psihismului persoanei

C	A	B
zona acțiunii cu scop, comportamentală și mintală	zona identității persoanei conștiente	zona relaționării interpersonal socială
trăsături anormale ale personalității		
delir halucinator		paranoid
dezorganizare ideo-verbală comportamentală		
transparență influență		
obsesionalitate		
impulsivitate		
de activitate	dependență	interpersonală
de substanță		
depersonalizare		
manie		
depresie		
anxietate		
Sinele conștient		
psihism biologic corp		

Ca reper pentru abordarea și interpretarea sindroamelor psihopatologice mai prezentăm o schemă, de data aceasta cu mai multe noțiuni generale:



Elementele schemei de mai sus sunt plasate pe axul identității persoanei și a sinelui.

Referința de pornire e la intenționalitate, care e un concept bazal al cognitivismului actual și unul tradițional al fenomenologiei. Orice trăire psihică, conștientă sau nu, se referă la „ceva” („*aboutnis*” în engleză); iar prin aceasta înțește „lumea”. Intenționalitatea dinamizează și motivează persoana, venind în întâmpinarea solicitărilor lumii la care subiectul se raportează și asupra căreia acționează. Pe de altă parte, subiectul se resimte ca delimitat psihic. El simte în permanență că toate trăirile sale „îi aparțin” și sunt distincte de trăirile, intențiile, deciziile și acțiunile altui sine, ale altei persoane, ale altei minți. Aceasta este funcția sinelui nuclear și baza unei funcții esențiale a psihismului uman care e cea de „mentalizare”, de atribuire de stări mentale altora și sie-și. Această delimitare de sine fundamentală, se regăsește la toate nivelele sinelui, de la protosine la sinele nuclear, biografic și cel autoonetic; precum și în instanța persoanei. În perspectiva biografiei, delimitarea se umple de un conținut informațional cultural ce se structurează prin procesul de „individuație” comentat de Jung. Delimitarea subiectului, a sinelui, la nivelul persoanei are alte caracteristici decât delimitarea bazală a sinelui corporal; și cea de la nivelul sinelui nuclear. Ea presupune acum și dimensionarea subiectului prin rețeaua socială, prin cele făcute și avute, prin creativitatea personală, prin operă. La acest nivel se poate manifesta zgârcenia și colecționarismul.

O bună delimitare a sinelui de alții și de lume presupune o deschidere și interrelaționare funcțională cu aceste instanțe, inclusiv atașamentul, interpătrunderea și încorporarea celuilalt în „sineitatea” proprie,

precum și structurarea adecvată și flexibilă a distanțelor sociale. Pentru a exista în mod normal și firesc, omul trebuie să fie aderent de lume; de alții, de sine, de lume în general. Apoi, atât pentru acțiune cât și pentru raportare și cunoaștere, lumea trebuie să fie ordonată într-un fel. Ordine și ordonare ce există efectiv în lume. Dar care pentru subiect se realizează și printr-un proces propriu de ordonare, care îl preocupă mult pe obsesiv. Raportarea la lume se face pe baza unei cunoașteri ce se îmbogățește și se metamorfozează mereu. Cunoaștere generală, cunoaștere a lumii umane proprii subiectului, cunoaștere a altora și cunoaștere de sine. Această cunoaștere este ordonată după liniile de forță ale unor opinii și convingeri. Ea se desfășoară în interiorul lumii umane ce e dimensionată prin logos (limbaj asertiv, sisteme semiotice) prin discursuri, narațiuni teoretice, teorii științifice, care operează cu semnificații. Cunoașterea structurată a persoanei stă în spatele raportărilor sale actuale, situaționale, la lumea prezentă acum și aici. Contactul cu elementele situației date se realizează prin sinteza informativă a percepției. Percepția are ca punct de plecare propriul sine, cu intenționalitatea și aderența sa. Perceperea fizică a situației se raportează spațial la sinele corporal. Perceperea altor persoane, ce include și procesul de mentalizare, precum și a semnificației relaționale a acestora în situație, are ca reper sinele nuclear. Trăirea activă a situațiilor în care e angajată o persoană nu e punctiformă, ci se organizează spațio-temporal în raport cu obiectivul, cu situația sau situațiile problematice în care subiectul e angajat. Concomitent, persoana e angajată în situații problematice de diverse dimensiuni temporale. Perceperea informațiilor actuale are semnificație prin încadrarea lor în problematica unei situații pe care subiectul o vizează în circumstanțele date. Ansamblul evenimentului trăit circumstanțial e inclus în textura de semnificații comune lumii umane a persoanei. Unele semnificații ale lumii perceptibile se pot impune, în anumite situații, în mod special și activ subiectului. Oricum, subiectul interpretează și evaluează constant semnificațiile percepute. În psihopatologie, trăirea semnificațiilor percepute e un aspect deosebit de important în dinamica delirului.

În contextul intenționalității, a deschiderii spre lume și a aderenței la aceasta, a cunoașterii și angajării subiectului în situații problematice, el se poziționează într-un anumit fel față de semnificațiile situației și a raportărilor sale la alții și la sine. Dispozițiile afective – de tip anxios, euforic, depresiv, iritabil, apatic – exprimă atitudinea de ansamblu a subiectului față de situație, alții, sine și lume. Dispoziția afectivă exprimă în primă instanță autoevaluarea de sine în cadrul raportării. Dar și atitudinea față de alții, expectațiile din partea acestora, opiniile privitoare la atitudinea lor față de sine. Poziționarea atitudinală e trăită în cadrul dispozițiilor afective nemijlocit, nefiind de la început formulată în discursivitatea logosului, ca narativitate. Dar ea mobilizează subiectul, îi determină comportamentul. Trecând prin instanța cunoașterii discursive, a prelucrării semnificațiilor și a evaluării pe care o realizează judecarea, subiectul ajunge să interpreteze diverse aspecte ale raportării sale la lume, la alții și la sine. Această interpretare discursivă – formulabilă narativ dar nu neapărat și formulată astfel – se centrează de obicei tematic pe o „idee”; iar aceste teme, aceste idei, orientează și argumentează acțiunea, organizarea unor situații problematice care preocupă subiectul un timp mai îndelungat. Problematika delirului se cantonează la acest nivel.

Problema libertății este inevitabilă în cadrul psihismului uman. Termenul de libertate e plurisemic. Pentru perspectiva psihopatologiei se menționează la acest nivel mai ales trei aspecte, plasate la diverse nivele ale sinelui. În primul rând e de semnalat sentimentul libertății subiectului de a-și păstra pentru sine zona secretului personal și al deciziei ultime; fapt perturbat în fenomenele de transparență influență. În al doilea rând e de menționat prezumția libertății în decizie, acțiune și autocontrol, aspect corelat evaluării consecințelor actelor proprii, discernământului. Discernământul implică nivelul superior al sinelui, cel articulat de instanța persoanei sociale. Modificarea sa în psihopatologie ține de problematica psihiatriei judiciare. În sfârșit, există o libertate a subiectului de a se orienta în raport cu problemele pe care le relevă situațiile în care e implicat. În stările psihopatologice trăirea subiectului e monopolizată de unele manifestări pe care subiectul însăși nu le poate îndepărta.

*
* *

Psihismul specific animalelor este într-un totu prezent la om dar în multe zone reorganizat și redimensionat, reformulat. El se regăsește mai pregnant în trei direcții:

– Oscilația circadiană între veghe somn și în general bio-psihoritmicitatea. Starea de veghe a omului este însă un suport pentru afirmarea sinelui nuclear și autoonetic, a conștiinței persoanei responsabile ce se orientează cu discernământ, după norme și valori. Ceea ce nu e cazul la animale.

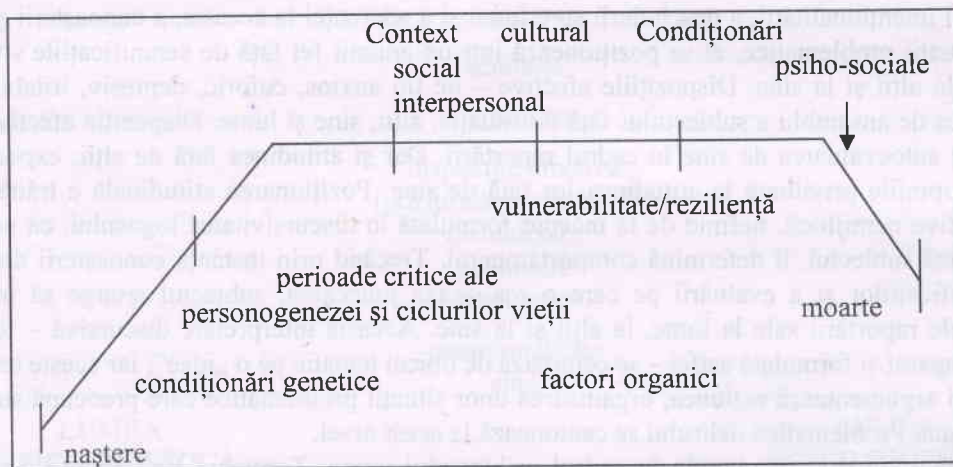
– Funcțiile psihologice cognitive, dinamizante, motivaționale și comportamentale, se bazează pe modele biologice. Atenția, percepția, memoria, emoțiile, comunicarea expresivă etc., toate au o serioasă dezvoltare la animale. Dar la om ele au și multe aspecte specifice. Acum atenția nu se referă doar la selectarea și ierarhizarea informațiilor situaționale ci și la atenția acordată unei persoane de-a lungul unei perioade îndelungate de timp; sau la atenția acordată unei probleme, unei idei.

– În plan instinctiv omul se comportă parțial ca și animalele, cel puțin până la un anumit nivel. Erotismul și nevoia de alimentare sunt importanți factori motivaționali și pentru persoane. Un model biologic se regăsește în comportamentele sociale complexe care vizează întemeierea familiei, construirea locuinței, îngrijirea copiilor. Mare parte din modelele comportamentale biologice sunt însă acum reformulate într-un limbaj cultural.

**

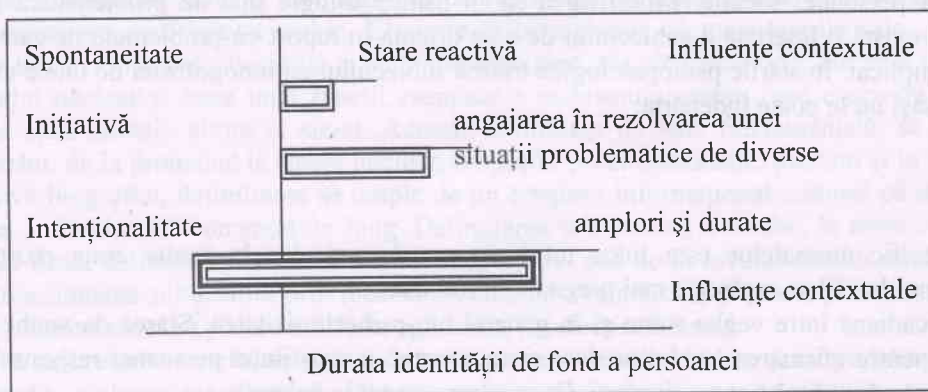
O problemă ce se cere constant conștientizată în abordarea psihismului uman este aspectul dinamic sincron și diacron. Viața fiecărui om are o condiționare genetică, și o dezvoltare corporală cerebrală. El se formează și se afirmă însă într-un mediu specific uman, prin relații interpersonal sociale, în contextul unei culturi dimensionate prin logos. Condiționarea și manifestarea stărilor psihopatologice se realizează în acest context, în permanență întrețesere cu desfășurarea normală a vieții psihice, așa cum subliniază p.pt.d. Se vor prezenta două scheme în această direcție.

Desfășurarea diacronă a vieții psihice a persoanei



Pe lângă marile perioade și cicluri ale vieții sunt de luat în considerare și variate biopsihoritmuri antropocosmice. Întreg ansamblul participă la condiționarea vulnerabilității și le aparțin stărilor psihopatologice prin deficit, desimplicare, simplificare, destructurare.

Manifestări sincrone ale psihismului



Subiectul este în permanență implicat în – și participă la rezolvarea mai multor situații problematice de diverse amplituri, în care se angajează cu scop și sens. Faptul îl plasează pe diverse orbite temporale, în fundal fiind durată identității biografice. În cadrul acestor manifestări active se conjugă intenționalitatea și spontaneitatea subiectului cu influențele ce vin din partea altora sau sunt generate de semnificația situației.

Subiectul se angajează în situațiile de care aderă cu „instrumentele” psihice de acțiune și raportare pe care le are: abilități, capacități, competențe, moduli psihici adaptativi. Aceste „instrumente” intră în joc mobilizând un conținut, adică cunoștințele asimilate, încorporate de subiect, faptul permițând interpătrunderea cu situația; și apoi, subiectul se îmbogățește prin depășirea situației.

Prezentarea schematică din această anexă se vrea doar un demers euristic care să permită o lecură a psihopatologiei clinice mai comprehensivă decât cea care rezultă din utilizarea listelor de simptome ale unui sindrom clinic semnificativ.

ANEXA 2

TRĂIRI NORMALE ȘI PATOLOGICE ÎN PERSPECTIVĂ ANTROPOLOGICĂ

Simptomele și sindroamele psihopatologice au la bază manifestarea deficitar disfuncțională a psihismului normal, înțeles în perspectiva unor unități de manifestare cu sens adaptativ (module, complexe și arii modulare) și a structurii axiale a sinelui. Corelarea dintre psihopatologie și normalitatea psihică e utilă, pentru a se circumscrie cât mai adecvat domeniul perturbat.

O serie de noțiuni din psihologie și psihopatologie sunt plurisemice și/sau acoperă zone de realitate variate. În continuare se vor face unele comentarii atât în ceea ce privește noțiunile (termenii, conceptele) cât și realitățile fenomenologice la care se referă câteva din acestea. Psihopatologia se bazează pe înțelegerea și interpretarea psihismului normal. Dar, la rândul ei provoacă la a se acorda atenția cuvenită unor aspecte antropologice a căror disfuncție o exprimă. Un consens general asupra termenilor utilizați nu există și nici nu e posibil. Dar jocurile de limbaj, analizele și opțiunile sunt posibile, chiar inevitabile.

1. ARIA ANXIETĂȚII

Anxietatea umană în continuitatea celei din biologie are o arie de manifestări în normalitate, care se regăsesc în variante psihopatologice. Se pot menționa:

a) Alerta în fața necunoscutului posibil periculos.

b) Reacția paroxistică în fața unui stimul apărut brusc și recepționat ca iminent periculos căruia subiectul resimte că nu-i mai poate face față.

La acest nivel anxietatea de fond sau paroxistică poate fi corelată nivelului de certitudine a prezenței pericolului; dar și presupuziției prezenței sale în viitorul apropiat, semnalat prin diverși indici. Sentimentul că pericolul e clar prezent ar putea fi etichetat ca frică, spaimă, groază sau panică, trăită în direct, însoțind derularea evenimentelor. Sentimentul negativ fundamental e cel al dispariției, al morții iminente, resimțit de obicei ca anihilare corporală. Angajarea în rezolvarea de probleme periculoase, inclusiv lupta combativă cu agresorul, nu anulează trăirea acută din seria anxietate-fobie, deoarece mult timp deznodământul rămâne deschis. Animalul și soldatul în luptă, omul angajat într-o acțiune riscantă, au tot timpul, până la finalul acțiunii, această trăire. În mod esențial anxietatea e o trăire intens emotivă și hipervigilă, în tensiune de așteptare exploratorie, cu resimțirea unui prezent deschis spre un viitor imediat, periculos. Implicarea corporalității e definitorie.

Din trăirea anxietății face parte și sentimentul subiectului că s-ar putea să nu facă față pericolului, că nu are mijloacele necesare să se salveze, că nu se poate sprijini pe sine. Aceasta explică factorul antianxiogen al relației cu o persoană puternică și a credinței în Dumnezeu.

Semnificația pericolului vital e fundamentală. Ea e definită în biologie genetic. La om ea are multiple condiționări, perspectiva morții fiind trimiterea ultimă.

Trăirea anxietății presupune, la animal și om, anumite mecanisme la care subiectul poate fi mai mult sau mai puțin conștient.

c) Îngrijorarea e corelată cu preocuparea imaginativ reprezentativă față de evenimente nefavorabile ce ar putea să se întâmple subiectului și celor apropiați, lucrurilor din lumea de care subiectul e atașat, la care ține, care fac parte din dimensionarea sa existențială. Îngrijorarea e legată, la fel ca toate trăirile anxioase de viitorul apropiat. Ea constă într-o așteptare încordată, tensionată, ruminativă, care absoarbe preocupările subiectului. Se poate manifesta ca așteptarea anxioasă a eventualității de a se produce un atac de panică, o stare generală de rău, un rău corporal ce duce la moarte, o catastrofă, un eveniment dramatic. Îngrijorarea se manifestă și în raport cu un eveniment proiectat, legată de eventualitatea desfășurării nefavorabile a acestuia.

Ea ar putea fi plasată în zona dintre alerta netematică și frica tematizată. Anxietatea de sănătate ia deseori această formă.

d) Frica este prin definiție o trăire tematizată și precizată mundan, ca temă, loc, timp, modalitate. Astfel încât, față de situațiile fobogene se pot desfășura conduite de evitare și asigurare. Ea implică cunoașterea și reprezentarea lumii, nivelul metareprezentational al psihismului, al sinelui. Trăirile de tip frică se combină variat cu toate celelalte din aria anxietății. La acest nivel se plasează fobiile din psihopatologie, inclusiv agorafobia.

e) Nesiguranța ce conduce la hipercontrol și verificare exagerată e o modalitate de trăire în principiu distinctă de celelalte menționate. La fel ca în cazul alertei, subiectul trăiește o incertitudine. Dar nu în ceea ce privește un eventual pericol, ci privitor la insuficiența reperelor și punctelor de sprijin care să asigure succesul acțiunii. La o extremă ea se poate apropia de alerta pe care o trăiește oricine într-un mediu necunoscut. Dar nesiguranța se extinde și în zona proiectelor de acțiune elaborate și puse în lucru de însăși subiect, corelate cu realitatea sau cu sentimentul că acțiunea nu poate fi suficient controlată, că „îi scapă de sub control”. Tendința exagerată de control se extinde și asupra elementelor ambianței, deoarece acțiunea depinde de parametrii acesteia. Nesiguranța cu hipercontrol și verificare este puntea dintre nucleul ariei anxioase și zona obsesionalității.

f) Neîncrederea suspicioasă se desfășoară în aria relaționărilor interpersonale, exprimând trăirea unei așteptări ca o persoană ce se apropie de subiect să aibă intenții nefavorabile. Trăirea alertei senzitiv relaționale e precursora acestei stări. Neîncrederea potențează nesiguranța pe când relația cu o „persoană de încredere” reduce nesiguranța și în general toate trăirile din aria anxioasă. Aceasta este valența pozitivă a relației de atașament sigure.

g) Nesiguranța de sine și neîncrederea în sine e de obicei diferențiată ca un aspect special, deși e strâns corelată cu nesiguranța în acțiune și în relaționare. Certitudinea informațională externă nu ajută și deseori nici încrederea în alții. Fenomenul rezultă dintr-o autoevaluare directă, cu sentimentul unui deficit intrinsec a capacităților și mijloacelor necesare unei acțiuni și relaționări eficiente în diverse situații. Și mai ales în situații noi, neprevăzute, care solicită subiectul să se afirme, să se aserteze. Ea stă și în spatele unor trăiri ca anxietatea socială și a predispoziției pentru trăiri senzitiv relaționale.

Anxietatea ce rezultă din conflictul intrapsihic, din dezacordul subiectului cu sine, exprimă alături de neîncredere, slăbiciunea acestuia. Pericolul izvorăște acum chiar din interioritatea sa.

Nesiguranța și neîncrederea se există în zona metareprezentatională a psihismului.

h) Crisparea rigidă pe ordine poate fi plasată și ea în aria trăirilor anxioase ca o schiță de compensare a nesiguranței, neîncrederii și incertitudinii. Ordinea este un concept larg, care nu se reduce la ordinea spațială din ambianță ci se exprimă și în ordinea ce subține desfășurarea acțiunii, relaționările sociale și întreaga existență a subiectului. Trăirea unei amenințări cu dezordinea, iminența acesteia, e anxiogenă. Dacă subiectul tinde să alunece din ordinea existenței sale, el intră de obicei în alertă anxioasă, la fel ca în fața necunoscutului. De aceea, accentuarea aspectelor formale ale ordinii, nu numai a celei ambiental spațiale, poate fi trăită ca o crispare anxioasă, în fața amenințării dezordinii, a haosului.

Certitudinea delirantă este antianxiogenă dând subiectului siguranță împotriva posibilului pericolos și reducând dezordinea nefamiliarității cu lumea, pe care o introduce dispoziția delirantă și trăirea fenomenelor de referință.

i) Nefamiliaritatea cu ambianța poate fi și ea anxiogenă. Când animalul sau omul explorează teritorii noi el intră în alertă, deoarece în zonele necunoscute pot apare pericole care sunt greu controlabile. Pentru om perceperea ambianței ca nefamiliară, ca stranie, ciudată, neobișnuită, se poate manifesta în unele stări psihopatologice cum este sindromul de derealizare, dispoziția delirantă și fenomenele de referință, cazuri în care se petrece o destructurare a raportării subiectului la ambianță.

j) Angoasa căderii interioare înspre moarte, înspre neființă, poate fi comentată separat, deși parțial ea se suprapune sau se intersectează cu spaima și teroarea ocazională de amenințări exterioare. Locul comun psihopatologic este atacul de panică. Acum nu e însă în discuție un pericol exterior ci însăși finitudinea vieții personale, ce ce termină cu moartea. Desigur, aceasta e condiționată sau imputabilă de obicei bolilor, care se petrec în exterioritatea lumească a trupului biologic. Oprirea inimii sau blocarea respirației semnifică moartea. Totuși pentru om tema morții are o semnificație specială, pe care religiile și filosofii au comentat-o. Abordarea angoasei de către Kirkegaard și de către Heidegger sunt semnificative în acest sens. Anxietatea generalizată și angoasa omului, în normalitate și în psihopatologie nu are de ce să ignore aceste perspective.

Anxietatea, ca sentiment al unui pericol iminent neprecizat, se poate manifesta circumstanțial, ca de exemplu în modulul alertei din explorarea zonelor necunoscute. Dar ca funcție, anxietatea devine difuză și se poate răspândi aproape în toate instanțele psihismului.

Anxietatea, ca trăire normală și patologică, se plasează la un nivel bazal, din care se desprind mai multe ramuri: – cea a dispozițiilor afective de tipul depresiei, euforiei, iritabilității ostile; – cea a trăirilor în plan metareprezentational de tipul așteptării anxios fobice, a egodistoniei obsesiv-compulsive, a preocupărilor centrate de o idee prelevantă sau delirantă. Nesiguranța, îngrijorarea, expectanța unor situații nefavorabile, se desfășoară atât în aria proiectelor de acțiune cu scop ca și în cea a relațiilor interpersonal sociale.

2. DEPRESIA, EUFORIA ȘI DISPOZIȚIILE AFECTIVE

În viața de toate zilele omul trăiește stări de anxietate, tristețe, iritare, veselie, indiferență. Aceste dispoziții afective exprimă un mod global de raportare la situație. Subiectul exprimă o anumită atitudine, o anumită poziționare atitudinală în raport cu lumea, cu alții, cu sine. Concomitent el evaluează prereflexiv atitudinea sa, care se plasează în centrul raportării totalizatoare la situație.

Dispozițiile afective se pot manifesta exagerat, strident, rigid, pot apare în prim planul trăirilor, desimplicându-se din cursivitatea și variabilitatea raportărilor circumstanțiale adaptative. Astfel ele se impun în centrul unor sindroame psihopatologice ca depresia și mania, subordonându-și ansamblul trăirilor subiectului pentru o anumită perioadă de timp.

Raportarea elaborată a subiectului la lume se face în principiu pe două căi care se întretaș, prin acțiunea realizatoare și prin raportarea la alții. Acestea derivă tot timpul din „agenția” subiectului ce se exprimă reflexiv pe sine prin toate instanțele sinelui său.

În perspectiva acțiunilor realizatoare subiectul inițiază procese și le urmărește până se împlinesc. Când dispozițiile afective se impun în prim plan, comportamentul realizator devine deficitar. Indiferența se însoțește de lipsa de interes și curiozitate, de pasivitate inactivă; depresia inhibă subiectul ce nu mai aderă de prezent și se repliază în inactivitate; anxiosul neliniștit nu poate persista în realizarea unor obiective; iritabilul nerăbdător reacționează la orice circumstanță și nu urmărește perseverent planul acțiunii; iar euforicul face planuri nenumărate fără a realiza nimic. Desigur, psihopatologia acțiunii are manifestările ei specifice ce constau în nehotărâre, dificultatea trecerii la act și în persistență, cu nenumărate verificări, dificultate de finalizare; sau impulsivitate, sugestionabilitate, inhibiție, agitație, manifestări incompreensibile sau stereotipe. Dar psihopatologia specifică dispozițiile afective o afectează totdeauna, chiar dacă indirect.

Relațiile interpersonale se organizează după parametrii dominație/supunere, colaborare/ostilitate. Dar și ele sunt distorsionate în psihopatologia dominată de dispozițiile afective. Indiferența izolează subiectul, la fel ca și depresia; iritabilitatea îi îndepărtează pe ceilalți prin ostilitate; euforia se manifestă printr-o sociabilitate superficială gregară; iar anxietatea, care pretinde de la celălalt protecție totală, deformează sensul specific al relațiilor.

Dispozițiile afective sunt centrate de o raportare prereflexivă la sine, însoțită de o autoevaluare care se plasează în prim planul trăirii, restul raportărilor la situație făcându-se prin filtrul acestei raportări. În psihopatologie tocmai autoevaluarea distorsionată se află în centrul perturbării. Indiferentul e dezinteresat de propria prezență în lume, de succes, elogii sau blam; depresivul se consideră incapabil, lipsit de valoare, vinovat; iritabilul are constant sentimentul unei vulnerabilități de care alții intenționează să profite; euforicul se resimte a toate capabil; iar anxiosul nesigur de sine și a toate vulnerabil.

Trăirea deficitar distorsionată a propriei valori centreează toate manifestările subiectului în raportarea sa la situație.

În psihopatologie principalele sindroame care au în centrul lor o dispoziție afectivă deficitar distorsionată sunt depresia și mania. Ansamblul trăirilor psihice se coagulează în jurul respectivelor dispoziții afective într-o manifestare excesivă, rigidă și disfuncțională care impune un mod de raportare la situație dezadaptativ.

Dispozițiile afective se pot combina în psihopatologie, fapt mult comentat în clinică pe marginea sindroamelor depresive și maniaceale care deseori se manifestă în forme mixte sau în combinație cu anxietatea și iritabilitatea.

Trăirea dispozițiilor afective este în mod esențial una de raportare nemijlocită la situație. Ea nu se desfășoară în planul metareprezentational, deși se poate articula cu acesta. Anxietatea de obicei se corelează

cu fobia și paranoia. Mania și depresia se pot dezvolta în direcția preocupărilor și convingerilor delirante, care presupun formularea discursivă a unei teme delirante.

3. COOPERAREA, SUSPICIUNEA ȘI PARANOIDIA

În înțelegerea evoluționistă a omului se consideră că un aspect esențial a fost selectarea mecanismelor adaptative de înțelegere și colaborare interpersonal socială, depozitate în funcțiile „creierului social”. O întreagă structură de moduli psihologici adaptativi prosociali, sau ai relaționării sociale, se evidențiază în cursul ontogenezei. Între aceștia esențial apare cel al „mentalizării”, prin care subiectul intuiește, ghicește, intențiile celuilalt în situație (complexul modular ToM). Colaborarea, cooperarea în acțiune, împreună cu evitarea opțiunilor de cooperare neadecvată și a pericolelor pentru propria persoană ce pot deriva din atitudinea ostilă a celuilalt, depind de funcționarea adecvată a acestui modul, care reglează relaționările interpersonale la nivel preverbal. Funcționarea m.p.a.ToM presupune investigarea atentă de către individ, uneori chiar în regim de alertă, a manifestărilor situaționale ale celuilalt. De fapt, e vorba de atenția reciprocă, acordată în mod necesar și firesc de către fiecare om celorlalți, împreună cu care se află în situație. Trăirea preconștientă de către subiect a faptului că și el este, continuu și în orice situație, în vizorul atențional, perceptiv și interpretativ a celorlalți, reglează comportamentul social. Noțiunile de atenție, percepție, intenționalitate, raportare interpersonală atitudinală, intuirea gândurilor celuilalt și altele din aceeași clasă, se corelează cu noțiunea de situație, care nu poate fi în acest caz înțeleasă doar ca ceva imediat, după modelul situațional experimental în care s-au făcut descrierile prin care a fost studiat modulul ToM la copii de 3 ani. Situațiile în care omul se află în mod curent și constant, situațiile problematice pe care el le are de rezolvat, situația unei relaționări interpersonale, toate au structuri de durată și complexități variate, implicând psihismul și sinele, la nivel metareprezentational. Până să se rezolve o situație problematică ce implică reciproc două sau mai multe persoane, pot să treacă zile, săptămâni sau luni. În toată această perioadă se menține o anumită poziționare atitudinală între partenerii situației: de deschidere totală spre colaborare, de dominare sau supunere totală, de reticență sau precauție, de tatonare, de neîncredere și suspiciune, de colaborare de la distanță cu observare atentă continuă etc. Preocupându-se de situația problematică dată, subiectul o definește pentru sine, o evaluează și o interpretează. Preocuparea sa față de situația problematică se conturează ca o „temă”, ca o idee în care crede mai mult sau mai puțin. Strategiile relaționale se pot și trebuie să se schimbe în funcție de parametrii evolutivi ai situației problematice. Ele mai depind de tipul de relaționări prealabile dintre persoanele implicate, de experiența avută în comun în rezolvarea de probleme. Astfel subiectul poate fi implicat într-o situație problematică alături de unele persoane apropiate sufletește pe care știe că se poate bizui. Dar și alături de persoane necunoscute, de neîncredere sau știute ca ostile. Oricum, subiectul dispune de un diapazon de operaționalitate variat prin punerea în joc a unor diverse modalități de m.p.a. de relaționare. Aceste modalități, aceste „instrumente” de raportare adaptativă se cer manevrate flexibil și adecvat pentru a se obține rezultate bune. Dacă subiectul are la dispoziție modalități de relaționare reduse, pe care le folosește rigid, după aceeași formulă în diverse situații și în raport cu variate persoane, ne aflăm evident în situația unui minus psihopatologic. Această caracteristică poate fi identificată în primă instanță la tulburările de personalitate paranoide care tocmai astfel sunt caracterizate: ca acționând cu *pattern*-uri rigide și cu același stil suspicios de raportare în raport cu orice persoană în diverse situații.

*

**

Dincolo de relaționările conjuncturale situaționale, între oameni se stabilesc și relații mai durabile. Acestea înregistrează formula prieteniei, a colaborării, a dragostei reciproce sau unidirecționale, a urii și dorinței de răzbunare, a atitudinii ostile marcate de intenția de a face rău altcuiva ș.a.m.d. Atașamentul și dragostea leagă oamenii între ei pe termen lung, uneori pentru întreaga viață. Atitudinea ostilă este de obicei resimțită, identificată și cunoscută de cel ce constituie obiectul ei. Dușmănia dintre oameni, intenția de a se ataca unul pe altul și a-și crea neajunsuri, probleme, chiar de a se suprima, este variat motivată. Ea continuă filonul biologic al comportamentelor agresive și combative. Este adevărat că la animale agresivitatea intraspecifică e circumscrisă la câteva situații ce se corelează ciclurilor biologice așa cum e confruntarea pentru ierarhia în grup a masculilor sau pentru dominarea cât mai multor femele. La om însă agresivitatea intraspecifică s-a dezvoltat mult, ajungându-se la fenomenul, necunoscut în biologie, a omorării celor din

aceeași specie; uneori în proporții și modalități impresionante. Acest fenomen al crimei, care în Biblie deschide ciclul existenței terestre, a fost explicat pe mai multe căi, între care și intervenția tehnologiei care permite omorârea semenului la distanță și nu neapărat în lupta personalizată corp la corp. Un om care știe că are dușmani încearcă, ca în orice situație fobogenă, se ia măsuri de asigurare, cerând sprijin de la alții și dezvoltând conduite de evitare. În plus, omul a avut la dispoziție posibilitatea de a se adresa pentru sprijin și ajutor ființelor transcendente în care credea. Mare parte din Psalmii lui David scriși în urmă cu peste 3 000 de ani, îl invocă pe Dumnezeu Atotputernic pentru a-l salva de dușmanii săi.

Ps. 3: 1. Doamne, ce mulți sunt vrăjmașii mei, ce mulțime se scoală împotriva mea? 2. Cât de mulți zic despre mine: „Nu mai este scăpare pentru el de la Dumnezeu!” 3. Dar Tu, Doamne, Tu ești scutul meu; Tu ești slava mea și tu îmi înalți capul; 4. Nu mă tem de zecile de mii de popoare care mă împresoară din toate părțile. 7. Scoală-le Doamne. Scapă-mă, Dumnezeule...

Când o altă persoană intenționează să atace și să distrugă un subiect, el trebuie să aibă acces până la acesta, să-i cunoască zonele vulnerabile, să lovească puternic, în locul slab, atunci și acolo unde el se poate apăra mai puțin. În acest sens s-a vorbit de „călcâiul lui Achile” sau de zona vulnerabilă dorsală a lui Segfried. „Apropierea” de zonele intime și vulnerabile e deci esențială pentru succesul unei confruntări. Pentru a obține date despre momentul și locul vulnerabil, dușmanul trebuie să-l observe continuu, să-l țină sub control. Ceea ce e normal și necesar pentru colaborare adică observarea celui alt și intuirea sau cunoașterea intențiilor sale de moment, este util și important și pentru succesul unui atac. A ține pe altul sub observație și control, a-i cunoaște cât mai bine intențiile și proiectele, a-i evalua cât mai exact capacitățile și slăbiciunile, a ști cum să te apropii și unde să lovești eficient, sunt elemente de bază ale oricărei strategii combative, fie la nivelul armatelor ce se confruntă, fie la nivelul agresivității interpersonale.

Ansamblul trăirilor menționate mai sus stau la baza unor fenomene psihopatologice relaționale. Acestea pot fi grupate în jurul a câtorva teme interconectate: – alerta și preocuparea subiectului privitor la faptul că este în centrul interesului altora care îl evaluează; – sentimentul supravegherii continue ce se extinde asupra intimității; – părerea sau convingerea privitoare la atitudinea ostilă a altora; – sentimentul imixtiunii altora în zone subiectivității intime. Acest grupaj psihopatologic poate fi etichetat generic ca „paranoid”, deși în el se agregă sindroame variate.

a. *Starea de alertă* a subiectului privitoare la faptul că ar putea stârni, în prezent sau viitor o curiozitatea sau un interes special din partea altora care vor desfășura o anumită atitudine în raport cu el. Aceasta se manifestă în sindroame variate, precum:

– Sindromul anxietății sociale: subiectul e preocupat de faptul că manifestarea sa publică în fața unor persoane puțin cunoscute ar putea fi un eșec, iar alții l-ar putea evalua negativ: motiv pentru care evită astfel de manifestări; – Sindromul manifestărilor hiperexpresive, de tip conversiv, disociativ sau din cadrul t.p. histrionice: subiectul e preocupat de felul în care „apare” în percepția celorlalți și face eforturi inconștiente ca să-i impresioneze astfel încât să atragă constant atenția asupra sa; – Sindromul dismorfofobic: subiectul e preocupat de ideea, părerea, convingerea – că are un aspect fizic nefavorabil pe care alții îl vor sesiza evaluându-l negativ; în consecință face eforturi de a-și pregăti minuțios o apariție fizică socială controlată și favorabilă, evitând situațiile de prea mare expunere socială; apropiat de acest sindrom este, până la un punct, cel anorexiei mintale și cel al „delirului osmotic”. – Sindromul de referință (nepsihotic): subiectul resimte neplăcut că alții se preocupă excesiv de el, fapt care ar rezulta din stilul lor de comportament, vorbire, gesturi, aluzii.

Toate aceste fenomene de alertă socială derivă din m.p.a. firești și utile. Ele sunt prezente și în cadrul unor reacții comprehensibile nepatologice. De exemplu sentimentul de alertă senzitiv-relațional de după un eșec social, după o stare de rușine, la fete după un viol. Problematika stigmei fizice se înscrie și ea în acest capitol. Deasemenea ele sunt prezente la multe t.p. pe care le și caracterizază: t.p. paranoidă, histrionică, evitantă. Imaginarul joacă totdeauna un rol important, trăirile de alertă senzitiv-relațională desfășurându-se în universul posibilului. Dar, aspectul fundamental e acela că ele sunt un capăt de linie și pentru psihopatologia psihotic delirantă paranoidă.

b. *Sentimentul unei supravegheri continue* poate corespunde unei stări reale pe care subiectul o cunoaște și în raport cu care are un comportament reactiv adecvat. Mulți copii sunt supravegheați în mod special de părinți, dincolo de faptul că în atmosfera familială se cam știe totul despre fiecare. Educatorii își supraveghează elevii, spionul este supravegheat de serviciile de contraspionaj, dizidentul politic e supravegheat de forțele de securitate ale statului totalitar, cei ce manifestă intenția de a-l ucide pe

președintele SUA sunt supravegheați de CIA. Bolnavul e în permanență supravegheat de medici, ceea ce e valabil și pentru bolnavul psihic. Dezvoltarea supravegherii publice de către sistemul statal în Europa Modernizării pe care o analizează Foucault, e desigur un fenomen ce are particularități istorice locale. Dar un sistem organizat de conducere și-a dezvoltat întotdeauna mecanisme *feed-back* de control. Metodele de supraveghere și control a subiectului din partea persoanelor aflate la putere și a instituțiilor organizate și abilitate, a variat în funcție de tehnologia vremii. Spionarea, care e o metodă clasică de supraveghere și control a celor considerați periculoși de către putere, a folosit totdeauna tehnici de apropiere față de persoana urmărită, apropiere față de intimitatea sa. Urmărirea este o tehnică ce vine din biologie. În secolul XX mijloacele tehnice de supraveghere la distanță s-au amplificat enorm, fapt ce a făcut ca ele să intre în preocuparea subiecților care se simt în mod exagerat și patologic supuși supravegherii. Delirantii actuali invocă fotografiieri și filmări de la distanță, înregistrarea convorbirilor telefonice, instalarea unor camere de luat vederi și a unor microfoane plasate în propria casă, sau o supraveghere pe internet. Toate acestea sunt mijloace tehnice reale și posibile, într-o supraveghere reală a intimității. Și sunt efectiv folosite de către instituțiile specializate în cazurile clasificate corespunzător. Aspectul psihopatologic constă în minusul „des-implicării” fenomenului de supraveghere socială din naturațea și rangul său, apariția sa în prim plan, ca temă dominantă, într-un mod descontextualizat, acolo unde nu e cazul și nu e real. Și persistența sa rigidă, ce simplifică existența persoanei.

c. *Sentimentul subiectului ce este obiectul unei atitudini ostile din partea altora* poate exprima o stare psihopatologică. Dar el derivă dintr-o modalitate firească și frecventă de relaționare adaptativă, care se desimplică și se impune ca centrală și rigidă într-un mod descontextualizat. În cursul vieții fiecărui om există constante stări de ostilitate circumstanțială exprimate din partea altora. Există desigur și ostilitate mascată, indirectă, latentă, posibilă, din partea multora, din partea a instituțiilor, a adversităților în general. Poziționarea tetică normală a oricărei persoane e cea de autoafirmare și de implicare, la nevoie, în negocieri, dezbateri, confruntare, luptă. Nimeni nu e din principiu victimă a unei persecuții și ostilități majore. Dar în mod practic poate ajunge o astfel de victimă, pe diverse căi și cu variate condiționări. Opinia, părerea, convingerea mai mult sau mai puțin certă sau evidența clară a cuiva că este o victimă a persecuției și uneltirilor ostile a altora, atunci când de fapt nu este, ne plasează în zona psihopatologiei. M.p.a. al suspiciunii, neîncrederii, alunecă din funcția sa adaptativă prin care e utilizabil la nevoie, circumstanțial, ca un detector al pericolului, se dezarticulează din ansamblul coerent al psihismului și ajunge să ocupe prim planul scenei trăirilor. Tematica delirului paranoid este foarte variată și deseori se articulează cu cea a punerii sub supraveghere și a urmăririi. În esență este vorba de intenția altora de a omorî subiectul: de a-l otrăvi, gaza, suprima fizic într-un fel. Dar temele derivate sunt nenumărate: „Celălalt”, „ceilalți”, „alții”, „cineva”, „ei”, pot avea intenții sau acționează – crede subiectul – în direcția îmbolnăvirii sale, a torturării, privării de libertate, denigrării morale, prejudiciului, furtului bunurilor, deteriorării sale mintale etc. Personalizarea „dusmanilor” poate avea diverse forme; de la identificarea membrilor de familie sau vecinilor și colegilor, la invocarea unor organizații internaționale, a forțelor extraterestre și supranaturale. Sau, precizarea autorilor nici nu mai e făcută.

d. *Sentimentul invadării controlului asupra intimității sinelui* exprimă perturbarea complexului modular al sinelui nuclear. Sinele nuclear este un rezultat esențial al socializării omului, imprimat în „creierului social”, ca fundament pentru relaționarea sa interpersonal socială, care dă psihismului uman specificitatea sa de ființă conștientă de sine. Această psihopatologie ce a fost descrisă ca simptomatologie de prim rang Schneider în schizofrenie, e solidară cu perturbarea generală a percepției și înțelegerii situaționale a lumii, care a fost descrisă ca dispoziție delirantă bazală și/sau ca delir de referință. Unele fenomene halucinatorii ideo-verbale comentative fac și ele parte din acest complex sindromatic.

Faptul că alții cunosc intimitatea psihică a subiectului este, până la un punct un fapt natural și adaptativ. În acest sens există persoane apropiate sufletește de subiect, persoane care-i sunt intime, în care el are încredere totală, așa cum e iubita sau prietenul de nădejde. La fel persoanele familiare știu multe despre intimitatea subiectului, despre secretele sale. De asemenea este evident că deciziile pe care subiectul le ia, din fragedă copilărie și până la vârsta a treia, nu sunt elaborate doar de el și nu rezultă doar din hotărârea sa intimă. Părinții sunt autorii esențiali a deciziilor și comportamentelor copiilor. Iar apoi cei apropiați sufletește, educatorii și chiar marea societate în ansamblu, marchează continuu motivația și acțiunea subiectului. Ar fi practic imposibil ca el să acționeze dacă nu ar avea sentimentul că există persoane de încredere, care-l ajută în ceea ce decide și face, fapt ce se structurează deja către sfârșitul primului an de viață, prin relația de

atașament. Ceea ce se petrece în sindromul de transparență-influență este destructurarea și des-implicarea unui mecanism natural, odată cu pierderea sentimentului limitelor sinelui.

Elementele de bază ale spectrului psihopatologic relațional-paranoid exprimă în mod major psihopatologia sinelui, în primul rând a sinelui nuclear. Dar sinele este integrat în sinteza continuă a persoanei ce se afirmă în plan socio-cultural, moral și transcendent. Problematika acestei sinteze, a sintezei psihice în general începe însă și ea de la începuturi, din primele momente ale constituirii sinelui, manifestându-se ca o structură funcțională bazală a coerenței centrale care ierarhizează constant într-o arhitectonică armonică, toate piesele psihismului personal, centrat de sine.

4. CONVINGERILE, PERCEPȚIA ȘI DELIRUL

Trăirea anxietății și în general a dispozițiilor afective exprimă o raportare directă și nemijlocită a subiectului la situație. Psihismul uman ce e dimensionat prin memoria biografică, prin instanța metareprezentatională și autonețică a sinelui, are și o modalitate secundă de raportare care e mediată de lumea reprezentată, de raportarea reflexivă la sine, de reprezentarea celorlalți în raportarea lor transsituațională la sine. La acest nivel se desfășoară preocupările subiectului în raport cu tematica unei situații problematice de durată, care se plasează de-a lungul trăirilor situaționale nemijlocite. De exemplu, preocuparea față de propria sănătate, față de felul în care alții apreciază în mod constant subiectul și se raportează la el, față de propria identitate și valoare în plan socio-cultural. În acest plan metareprezentational se desfășoară de exemplu fobiile care au în vedere perioade ce vizează subiectul în anumite împrejurări, ce pot fi întâlnite în anumite locuri și momente. Și la fel egodistonia obsesivă, în cadrul căreia subiectul se luptă cu sine, cu ideile și tendințele ce izvorăsc din sine și pe care el nu le acceptă. Tot în acest plan se manifestă preocupările de durată ale subiectului privitoare la sănătate, la valorizarea sa socială și la alte teme care sintetizează situațiile problematice în care e implicat.

Planul metareprezentational este, la rândul lui învăluit de instanța persoanei, prin care subiectul se articulează cu viața socio-culturală, spirituală. La acest nivel se afirmă convingerile comunitare privitoare la felul determinat de cunoaștere și reprezentare a lumii, cele corelative problemelor comunitare și cele religioase.

Delirul a fost definit ca o convingere nerațională într-o idee neadevărată care nu poate fi modificată prin argumente. Această definiție care e destul de controversată în ultimul timp, ridică probleme privitor la înțelesul noțiunilor de „convingere” și „idee”.

Convingerea se referă tradițional la o stare cognitivă în care „ceva” apare cert pentru subiect. Unul din principalele sensuri se referă la o temă, la o „idee” care preocupă subiectul în plan metareprezentational. În cazul delirului ideea are în vedere lucruri care implică subiectul în cadrul unei situații problematice, fiind tematizabile reflexiv. Mai precis se referă la evaluarea de către subiect a stării, a poziției sale în cadrul unei situații problematice în care el se raportează la alții, la sine, la lumea umană. De exemplu „sunt bolnav”, „sunt persecutat”. Ideile delirante exprimă o atitudine relațională ce poate fi formulată propozițional, discursiv.

În cadrul unei situații problematice privitoare la starea de sănătate subiectul poate dezvolta în plan metareprezentational o serie de trăiri cognitive precum: – sunt poate bolnav; nu cumva să fiu bolnav; dacă sumva sunt bolnav?; – s-ar putea să fiu bolnav....; – probabil sunt bolnav...; – mi se pare că sunt bolnav...; – îmi vine mereu în minte ideea absurdă că sunt bolnav; – incontestabil, sigur sunt bolnav.. Convingerea se plasează la capătul acestei serii după excluderea incertitudinilor: a ipotezelor, bănuielilor, supozițiilor, posibilităților, eventualităților, obsesiilor, opiniilor etc. Eventual ea apare ca o concluzie sau ca o evidență.

Toate trăirile menționate mai sus pot fi circumstanțiale. Dar ele pot preocupa subiectul și o perioadă îndelungată de timp. Uneori convingerea, ideea acestei convingeri se fixează și ajunge să domine celelalte preocupări, să centreze existența subiectului. Esențial e că în convingerea delirantă e implicat direct subiectul cu identitatea sa determinată, că ea exprimă o luare în considerare și o evaluare a stării sale. Cognația se desfășoară acum la un nivel metareprezentational al sinelui identitar, care depășește trăirea actuală nemijlocită, implicând biografia; și, ea exprimă o atitudine persistentă față de sine și alții. Ne aflăm la un

nivel al exprimării discursive al narativității autobiografice. Problema care preocupă subiectul și care își găsește soluția în convingere, este formulată ca o temă, ca idee delirantă. În raport cu tema acestei idei, subiectul ia o atitudine, se poziționează „tetic”. Ideea delirantă, ca „temă – teză” privitoare la situația problematică a subiectului, îl exprimă pe acesta ca având o identitate determinată în mijlocul relaționării cu alții, în mijlocul lumii umane.

În mod similar cu exemplul de mai sus privitor la sănătate, se pot desfășura trăiri cognitive pe teme ca persecutarea și supravegherea subiectului de către alții sau a capacităților și realizărilor sale excepționale. Tematica ideții delirante se recoltează din aria situațiilor problematice ale subiectului, cu centrarea pe felul în care el e poziționat în acestea. Principalele domenii sunt:

– Identitatea subiectului, valoarea și capacitățile sale, sănătatea, calificarea sa socială (avere, poziție), vulnerabilitatea față de agresiuni și agresori.

– Relaționarea reciprocă a subiectului cu alții: – interesul pe care-l stârnește altora; – felul în care alții îl percep și îl evaluează: atitudinile, opiniile, evaluarea sa de către alții; – intenționalitatea altora în raport cu sine (inclusiv supravegherea intimă): – felul de relaționare: ură, dispreț, dragoste, admirație. În subsidiar, se poate exprima și atitudinea subiectului față de alții.

– Relaționarea subiectului în raport cu instanțele socio-culturale și cu divinitatea.

Ultimul aspect merită un comentariu. Instanțele sociale, de exemplu instituțiile statale sau culturale, sunt implicate nemijlocit în viața de zi cu zi a subiectului. Poliția, politicienii, statul, diversele organizații sau asociații influențează constant viața oamenilor. Iar persoana participă la viața civică și deseori se implică în acțiuni sociale organizate. E deci natural ca poliția, securitatea sau unele organizații neguvernamentale naționale sau internaționale să fie cuprinse în tematica delirantă la un nivel suprapersonal. Este de obicei un nivel în care personalizarea tinde să se dilueze cu tendința spre generalități și abstracții. E o etapă pe drumul în care ideția delirantă se coagulează în jurul unei scheme generale care poate ajunge să se confunde sau să se rezume la poziționarea convingerii aberante. De exemplu, sunt urmărit, sunt genial etc., fără alte specificații.

În ceea ce privește implicarea ființelor supranaturale, până la un punct acestea apar ca personalizate sau aliate cu persoane reale malefice. Diavolul e într-un fel o persoană arhetipală. Și la fel îngerii, pentru credincios. Dar există și o altă perspectivă, cea a însăși credinței în instanță supranaturală. Această credință („*faith*” în engleză) se dezvoltă, în esență, la un nivel comunitar, suprapersonal, ca religie desfășurată prin mituri și ritualuri. Prin credință subiectul participă la viața comunitară generică, ce vizează și invocă transcendența. Fenomenul e diferit de convingere, înțelege că fenomen psihic cognitiv ce se referă la poziția individului în situații problematice; convingere ce exprimă pentru el evidența adevărului privitor la o anumită soluție a acestor probleme, concentrată într-o temă/teză, într-o „idee”. În măsura în care tematica delirantă vine din domeniul supranaturalului, ea coboară printr-o instanță personalizată. Faptul se referă și la superstițiile legate de vrajă și descântece etc.

Cantonând ideea delirantă la convingerile referitoare la situațiile problematice ale subiectului se lasă la periferie preocuparea tradițională a filosofiei privitoare la convingerea (credința, certitudinea) în realitatea lumii exterioare. Această problemă are două aspecte: realitatea lumii în general, așa cum e cunoscută și înțeleasă aceasta în cadrul unei socio-culturi; și, realitatea lumii percepută experiențial, situațional de către subiect.

Delirul nu se referă la cunoștințe generale despre lume, care nu implică direct subiectul. Aceste cunoștințe asimilate, utilizate zilnic și și eventual reamintite, pot fi puse în joc de exemplu în cadrul unui delir din invenție. Imaginarul operează cu aceste cunoștințe iar confabulațiile pot crea impresia unor convingeri delirante. În măsura în care imaginarul și confabulația participă la delir, ele se corelează cu alte convingeri, de exemplu privitoare la identitatea și capacitățile subiectului în cadrul relațiilor sale cu istoria și cosmosul.

Asimilând cunoștințele unei socio-culturi prin educație și experiențe de viață, subiectul își conturează desigur o proprie concepție despre lume și poziția sa generală în lume. Aceasta e implicată în tematica delirantă dar în mod secundar, ca fundal, fiind inclusă sau stând în spatele tematicii propriu zise a acestuia.

Cealaltă problemă majoră, e relația între convingerea delirantă tarmsituațională și convingerea în realitatea perceptivă trăită actual, așa cum este oferită subiectului prin simțuri.

Delirul este considerat ca fiind din principiu însoțit de tulburări perceptivă, în primul rând de iluzii și halucinații. Percepția se cere însă comentată și înțeleasă în sens larg.

Înțelegerea standard a percepției ca receptare senzorială și sintetizare a informațiilor actuale privitoare la un obiect plasat în spațiul exterior și inserat într-un context, corespunde mai ales unor situații experimentale. În plus ea e tributară înțelegerii realității ca opoziție între un subiect contemplator și un obiect de contemplat. În existența de zi cu zi persoanele nu se fixează contemplativ asupra obiectelor din jur. Percepția reprezintă desigur o sursă de informații cu o bază reală în lumea înconjurătoare obiectivă. Informațiile perceptivă sunt importante în desfășurarea proiectelor de raportare a persoanei la situație. Subiectul își desfășoară existența fiind constant angajat în situații problematice, implicându-i și pe alții în rezolvarea acestora. Căutarea actuală a informațiilor, selectarea, receptarea și sintetizarea lor ca formă și semnificație – ceea ce ar însemna centrul percepției în sens experiențial restrâns – se înscrie în procesul mai amplu de percepere de ansamblu a situației și semnificației sale. Percepția înseamnă chiar și la cel mai simplu nivel, structurarea datelor informative nu doar ca formă ci și ca semnificație. Implicarea semnificației în percepție, e la fel de definitorie ca și forma și structura spațial senzorială a obiectului perceput. Pentru om se cere avut în vedere și înțelesul mai larg al percepției așa cum ar fi: – perceperea de ansamblu a altui om, cu caracterul și intenționalitățile sale, perceperea unei situații periculoase, de exemplu a unei catastrofe; – perceperea unei situații relaționale, de exemplu a felului în care subiectul este acceptat de colegii de serviciu. Acest sens amplu al percepției implică desigur perceperea lumii înconjurătoare ca spațiu în care se găsesc obiecte cu calități perceptibile și cu semnificație, aflate în anumite raporturi reciproce între ele și cu subiectul, care e centrat de propriul corp. Și la fel, perceperea acestei ambianțe actuale ca și câmp spațial al acțiunilor posibile. Dar ea învâluie perceperea obiectelor spațiale ca o atmosferă și integrează percepția situației în derularea existenței subiectului ce se realizează prin proiecte („design”) diverse.

În mod tradițional psihopatologia percepției se referă la iluzii și halucinații. Există însă și alte aspecte, care exprimă tulburări de ansamblu ale trăirii și percepției experiențiale a situațiilor actuale. Se pot menționa:

- Derealizarea, ce constă din detașarea, neaderarea la situație; aceasta apare ca îndepărtată, stranie, nefamiliară; deseori subiectul resimte un gol, un vid interior.

- Dispoziția delirantă, ce constă în sentimentul că se întâmplă ceva important care vizează subiectul, dar nu e încă clarificat ce. Trăirea e diferită de anxietate și se apropie de cea a nefamiliarității. Subiectul resimte că nu poate controla situația.

- Fenomenele de referință nepersonalizate. Acestea constau din sentimentul că diverse trăiri perceptivă concrete, au o semnificație ascunsă ce vizează subiectul. Se exprimă același sentiment de scăpare de sub control a situației, de pierdere a capacității de raportare activă a subiectului care să structureze situația și să ordoneze ierarhic informațiile, semnificațiile. Fenomenul poate apare în paralel cu sentimentul punerii sub observație a intimității, de control de la distanță cu aparate sau cu alte mijloace.

- Fenomenele de referință personalizate, constau în sentimentul că alte persoane fac referințe publice la subiect, eventual i se adresează, îl comentează. Referințele sunt percepute și în comentariile din presă, radio, televizor. Fenomenul e paralel cu trăirile senzitiv relaționale și poate fi însoțit de iluzii. Se accentuează destructurarea distanței dintre zona publică și cea intimă a psihismului, pe care subiectul nu o mai poate controla.

- Halucinațiile auditive comentative exprimă și mai clar perturbarea limitelor sinelui și a structurii intim public. Subiectul percepe cum alții îi comentează intențiile și gândurile intime. Este descris și sentimentul că propria idee se află în permanență sub supravegherea altora.

- Fenomenele de transparență influență se înscriu în continuitatea precedentelor. Propriile gânduri sunt cunoscute și influențate de alții. Limitele sinelui nuclear sunt penetrate iar distanța intim public destructurată. Inserția gândirii și substituirii voinței se întâlnesc în acest context.

Pentru halucinații a fost comentat în repetate rânduri faptul că ele pot fi interpretate ca proiecții în spațiul exterior, perceptiv, a unor trăiri ce vin din spațiul interior intim al sinelui. Halucinațiile vizuale de tip oneiroid ar fi un exemplu; și la fel cele generate de un imaginar vizual bogat. Halucinațiile audio verbale au fost la fel comentate ca proiecție în exterior a unor gânduri ce au tendința de a fi verbalizate, sonorizate (simptomul „sonorizării gândirii” ar face legătura). Halucinațiile funcționale susțin aceeași idee, mai ales că ele se aplică ușor în domeniul gustativ, cutanat, kinestezic. Iluziile, mai ales cele de schemă corporală, au atras atenția asupra importanței convingerilor în selectarea și interpretarea informațiilor senzoriale.

Concluzia generală ar fi că tulburările psihice din zona perceptivă nu ar trebui interpretate izolat și localizaționist. Ele exprimă în mare măsură perturbarea limitelor sinelui. Destructurarea sinelui și a limitelor

sale, împreună cu centrarea subiectului pe convingerea într-o temă delirantă, joacă un rol important în configurarea trăirilor percepției psihopatologice. Subiectul implică, în raportarea sa normală și patologică la situațiile problematice, și lumea pe care o cunoaște, o poartă în el și o avansează în întâmpinarea lumii situaționale actuale, cu care se interpătrunde. În această zonă de interferență, spațiu în care se manifestă un conținut problematic al sinelui, se desfășoară psihopatologia delirului și a tulburărilor perceptivă în cadrul unei tensiuni critice între lumea interioară și lumea exterioară. O tensiune care marchează limitele psihice ale subiectului, conducând de obicei la un salt pe o altă orbită psihică.

5. SINTEZA PSIHICĂ, DEFICIENȚA COERENȚEI CENTRALE, A DELIMITĂRII ȘI DEZORGANIZAREA PSIHISMULUI

Sinteza caracterizează orice fenomen psihic normal fie că e vorba de transmiterea unei informații, un proces de gândire, realizarea unei opere sau orice manifestare cu semnificație umană. Prin argumentare sintetică oamenii se înțeleg între ei în plan comunitar și realizează obiective comune.

Aspectul sintetic al manifestărilor umane poate fi exemplificat prin referință la un discurs retoric clasic. Acesta are o introducere, urmează expunerea temei și tezei, argumentarea, respingerea contraargumentelor și concluzia ce sintetizează teza. Într-un astfel de discurs se manifestă o ordine în expunere, o coerență a desfășurării, un echilibru a părților cu evitarea divagărilor, pe scurt o structură echilibrată. Același lucru se poate spune despre ansamblul comunicărilor umane lingvistice, fără a ignora contextul. Acesta e important mai ales în dialog sau în comunicarea dintre persoane apropiate, care împărtășesc un univers comun de cunoștințe și păreri. Un discurs sau un proces de comunicare discursiv, la fel ca o melodie, are o coerență ce se păstrează de-a lungul întregii desfășurări. Și care apare ca un „câmp” ce menține laolaltă și articulează împreună părțile în desfășurare. Ca centru al acestui câmp discursiv poate fi considerată semnificația sau intenția ce se vrea comunicată. În cazul dialogului câmpul comunicațional este mai complex organizat dar e de asemenea prezent. O structură similară cu cea a unui discurs se regăsește și în procesul de judecare în vederea rezolvării unei probleme sau în derularea unei acțiuni cu scop. Toate au o coerență centrată de ceva – de un scop, de o temă-teză, de o semnificație – au o structură organizată într-o desfășurare ce ce petrece într-un context. Și, rezolvându-se, exprimă o sinteză.

Aceeași structurare ce se petrece în jurul unei coerențe centrale și exprimă în final o sinteză e proprie și zonei axiale a sinelui, a persoanei. Aceasta are o centralitate, limite, o organizare structurată printr-o ordine, o identitate cu sine și exprimă în permanență o sinteză, în contextul existenței sale situaționale. Psihopatologia ne relevă diverse aspecte ale deficienței disfuncționale a structurii, a coerenței centrale a psihismului, atât la nivelul sinelui cât și la cel al manifestărilor situaționale. O parte a acestora au fost etichetate ca deficit al funcției „coerenței centrale”.

În psihopatologie deficiența coerenței centrale a fost comentată în primul rând în autismul Kanner. Această disfuncție deficitară a fost invocată pentru a explica manifestările comportamentale și perceptivă care nu pot fi explicate prin nedeveloparea modulului ToM și anume: – preocupări față de părți ale obiectului (feței) cu dificultăți de a percepe întregul, ansamblul semnificativ; – fragmentarea percepției; – stereotipiile; – dificultatea de a generaliza; – dorința obsesivă de identitate, nemișcare, netransformare; – abilități constructive crescute; – repertoriu restrâns de interese. Aceste manifestări care nu implică relaționarea cu altul au fost puse pe seama unei disfuncții cerebeloase care în mod firesc sprijină căutarea unei informații prin orientarea atenției; precum și configurarea unui obiect plasat într-un context și asamblarea părților în întreguri semnificante. Aceste aspecte au fost mult studiate de psihologia configuraționistă în secolul XX. În autism ar există astfel trei registre de deficit a simptomatologiei care sunt intercorelate: – deficiențe de intuire a intențiilor celuilalt pe care o asigură ToM; – deficiența de coerență centrală; – deficiența de autopercepere, ce constă atât în dificultatea de identificare a propriei figuri (în oglindă) cât și de a-și atribui stări mentale. În plus, limbajul nu e utilizat cu sens comunicativ.

Manifestări care exprimă deficiența capacității de sinteză psihică și de manifestare a coerenței centrale se întâlnesc nu doar în autism și spectrul autist ci și în schizofrenie și obsesionalitate.

În schizofrenie dezorganizarea ideo-verbală exprimă un deficit de structurare coerență a gândirii și exprimării discursive. Aceasta se desfășoară: circumstanțial, tangențial cu devieri, alunecări, cu deraiere,

ajungând la incoerență; cu manierisme, stereotipii; sau aluziv, vag, telegrafic, hipereliptic. Intervine în plus și o perturbare a arhitectonicii semantice, a echilibrului dintre concretul și abstractul semnificațiilor, cu tendința la abstracții, cu neformații semantice, fapt ce face exprimarea schizofrenului incomprehensibilă. Dar în prim plan se plasează incoerența discursului.

Relaxarea coerenței în exprimarea narativă se întâlnește și în normalitate sau în marginea ei, în tulburarea schizotipală. Subiectul relatează și comunică cu multe paranteze și detalii inutile, hiperelaborat, digresiv, circumstanțial, tangențial, păstrând cu greu obiectivul informațional principal. E vorba de o relaxare a „câmpului semantic” centrat de obiectivul comunicațional care ghidează desfășurarea expunerii, o tensionează. Naratorul nu mai reușește să găsească sinteza optimă, ținând cont și de context.

Expunerea narativă așa cum a fost comentată se desfășoară după modelul „funcțiilor executive” care structurează acțiunea controlată, cu scop. Relaxarea acesteia în aria propriu-zisă a acțiunii poate fi urmărită cel mai bine în obsesionalitate, mai ales la tulburările de personalitate obsesiv-compulsive, anankaste. În aceste cazuri întâlnim: dificultatea deciziei și trecerii la act, multiple proiecte alternative, preocupare exagerată cu planificarea și organizarea, înaintarea dificilă spre final cu permanente verificări, reevaluări și refaceri, finalizare dificilă, implicarea concomitentă în mai multe acțiuni paralele. Aceste asepcte au fost remarcate încă de la început de Janet care le explica prin „scăderea tensiunii psihice”.

În obsesionalitate, împreună cu relaxarea coerenței centrale în direcția funcțiilor executive se evidențiază și o problemă a limitelor psihismului persoanei. Pentru obsesiv limitele corporale sunt resimțite ca nesigure, amenințate în permanență de infestare. El tinde să se delimiteze cât mai clar de alte persoane cu care nu poate colabora decât dacă îl urmează întrutotul. Obsesivul, ca persoană, este zgârcit și colecționar.

Această problemă a limitelor se pune altfel în cazul autismului Kanner, unde psihismul nu se diferențiază suficient ca subiectul să se identifice în oglindă. Perturbarea limitelor propriului psihic este intens trăită în schizofrenie. Pe de o parte, în cadrul sindromului de depersonalizare când sunt prezente variate iluzii de schemă corporală, uneori chiar sentimentul inexistenței unor limite între sine și lume. Pe de altă parte distorsiunea delimitării sinelui nuclear se exprimă în schizofrenie prin simptomele de transparență influență. Alte persoane transgresează limitele resimțite ale controlului intimității sinelui, ajung să cunoască intimitatea subiectului și să i se substituie propriei voințe.

Există destul de multe simptome comune între autismul Kanner și spectrul autist pe de o parte iar pe de altă parte patologia obsesivă (incluzând și boala Tourette) și schizofrenia dezorganizată. Rezumarea acestora într-un tabel este semnificativă. Aceste apropieri trebuie să aibă o bază. Aceasta poate fi căutată pe de o parte în deficitul funcției coerenței centrale iar pe de altă parte în organizarea patologiei în zona funcțiilor executive. Patologia obsesivă pare să realizeze, în formele sale tipice, o convergență semnificativă a acestor două deficite disfuncționale. Din schizofrenie, în această direcție se plasează ceea ce se numește schizofrenie dezorganizată și deficitară. O importantă zonă a schizofreniei se exprimă însă în direcția interrelațiilor, ca delir paranoid și sentiment de supraveghere a intimității. În autism, deficitul e în ambele zone.

În schizofrenie dezorganizarea se manifestă nu doar în plan ideoverbal ci și în cel comportamental. Dar acum nu mai e prezent, ca la obsesie, efortul de a realiza acțiunea, chiar într-o manieră lipsită de cursivitate în care infrastructura funcțiilor executive se evidențiază chinuitor. Acum nehotărârea ajunge la ambivalență și ambitendență sau chiar la abulie totală. Blocarea motorie din stuporul cataton și manifestările stereotipe și manieriste din agitația catatonă nu mai are nici un impact asupra realizării vreunui obiectiv. Dezorganizarea afectează acum major structura coerenței centrale a sinelui. Identitatea, centrarea pe sine, delimitarea și coerența sunt prăbușite. Pe când în cazul obsesionalității, chiar în formele maligne structura ierarhică a identității sinelui se păstrează. Și se crispează în manifestările sale asupra limitelor, tocmai pentru a-și păstra conturul și identitatea.

Obsesionalitatea mai astrage atenția asupra unui aspect care se regăsește de asemenea, deși într-o formă puțin diferită, în spectrul autist și al schizofreniei. E vorba de autocontrolul exagerat. La obsesiv acesta se manifestă ca autoanaliză, ca verificare repetată, ca tensiune de a menține tot timpul totul sub control. Această hiperreflexie apare ca o contracarare a unei tendințe la dispersie, la împrăștiere. Fenomenul hiperreflexiei a fost însă descris de mult și în cazul schizofreniei, de exemplu, de Minkowski. Mai ales Blankenburg a atras atenția asupra cazurilor paucisimptomatice din schizofrenia hebefrenă în care se pierde capacitatea de participare la viața curentă deoarece există o atenție exagerată pentru fiecare detaliu nesemnificativ în percepție și acțiune, astfel încât se perturbă „simțul comun”. Mai recent fenomenologi ca Sass, Parnas, Stanghellini, Fuchs, au acordat importanță deosebită „hiperreflexiei” din schizofrenie. Studiile cognitive au arătat și ele existența

unui deficit de filtru informațional care să ierarhizeze semnificația informațiilor, subiectul ajungând să fie atent la orice detaliu. Dar fenomenul se extinde și asupra acțiunii. Hiperreflexia face ca actele să nu se mai poată desfășura spontan, subiectul simțindu-se obligat să fie atent și să elaboreze și să controleze fiecare detaliu al oricărui act firesc din viața de zi cu zi. Ceea ce în obsesionalitate se manifestă în autoanaliză și hipercontrol exagerat în schizofrenie se exprimă ca hiperreflexie în raport cu percepția și acțiunea, fapt ce conduce la pierderea controlului subiectului asupra realității, la dispersie, împrăștiere, dezordine majoră.

Tabel comparativ cu simptomele din autism, obsesionalitate și schizofrenie deficitară

Coerența centrală	Autism Kanner Spectru autist	Obsesionalitate malignă și boala Tourette	Schizofrenie dezorganizată negativă
Stereotipii motorii, patternuri motorii fără finalitate pragmatică, ce descarcă o tensiune	xxx	xx	xxx
Ritualuri (corelate unor acțiuni obișnuite)	xxx	xx	x
Ceremonialuri motorii (lipsite de obiect pragmatic), manierismul	xxx	xx	xxx
Ticuri de diverse complexități	x	xx	x
Nevoia de a atinge pe alții sau obiecte (delir de toucher)	xx	x	x
Preocupări față de obiecte neanimate	xxx	xx	xxx
Preocupare față de simetrie	xxx	xxx	xxx
Nevoia de fixitate a obiectului în spațiul înconjurător, reacția la schimbare	xxx	xxx	x
Preocupări și abilități constructive	xxx	xx	x
Apragmatism tehnic	x	xxx	x
Preocupări față de numere aritmetice	xx	xxx	xx
Colecionarism	xx	xxx	x
Deficit de spontaneitate, intuiție, reacții adecvate	xxx	xxx	xxx
Atenția față de detalii cu deficiența perceperii ansamblului, a integrării părților într-un tot coerent și semnificativ, căutare ținută	xxx	xx	xx
Deficiență de centrare și persistență a atenției (de căutare ținută a informației dintr-un ansamblu nestructurat)	xxx	xxx	xxx
Deficiență în ierarhizare informațiilor în raport cu importanța (filtru informativ ierarhizat)	xxx	xx	xx
Autopercepție deficitară (în...) și a limitelor corporale (schema corporală)	xxx	xx	xx
Deficit de recunoaștere a fețelor	xxx	x	xx
Deficit de sociabilitate, de curiozitate și nevoia de contact social	xxx	xx	xxx
Deficit de rezonanță empatică	xxx	x	xxx
Deficiență în stilul comunicării verbale cantitative și calitative și calitatea comunicării verbale	xxx	x	xxx

Încă un aspect pentru care obsesionalitatea e exemplară în patologia deficienței coerenței centrale este problematica ordinii. Este clasică preocupare exagerată a obsesivului pentru ordine. Preocupare care e însoțită de obicei de o constantă tendință la dezordine și împrăștiere, motiv pentru care el se află sub blestemul sisific de a nu se opri din a face ordine. Și nu e vorba doar de ordinea spațială ci și de ordonarea – în sens de organizare – a activității, de ordonare – deseori clasificarea și sistematizarea – a posesiunilor, de menținerea sau refacerea ordinii în plan social. În planul spațial al preajmei nevoia de ordine se conjugă cu cea de curățenie, ambele trimițând la la buna delimitare de ambianță, cu control asupra posibilelor infestări. În ordonarea activității, centralitatea și delimitarea intră de asemenea în joc. Menținerea ordinii, dar și a limitelor, apare și ca o apărare față de tendința interioară la dispersie, împrăștiere. Dar dezordinea chiar dacă apare în obsesionalitate, nu grevează pronunțat structura persoanei.

În schizofrenie dezordinea se prezintă altfel. Ea exprimă desigur deficitul de coerență centrală și apare ca dezorganizare în plan ideoverbal și motivațional comportamental. Dar acum dezordinea și dezorganizarea nu mai mențin limitele și coerența nici la modul bazal. Psihismul apare ca fragmentat, ca manifestându-se prin fragmente fără legătură semnificativă, fără coerență și structură, fapt ce a și dat denumirea bolii. Limitele sinelui și limitele coerenței sunt depășite. Dezordinea învinge, astfel încât se ajunge la haos. Haosul dezordinii majore nu mai poate fi semnificativ. Apare golul, nimicul de semnificație. Schizofrenia dezorganizantă evoluează la acest nivel împreună cu cea deficitară, negativă, manifestându-se ca absență de intenționalitate, de dorințe, afectivitate, intenție, acțiune. Ca și vid sufletesc.

Vidul, golul, poate fi resimțit și subiectiv. Trăirea golului interior, ca plictis extrem, ca „urât” e diferită de depresie și anxietate. Dezordinea haotică și vidul sufletesc, trăirea nimicului din această arie de psihopatologie este un registru specific.

* *

Deficitul de sinteză, de coerență centrală și structurare ierarhică a sinelui și a manifestărilor sale poate fi rezumat și schematizat din câteva incidente:

– deficiența ordonării părților într-un ansamblu ierarhic coerent, semnificant, care să funcționeze sinergic și eficient.

– deficiența sintezei funcționale în vizare, receptare și execuție semnificativă, prin implicarea contextului și parcurgerea unor etape și nivele, care prin articularea lor conlucrează la un rezultat pozitiv; rezultat care să aibe prin el însăși o coerență semnificantă, comprehensivă, causală.

– deficiența de delimitare a sinelui în cadrul raportărilor, cu diferențierea între un interior (subiectiv) centrat și un exterior vizat, structurat contextual; limite care asigură subiectului baza identității sale.

Cele comentate în această anexă încearcă să aducă puțină lumină asupra unor aspecte normale și patologice ale persoanei. Anxietatea e o trăire centrală, în care subiectul se simte destabilizat și în pericol, fapt ce-l pune în tensiune. Ea anunță mărta, dispariția. Dar anxietatea se poate extinde în egală măsură spre aria relaționării cu alții și spre cea a acțiunii. Dispozițiile afective exprimă o raportare atitudinală a sinelui la situație în ansamblu. Autoevaluarea prereflexivă a acestei poziționări se află în centrul trăirii care vizează nemijlocit și global situația. Relaționarea interpersonală, care permite comunicarea, legătura, atașamentul, dragostea, este esențială în viața oamenilor. În cuprinsul ei apare și se manifestă suspiciunea față de alții, față de faptul de a fi supravegheat, față de atitudinile ostile. Această suspiciune cuprinde o importantă arie a psihopatologiei, mai ales în direcția delirului halucinator paranoid. Ea se conjugă cu anxietatea. Convingerile în idei delirante se dezvoltă în plan metareprezentational în aria atitudinilor și relaționărilor față de alții și față de sine. Ele nu privesc cunoștințele generale sau constatările empirice în care subiectul nu e implicat situațional. Perceperea experiențială a unei situații problematice în care subiectul e angajat se referă totdeauna și la semnificația acesteia. Patologia percepției e astfel strâns corelată cu cea a delirului. Pierderea capacității de sinteză a coerenței centrale exprimă perturbarea unei funcții speciale a sinelui, care menține identitatea, limitele și structurarea sa ierarhică. Ea se evidențiază mai pregnant în zona executivă a comportamentului și discursului. Deficiența coerenței centrale conduce la dezorganizare și nu la delir, deși se poate corela cu acesta, mai ales în schizofrenie. Aspectul cel mai pregnant este dezordinea, haosul dezorganizant și vidul sufletesc, plasat la un pol opus dar simetric față de trăirea anxietății.

Între anxietate și vid sufletesc, psihopatologia umană relevă infrastructura psihismului persoanei conștiente.

PSIHOPATOLOGIA CLINICĂ ÎNTRE JASPERS ȘI EY

Psihopatologia, care s-a afirmat ca știință în secolul XX, s-a dezvoltat și ea după modelul unor paradigme sau școli. Exemplară poate fi considerată psihanaliza care, întemeiată de Freud a avut nenumărați disidenți care au păstrat însă unele idei de bază, un nucleu teoretic ce s-a menținut cu toată metamorfoza interioară a doctrinei. Într-un fel se poate spune că spre finalul secolului XX psihologia eului, care domină scena psihanalizei și se poate articula cu cognitivismul, etologia și neuroștiințele, se află departe de rolul minor acordat Ego-ului în doctrina originală. În psihanaliză ideea de doctrină a fost dominantă.

Același lucru se poate spune până la un punct despre psihopatologia de orientare fenomenologică, comportamentalistă sau chiar cognitivă. În schimb, în psihopatologia clinică ideile importante s-au legat mult timp de personalități de prestigiu. Cel puțin aceasta a fost situația în Europa până înainte de apariția DSM-III, între Jaspers și Ey.

Karl Jaspers poate fi considerat întemeietor oficial al psihopatologiei, deoarece lucrarea sa cu acest titlu s-a impus ca un corp de cunoștințe coerent, care reunea și susținea un grupaj de concepte care s-a rafinat pe parcurs. Coerență care s-a fisurat doar odată cu impunerea unui nou tip de om – homo americanus – către sfârșitul secolului XX. Dar și atunci ideile de bază nu au dispărut ci s-au metamorfozat, odată cu traducerea lor într-un nou limbaj.

Psihopatologia lui Jaspers este în primul rând o operă metodologică și nu doctrinară. Jaspers, care s-a afirmat în cele din urmă ca filosof existențialist, era plasat în mijlocul dezbaterii fierbinte pe vremea sa, privitoare la legitimitatea și metodologia „științelor umane” („*Geistwissenschaft*” în germană, literar „științe ale spiritului”) ca diferite de „științele fizico matematice ale lumii obiective”, așa cum se dezvoltaseră acestea în Europa de după Renaștere. Principala referință în filosofie era Dilthey și unii reprezentanți ai neo-kantianismului (Rickert, Natrop) a căror idei Jaspers le-a preluat și dezvoltat. În plus, în atmosfera filosofică a vremii mai era cultivat un personalism fenomenologic – de exemplu prin Max Scheller – care acordă o valoare transcendentă ideii de persoană morală, fără a o desprinde de contingenta existenței sale efective și afective. Jaspers a considerat și el că ideea de persoană este una deosebită și nu și-a permis să opereze cu ea cu dezinvoltura cu care o vor face mulți psihologi și sociologi din secolul XX.

Psihopatologia lui Jaspers comentează modalitatea de a obține informații despre existența omului bolnav psihic, de a sistematiza aceste informații și a le integra în cunoștințele comunitare ale științei psihiatrice, căreia îi subliniază caracterul de „construct” teoretic. Cele mai multe simptome psihopatologice sunt subiective astfel încât investigatorul trebuie să găsească modalități de a avea acces la acest univers „fenomenologic”, de a-l înțelege, sistematiza și eticheta. În cursul apropierii de lumea interioară a celuilalt, apare în unele cazuri, la un moment dat un zid al „incomprehensibilității”. Alte metode sunt observarea externă a comportamentului, măsurătorile cantitative prin probe psihologice și examinarea corporală. Dar și orice metodă prin care subiectul ajunge să își exprime trăirile sale și specificitatea vieții sale umane: memorii, scrisori, produse artistice, jurnale, autobiografii; și încă, întreaga expresivitate a fisionomiei, înțeleasă într-un sens larg. Clinicienii de după Jaspers nu au mai fost la fel de interesați să urmărească nuanțele sufletului celui bolnav psihic, căutând variante mai standardizate ale „cazului psihopatologic”. Un ultim răsunet al acestui demers de investigare se găsește în opera psihologului american Allport, care făcuse la vremea sa studii temeinice în Europa.

O a doua contribuție importantă a lui Jaspers a constat în sistematizarea conceptelor principale care se referă la instalarea și manifestarea stărilor psihopatologice. Deoarece cartea sa a avut ediții succesive, în ea s-a putut reflecta nuanțările progresive ale acestor concepte de către clinicienii vremii. E vorba de: reacția comprehensibilă, dezvoltarea prevalențială, „procesul” psihopatologic endogen, fazele tulburărilor

psihotice periodice, procesul organic și defectul psihic. La unele din aceste concepte Jaspers a adus o contribuție personală. Conceptul de personalitate psihopată l-a introdus Schneider.

Reacția comprehensibilă a fost introdusă în psihopatologie de către Jaspers, ca manifestare în raport cu un eveniment trăit, care este similară cu cea trăită de orice om, dar anormală ca intensitate și durată. Din principiu ea e delimitată în timp. În nosologia actuală e comentată în acest sens „reacția acută la stres”. Dezvoltarea prevalențială a fost comentată de Jaspers inițial pe tema geloziei, ocazie cu care e diferențiat-o de delirul de gelozie. Spre deosebire de delir, dezvoltarea unei stări anormale e până la un punct plauzibilă, apărând la persoane mai sensibile, eventual ocazionată de evenimente ambigui. Ulterior, s-a insistat mult asupra dizarmoniei personalității, biografiei, întreținerii tulburării prin reacția ambianței etc. În prezent tema e reactivată de cognitivism ca și comportament centrat de o idee supraevaluată. În vremea lui Jaspers era acceptat unanim că suferința organic cerebrală poate condiționa tulburări psihice. În psihopatologia lui Jaspers această situație este etichetată ca „proces organic”. Boenhoffer a comentat așa-zisa „reacție exogenă” în sensul că în raport cu noxe biologice creierul reacționează relativ nespecific astfel încât paleta simptomatologiei poate fi largă. Jaspers a preluat această idee și a formulat așa zisul „principiu ierarhic” care-i poartă numele. Conform acestuia specificitatea tabloului clinic se determină în raport cu gravitatea etiopatogeniei, dinspre organic spre psihogen. Cauzalitatea organic cerebrală – procesul organic – e nespecific putând induce practic orice tablou psihopatologic; psihozele endogene au o specificitate definită; nevrozele manifestă o patologie mai puțin gravă (nu deteriorează înțelegerea realității) și au o simptomatologie precisă. Reacțiile comprehensibile se articulează cu semnificația situației ce le-a declanșat. În vremea lui Jaspers nu se punea problema tranziției, sub forma unui continuum, între aceste zone de patologie. După episoade organice sau endogene se poate ajunge la defect psihic, global sau sectorial. Partea esențială și specifică a psihopatologiei era ocupată de psihozele endogene ce se plasau între procesul organic și reacția comprehensibilă.

Psihopatologia lui Jaspers și cea care a urmat a fost centrată timp de peste jumătate de veac de problematica psihozelor endogene. Conform dichotomiei lui Kraepelin în centrul acestora stătea schizofrenia (fostă demență precoce) și psihoza maniaco-depresivă. Era acceptată și paranoia. Dar, un loc important îl ocupă și epilepsia, psihozele epileptice. Psihopatologia lui Jaspers sintetizează punctul de vedere al epocii care considera că aceste psihoze endogene exprimă un „proces psihopatologic”. Nu e vorba doar de cauzalitate – o cauzalitate necunoscută exact dar plasată în zona de interferență între biologie și structura specific umană a psihismului – ci și de o modalitate specială de derulare a vieții psihice care iese din orbita relaționărilor, comunicărilor și influențelor psihopatologice firești. Parcusul psihopatologic se manifestă cel mai clar în cazul schizofreniei a cărei instalare se face printr-o ruptură a structurii psihice, ca în cazul unei zguduirii sau lovituri puternice primite (în germană s-a folosit termenul de „*schub*”). Ideea de dezorganizare a structurii psihice a fost ideea principală care comenta trecerea de la normalitate spre autism, bizareria și trăirile halucinator delirante ale schizofrenului cu care nu se poate comunica. Ideea de „proces psihopatologic” voia să sugereze și tendința la destructurare psihică progresivă. Dar tot pentru psihozele endogene psihopatologia lui Jaspers comenta saltul „fazic” pe o altă orbită psihică pe care-l trăiește maniacalul și melancolicul.

Fazele psihozei maniaco-depresive se repetă periodic, pot evolua spre o bună remisiune, nu destructurează psihismul ca schizofrenia. Dar tot în psihoză ne plasăm; nici cu maniacalul nici cu melancolicul nu poți comunica, nici starea lor nu o poți înțelege. Patologia endogenă se manifestă și în delirul neschizofren, fapt pe care Jaspers l-a comentat încă înainte de a scrie Psihopatologia. Gelosul prevalent se diferențiază de delirant, la ultimul intervenind de asemenea mutația procesuală.

Aceste concepte psihopatologice pe care cartea de referință a lui Jaspers le-a consacrat au fost uzuale în psihopatologia clinică până în anii '70 ai secolului trecut.

Jaspers a jucat un rol în impunerea metodologică a temei „cazului tipic exemplar” în psihopatologie. Acest demers exprimă și poziționarea sa filosofică în continuitatea lui Dilthey și a unor reprezentanți ai neokantianismului a căror idei le dezvoltă. Științele fizico-matematice ar fi în esență lor nomotetice, fenomenele obiective ale acestora stând sub legi („*nomos*” = lege) naturale pe care cercetătorul le descoperă. De aceea ele se dezvoltă prin studierea empirică a multor cazuri, prin generalizări, prin sumă statistică. În domeniul științelor umane – deci și a psihopatologiei – esențială e înțelegerea, comprehensiunea a ceea ce e

trimiterea la evidența „disoluției câmpului de conștiință” – care se produce în mod natural între starea de veghe și cea de somn cu vise – nici prin trimerile, firești în viziunea structuralistă a epocii, la diferența dintre „sincronia” psihismului actual (a structurii câmpului de conștiință) și „diacronia persoanei morale”. În principiu, proiectul psihopatologiei clinice prezent în lucrarea lui Jaspers era epuizat „în termenii săi” (nu în problematica sa). Astfel încât Ey nu a putut crea școală.

Henry Ey și-a structurat opera teoretică înainte de apariția psihopatologiei evoluționiste, developmentale și cognitiviste. Ceea ce a făcut el era maximum a ceea ce se putea face pe atunci din punct de vedere al evoluționismului: referința la fixarea evoluției în structură, pe care în secolului XIX Jackson a intuit-o în neurologie. Dar Ey a mai avut o intuiție remarcabilă; aceea din a gândi și vorbi despre un „organism psihic”. El trebuia să traducă concepția lui Jackson în termenii psihismului, în referința metaforică la persoana umană. În concluzie, Ey a vorbit despre persoană ca despre un organism biologic dar care are altfel de „organe”, care au altă destinație decât organele funcționale ale indivizilor biologici, destinație a cărei scop e să asigure supraviețuirea individului și să servească perpetuării speciei. Această idee ar merita poate atenție și în epoca actuală, în cadrul unei regândiri a psihopatologiei.

SPIRITUL ȘTIINȚIFIC CONTEMPORAN ÎN CARE A APĂRUT ȘI S-A DEZVOLTAT DSM-III

Concepția despre tulburarea mintală pe care o exprimă DSM-III-IV – și până la un punct ICD-10 – este expresia cunoștințelor actuale în domeniu, a rezultatelor științei actuale. Aceasta își are însă și ea fundamentele și istoria ei care se cere a nu fi ignorată atunci când adoptăm o atitudine „științifică” față de fenomenele psihopatologice. Pe lângă paradigma „cunoașterii prin cauze” formulată încă de Aristotel, este funcțională până la un punct și cea a „cunoașterii prin istorie”, a cărei simbol este Hegel. Actuala configurație a patologiei psihice rezultă din cel puțin 200 ani de observare atentă a bolnavilor, predominant a celor internați în spitale. Această observare a condus la decantarea marilor și esențialelor „sindroame psihopatologice” pe care se bazează și actualul sistem DSM-III-IV, fapt care implică un fond valoric tradiționalist, așa cum remarcă Șandler. Faptul că se pune accentul pe existența unui „sindrom clinic semnificativ” se bazează pe această tradiție obiectivă. Sistemul DSM-III-IV are la bază o orientare științific-empirică, ce exclude intervenția factorilor „supranaturali”. Din acest punct de vedere el se înscrie în tradiția științei europene moderne ce s-a dezvoltat după Renaștere. Pentru înțelegerea stării actuale de lucruri și a perspectivelor, este util un scurt excurs în această direcție.

Odată cu Renașterea europeană a început să se desfășoare un program al „științei” care a mutat explicația fenomenelor de la cauze supranaturale și Dumnezeu la cauze prezente în sânul „Naturii”, astfel încât fenomenele să fie reproductibile și controlabile. Progresiv, știința medicală, ce a ajuns să cuprindă și psihiatria, nu a mai acceptat cauze supranaturale pentru boli. Pentru bolile psihice a fost rejectată ideea de posesiune demoniacă, vrajă sau blestem. Tulburările psihice trebuiau și ele astfel definite și înțelese încât să poată face obiectul unei cercetări științifice sistematice și reproductibile, care să găsească cauzele lor „naturale”, permițând intervenții terapeutice și preventive eficiente.

Conceptul de Știință ce se conturează în Renaștere este diferit de cel antic. Știința nu are ca obiectiv să descifreze esențele din spatele fenomenelor. Ea se ocupă de fenomene, de interacțiunea dintre acestea. Fenomenele sunt observabile, de pe o poziție neutră, neangajată doctrinal, spiritual. Și asupra lor se pot trage concluzii pe baza acumulării inductive (Bacon). Ceea ce stă în spatele „tematicii” fenomenelor, adică „matematica”, este și ea obiect al științei. Iar „tematica” științei, împreună cu „matematica” ce analizează și ordonează fenomenele dintr-un plan ideal-transcendental, este o zonă publică. O zonă antropologică exoterică și nu esoterică, la care poate avea acces oricine, prin instruire. Cel puțin așa se va susține în epoca luminilor. Zonă ce poate fi ameliorată, în sensul adâncirii cunoașterii fenomenale, de toți cei care contribuie la progresul domeniului public al Științei, la construirea și metamorfoza Teoriilor științifice. Universitățile, ca centre de formare a intelectualilor, își mută preocupările dinspre teologie și drept spre științele pozitive ale Naturii, pregătind apariția Institutelor de cercetare.

Întreg acest proiect și program are în spate o anumită polarizare a lumii umane între două extreme: subiect și obiect. Acest fapt, este exemplificat paradigmatic în epocă, prin afirmarea carteziană a celor două realități: *res cogitans* și *res extensa*. Subiectul – ca subiect conștient ce se adâncește în subiectivitatea sa, ca „*res cogitans*” – are în față realitatea obiect, ca pe ceva exterior, distinct de sine, obiect al studiului său științific – *res extensa*. Natura este în mare cognoscibilă, fenomenele sale sunt studiate empiric și delimitate în forme reproductibile. Rezultatele acestei cercetări, prinse în chingile „matematicii”, ce beneficiază acum și de conceptele de zero și infinit, tind să se organizeze în „teorii științifice” despre natură. În această direcție s-au dezvoltat inițial științele despre natura neumană, deci fizica și apoi chimia și biologia. Medicina a fost cuprinsă în acest proces. Când, la cumpăna dintre secolele XVIII–XIX psihiatria e acceptată ca parte a medicinei, ea are la dispoziție o „clinică medicală” care privește bolnavul ca „obiect” de observat și studiat (Foucault). În plus, bolnavul psihic era plasat în poziția de „obiect” și prin tradiția claustrării sale în câmpuri de concentrare distanțate de comunitățile umane, urbane, proces ce a început o dată cu „Epoca Rațiunii” în

secolul XVII (Foucault). Faptul a condus la formularea în a doua jumătate a secolului XIX la doctrina lezional locaționistă a cauzalității bolilor în general (doctrina Wirchow) și a celor psihice în special (Wernike). Această viziune a stat la baza fundamentării psihiatriei clinice la începutul secolului XX de către Kraepelin. Ea stă și azi la baza concepției neokraepeliene pe care o promovează DSM-III-IV.

La cumpăna dintre secolele XIX și XX în Europa se anunță apariția „științelor umane”. În această perioadă lumea occidentală avea la dispoziție doctrina evoluționistă pe care o pretindea paradigma științifică occidentală de după Renaștere. Științele fizico-biologice, care deja se constituiseră în conformitate cu paradigma amintită, se prezenta ca știință „nomotetică”, guvernată de legi și evaluată specific acesteia. Psihopatologia clinică actuală dublează studiile științifice prin studii cazuistice și analize de caz. Prin aceasta psihiatria biologică și interesul pentru neuroștiințe nu e cu nimic anulat.

Întreaga psihopatologie a secolului XX a cultivat referința la caz. Analiza și interpretarea de caz a fost esențială în psihanaliză și fenomenologie dar și în întreaga psihopatologie clinică. Toate manualele clasice și actuale fac referință la cazuri, în sensul exemplificării. Studiul cazuistic a beneficiat de tradiția literaturii românești europene, precum și de cea a biografiilor și autobiografiilor. Studiul de caz și invocarea cazurilor a avut o poziție oscilantă în psihopatologia clinică europeană. Unele doctrine l-au exaltat, altele au tins să îl ignore. Dezvoltarea psihologiei narative a persoanei îi dă în ultimul timp noi valențe complementare studiilor cazuistice care se fac după rigori de selecție derivate dintr-o atitudine empirică abstractă. Care și ea se revendică de la tradiția psihologia europene.

În prima jumătate a secolului XX în psihologia și psihopatologia s-a manifestat tensiunea dintre perspectiva obiectivantă și cea care pune accentul pe specificul conștient al persoanei. Prima atitudine a fost însă dominantă beneficiind de imensul prestigiu al științelor teoretico-experimentale. Odată cu comportamentalismul ilustrat de Skinner, proiectul științific al psihologiei ea a propus punerea între paranteze a ceea ce se petrece în interiorul psihismului uman și studierea doar a corelațiilor dintre stimulii care intră în „cutia neagră” a psihicului și comportamentul înregistrabil care rezultă. Tot o atitudine experimentală a avut și configuraționismul, care a cultivat studii pe animale ce au condus spre etologie. Dar, odată cu progresele în modelarea proceselor psihice cognitive prin intermediul inteligențelor artificiale a calculatoarelor, a crescut interesul pentru detalii a acestor procese ce se voiau modelate. Faptul a impulsionat deschiderea „cutiei negre” și studierea amănunțită a funcțiilor psihice clasice care însă nu puteau fi despărțite de conștiință. Proiectul ce s-a dezvoltat în strânsă corelație cu dezvoltarea neuroștiințelor și a neurolingvisticii a condus către sfârșitul secolului XX la impunerea cognitivismului neoraționalist. Acesta a acceptat pentru psihismul uman două perspective: cea a „persoanei întâi” plasată la nivelul subiectivității conștiente și cea a „persoanei a treia” care abordează realitatea în manieră științifică. Psihologia observațional experimentală a avut un teritoriu fecund în zona psihologiei animale prin studierea comportamentului acestora cu mediul lor natural. Etologia astfel constituită s-a dovedit a avea importante aplicații în psihologia dezvoltamentală care a beneficiat și ea de studii observațional experiențiale. Progresele în domeniul geneticii și al paleontologiei au condus la o reactivare recentă a darwinismului. Neodarwinismul astfel instituit consideră că psihismul joacă un rol fundamental în evoluție, selecția naturală operând în mod esențial asupra funcțiilor psihice. Omul, cu psihismul său complex este rezultatul acestei selecții care a funcționat în tot cursul de aproximativ două milioane de ani a formării sale inclusiv în perioada ultimilor 10 000 ani și în cea istorică. Iar fenomenul esențial al selecției psihice s-a desfășurat la om în direcția controlului acțiunii cu scop și a relaționărilor interpersonale conștiente. Astfel, în final, atât prin cognitivism cât și prin evoluționism, conștiința își recâștigă dreptul în cetate. Iar psihologia dezvoltamentală studiază apariția și dezvoltarea ei progresivă în cursul ontogenezei, fapt ce a permis absorbția unei părți din tradiția psihanalitică. În mod evident, noul interes pentru „perspectiva persoanei întâi”, pentru trăirile subiectiv conștiente, a reactivat fenomenologia.

Știința europeană ce s-a dezvoltat inițial în cadrul unui raport subiect obiect simplu, bazându-se pe studierea faptelor empirice, a cazurilor din realitate, pe care le adună și le sistematizează în teorii științifice. La începuturile acestei științe Bacon, în *Novum organon*, face un impresionant inventar a „cazurilor” pe care știința le întâlnește. Cazul exprimă realitatea întâlnită de om, delimitată, studiată și descrisă de el într-un anumit limbaj și după anumite criterii, pentru beneficiul științei. Tot la începutul științei europene Descartes comentează pe larg cadrul teoretic de care știința are nevoie și care în cele din urmă face apel la o infrastructură matematică. Științele naturii în dezvoltarea lor impetuoasă a făcut apel la ambele perspective.

Astronomia și până la un punct fizica au pus un accent deosebit pe elaborarea teoretico matematică, cazul observațional încadrându-se în teorie pentru a confirma sau invalida. Dar, pe măsură ce preocupările s-au mutat de la fizică la chimie și biologie, observarea și studierea cazurilor empirice, inclusiv experimentale, a câștigat o pondere tot mai importantă. În secolul XX s-a ajuns la un echilibru considerându-se că atât aspectul teoretic cât și cel empiric, al studierii cazurilor, sunt importante în știință. A apărut chiar un domeniu de studiere a apariției și metamorfozelor teoriilor științifice, a transformării acestora, ilustrat cu pregnanță de Popper și Kuhn. Doctrinile în această direcție s-au rafinat progresiv dar câteva aspecte esențiale s-au impus. Între acestea e și faptul că „date empirice”, adică faptele științifice culese empiric, prin observație și experiment – și care sunt descrise, colecționate, sistematizate, interpretate etc., – nu au sens în afara unei teorii, a unui câmp teoretic. Teoria este cea care condiționează criteriile după care sunt selecționate cazurile, condițiile experimentale care sunt avute în vedere, limbajul în care cazurile sunt descrise. Cazurile derivă din teoria și ele servesc teoria: o confirmă, clarifică aspectele problematice ale acesteia, ridică probleme de rezolvat în viitor. Câmpul teoretic ce stă în spatele recoltării de date observațional empirice, este uneori explicit și bine sistematizat, alteori e mai mult implicit. Dar el există întotdeauna și orice studii empirice trebuie să se înscrie într-un anumit câmp teoretic sau doctrinar. Acest fapt e deosebit de important în științele umane din care face parte și psihopatologia. Și, pornind de la studiul de caz tipic exemplar, au tins multă vreme să ignore planul teoretic ideologic care le stă în spate.

Psihopatologia s-ar plasa la intersecția între tradiționalele științe fizico-biologice și cele antropologice. De fapt, această împărțire pare în prezent depășită. Evoluționismul, cognitivismul și perspectiva dezvoltamentală sugerează o perspectivă comună de abordare a tuturor fenomenelor ce se afirmă prin proiecte (design) ale unei agenții (Boton, Bogdan). Lăsând la o parte astfel de considerente abstracte, aria de studiu a psihopatologiei se cantonează totuși într-un domeniu în care se manifestă ființe conștiente, care apelează la valori. Fapt ce nu mai e ignorat în prezent de nici o abordare științifică a psihopatologiei. Pe de altă parte știința nu mai are pretenția de a avansa cu cunoașterea până la fundamente ultime. Ea are în vedere un câmp fenomenal al realității pe care-l abordează și-l transpune într-un domeniu teoretic și doctrinar prin modele care să permită explicații și previziuni. În cadrul acestei atitudini se cere mereu conștientizat faptul că datele culese, faptele, cazurile înregistrate, alimentează un câmp teoretic și îi sunt tributare acestuia în ceea ce privește metodologia de selecție și descriere. Efortul în știința psihopatologiei se cere făcut și în această direcție. Se cere în prezent o preocupare sistematică în elaborarea de modele teoretice care să poată interpreta realitatea transpusă în cazuistică și datele tradiționale sau investigate actual. Fără un efort teoretic explicit și nu doar implicit progresul în cunoaștere e încetinit.

ANEXA 5

MIȘCAREA ANTIPSIHIATRICĂ ȘI NAȘTEREA DSM-III

Psihopatologia clinică s-a constituit ca știință având drept referențial cazuistica clinicii psihiatrice, care continua tradiția azilelor de neuropsihiatrie din secolul XIX. Marile spitale din Europa se impuneau prin profesori de prestigiu care creau școli și adunau o cazuistică semnificativă. Desigur, psihopatologia s-a dezvoltat și în afara acestora cu referință la centre și spitale mai puțin faimoase sau bazându-se pe cazuistica de cabinet, mai ales odată cu dezvoltarea psihoterapiei. Exemplar e Freud și școala psihanalitică. Dar odată cu acestea limitele între cazul psihopatologic și normalitate s-au estompat progresiv.

După Al Doilea Război Mondial, odată depășit mijlocul secolului XX, omenirea s-a trezit în fața unor mișcări sociale fără precedent. În dezbateri erau revendicări sociale, politice, de independență națională, de promovare a demnității omului, de sens existențial. A luat amploare filozofia existențialistă și personalismul, polarizate între religie și ateism. S-a discutat mult despre libertatea interioară, de „angajare existențială” și despre lipsa de dimensiune a mentalității burgheze. În această atmosferă, psihiatria – în calitatea sa de seismograf antropologic – s-a văzut desprinsă de tradiția clinicilor azilare, resimțite tot mai mult ca similare închisorilor. De fapt condițiile de viață din spitalele de psihiatrie erau realmente degradante și alienante, fapt ce a mobilizat nu doar pe entuziaștii reformelor ci și pe oamenii de știință riguroasă, ca Wing. În plus, doctrina psihanalitică care invadase și psihopatologia clinică tradițională – mai ales în SUA, nava amiral a lumii occidentale – nu oferea condiții riguroase pentru cercetarea științifică și înțelegerea dintre cercetători. În cealaltă tabără socio-politică, a socialismului centralizat de stat pe care o reprezenta Uniunea Sovietică psihopatologia era încorsetată de o știință organicistă rigidă, de învățământul lui Pavlov despre reflexele superioare ale creierului. Lagărul socialist trăia o viață controlată până în cele mai mici amănunte de puterea politică. Iar în SUA, după anii '60, a apărut mișcarea de protest hippy, a tinerilor care refuzau înregimentarea în viața socială standardizată.

În acest context a apărut în acea perioadă în lumea occidentală mișcarea antipsihiatrică. Aceasta susținea, simplu vorbind că boala mintală e un mit, un construct social folosit de putere, prin intermediul psihiatrilor, pentru a reprima și înlătura persoanele mai fragile și incomode, care nu erau de acord cu puterea politică care intenționa să uniformizeze cetățenii și să-i țină sub un permanent control public. Eroul mișcării a fost Szasz cu cartea sa „*The Myth of Mental Illness* (1961) dar fenomenul a avut multe rădăcini și modalități de manifestare. Cazurile de referință erau schizofrenii. O lucrare importantă care a alimentat mișcarea era una de psihopatologie, cu trimitere la filozofie: „*The divided self*” a lui Laing (1960). În aceasta era invocat Sartre în calitatea sa de filozof existențialist care susținea faptul că omul trebuie considerat o ființă liberă, care trebuie să își decidă singur existența. Psihopatologia de orientare fenomenologică a fost și ea invocată, inclusiv Binswanger care a susținut la un moment dat ideea că „psihoticul trăiește într-o altă lume”, paralelă cu lumea comunitară standardizată. Nu ar fi vorba neapărat de o deficiență, de o boală, cât mai repede de o varietate umană. Alte personalități ce aveau o cultură filosofică și au susținut mișcarea, ca de exemplu Cooper, a fost invocat de tinerii hippy în sensul că vagabondajul lor muzical, promiscuu și susținut de droguri, ar reprezenta de fapt o opțiune liberă pentru alt stil de viață decât cel burghez standardizat de oficialitățile care, deținând puterea și bogăția, vor să stabilească doar ele ceea ce este normal. Iar pe cei ce optează pentru refuzul acestei societăți și se retrag în lumea lor imaginară îi declară schizofreni, nebuni.

O altă sursă filosofică în epocă a fost Foucault. Dar nu neapărat prin cartea cu care s-a lansat în 1961 și care se referă direct la nebunie („*Raison et Deraison: Histoire de la Folie a l'age classique*”), ci prin întreaga sa operă în care demonstrează cum societatea europeană a modernității, cea a ordinii ce culminează cu Secolul Luminilor, s-a constituit printr-un continuu efort de control și imixtiune a puterii politice centralizate în viața cetățeanului. În acest context s-au născut și închisorile și clinica medicală. Demonstrația cea mai puternică a acestei idei autonome o face în cartea „*A supraviețuire și a pedepsi*” (1972). Foucault argumenta

că cetățeanul culturii europene a ajuns treptat sub o continuă stare de control, supraveghere, dirijare vizibilă și nevizibilă, de către forța centralizată a statului. În sprijinul acestei ideologii unii considerau că tinerii ce voiau să scape de masiva agresiune a autorității puterii simțeau că libertatea lor interioară e oprimată. Cei fragili se comportau, în protestul lor spontan, prin refuzul participării la ordine, și prin revoltă și protest critic. Deveneau deci autiști, dezorganizați, paranoizi, schizofreni. Libertatea democratică a diversității de opțiuni, a varietății umane, era încălcată de mitul psihiatriei.

A existat însă și un alt argument, mai puțin teoretic și ideologic. Și anume tradiția câmpurilor de concentrare, a lagărelor și închisorilor dezumanizate, care vine din secolul XVII și culminează cu ororile din jurul celui de Al Doilea Război Mondial. Documentația în această direcție demonstrează o experiență dezumanizantă. Azilele de psihiatrie ale secolului XIX și spitalele de psihiatrie ale secolului XX au continuat tradiția izolării bolnavului psihic de comunitate. Iar persoanele fragile psihic, mai ales după un episod psihotic, devin foarte sensibile la deprivarea de informații și de contactul stimulat cu alți oameni. Experiențele psihologice făcute în anii '50-'60 în vederea trimeriei omului în cosmos au demonstrat că deprivarea informațională prelungită conduce la tulburări psihice la cei mai normali și rezistenți oameni. Fapt ce explică astfel o serie de fenomene cunoscute în istorie de stări halucinatorii în condiții de deprivare. Azilele psihiatrice constituiau un mediu de cultură pentru întreținerea bolii psihice și pentru agravarea ei, pentru cronicizare. Chiar un om normal dacă trăiește izolat într-un, astfel de azil mai multă vreme tinde să devină treptat un alienat psihic. Faptul a fost intuit de Cehov în nuvela Salonul nr. 6. Dar în perioada anilor '60 el a fost clar evidențiat și a devenit o chestiune publică, mai ales prin vocea puternică a lui Basaglia. Apoi situația a fost demonstrată riguros de Wing și Brown (în cartea Institutionalism and schizophrenia, 1970). În acest context, specialiștii și politicienii au început să se sesizeze, să susțină ideea desinstituționalizării și promovării psihiatriei comunitare sectorializate. Exemplul Franței și actul președintelui Kennedy în SUA sunt edificatoare.

În perioada anilor '60 psihiatria avea la bază multe cercetări cazuistice bazate pe observații făcute în spitale și în cabinetele de psihoterapie. Doctrina dominantă era psihanaliza, interpretarea cazurilor era făcută într-un limbaj relativ codificat, comunicarea dintre cercetători, în sensul reproductibilității rezultatelor, era foarte scăzută. Toate acestea au condus spre mișcarea psihiatrilor de după 1970 care voiau să pună psihiatria, ca ramură a medicinei, pe baze științifice cât mai solide pentru a evita criticile ce i se aduceau și pentru a putea progresa terapeutic în rând cu celelalte ramuri ale medicinei. Premize existau deoarece se descoperiseră deja o serie de medicamente cu acțiune evidentă în tulburările psihice. Această atmosferă a stat la baza proiectului DSM-III în care tulburarea psihică este concepută ca o realitate biomedicală abordabilă științific care are la bază în primul rând disfuncția cerebrală și se exprimă printr-un „sindrom clinic semnificativ”. Această optică era atunci necesară, deși și ea avea limitele ei. Era vorba însă de un risc asumat.

În plus, psihiatria trebuie să facă față și unei provocări direct politice. Ieșiseră treptat la iveală abuzurile psihiatrico-politice reale ce se făcuseră în țări cu regim totalitar, în primul rând în URSS. În discuție era de asemenea schizofrenia și delirul paranoid. Problema era că opozanți ai regimului care au avut curajul să-și exprime public criticile în loc să fie condamnați penal au fost examinați psihiatric și etichetați ca schizofreni paranoizi. Schizofreni, deoarece comportamentul lor era bizar în raport cu cel al populației înregimentate, cuminte sau indiferente. Erau bizari și cu o logică care nu putea fi permeabilă la argumentele funcționarilor regimului. Paranoizi, deoarece se considerau persecutați, urmăriți, supravegheați în continuu. Unii declarau că telefoanele le sunt ascultate, că s-au pus în casă microfoane, că sunt filmați de la distanță, că li se cotrobăie prin casă, că persoane suspecte îi vizitează și sunt pe urmele lor, trăiri pe care schizofrenii paranoizi le au frecvent. Dar care la aceștia nu au o bază faptică reală. În plus, Bleuler, atunci când a lansat conceptul de schizofrenie în 1911, a vorbit și de formele ușoare, simple, chiar latente de schizofrenie. Un opozant al regimului putea fi etichetat cu o schizofrenie latentă, internat în spitalul de psihiatrie, tratat cu electroșocuri și neuroleptice, anchetat zi și noapte, deprivat de informații și de contacte umane etc. După un timp, se putea instala realmente o tulburare psihică greu reversibilă, pe care o pot constata obiectiv și diverși experți neutri politic. Același scenariu se poate desfășura nu doar cu persoane vulnerabile pentru schizofrenie ci și cu cei care, în prezent, pot fi oriunde în lume diagnosticați cu o tulburare de personalitate schizoidă, schizotipală, paranoidă. Sistemele politice totalitare au dezvoltat la maximum, în manieră caricaturală și brutală, ceea ce Foucault considera a fi fost o caracteristică a Europei clasice și moderne: tendința de a controla, supraveghea și pedepsi cetățeanul care nu se supune ordinii centralizate. Doar că Europa și civilizația ei și-a dezvoltat, în contrabalans, și principiile practice ale unei democrații care respectă demnitatea umană.

Abordările recente privitoare la abuzurile psihiatrico-politice din URSS consideră că acestea nu derivă în esență din limitele vagi ce există între normalitate și tulburarea mintală și nici din atitudinea majorității psihiatrilor din această țară, ci din sistemul juridic pe care sistemul politic respectiv l-a girat, mai ales în ceea ce privește legislația drepturilor omului (Bolton, 2008). Richard Bonnie susține că: „Privind retrospectiv utilizarea represivă a psihiatriei de către putere în Uniunea Sovietică era practic inevitabilă....dar, aceste abuzuri nu pot fi puse în seama psihiatriei per se ci în ansamblul sistemului represiv al regimului politic din care psihiatria era o parte”. Chiar și astfel interpretată, problematic pe care a ridicat-o antipsihiatria și a cărui răspuns a fost DSM-III nu poate și nu trebuie neglijată.

Pe acest fundal socio-politic psihiatrii din SUA au prezentat o reacție științifică în psihopatologia clinică, pentru a da prestigiu cazului psihiatric. Principala problemă era cea a reproductibilității diagnosticului pentru înțelegerea dintre specialiști. Demersul s-a concentrat asupra „criteriilor de cercetare” (RDC) pe baze metodologice inspirate de pozitivismul logic. A existat un îndemn a filosofului Hempel care a sugerat psihiatrilor să folosească „definiții operaționale”. Școala din St. Luis a publicat în anii '70 un proiect de definire a unor boli psihice prin criteri de includere și de excludere. Mișcarea psihiatrică s-a sensibilizat, mai ales cea care dorea a psihiatria să aibă în cadrul medicinei un statut similar cu a celorlalte specialități. Principala bătălie s-a dat cu psihanaliza. În aceste condiții și pe această bază a fost elaborat DSM-III. El a fost rezultatul unui compromis și a unei reacții față de o situație dată, acceptând unele limitări și riscuri care erau inevitabile dar reprezentau un rău mai mic decât incertitudinea nosologică în care se plutea pe atunci. Opțiunea DSM-III a fost calificată ca neokraepeliană. Ea tinde, într-adevăr, să „obiectualizeze” suferințul psihic, să-l considere din exterior ca un om care „are” o tulburare, condiționată cel mai probabil prin disfuncția creierului său. Marea problemă a acestui sistem este că decontextualizează manifestările psihopatologice, rupându-le de biografie și de ambianță. În plus, atitudinea empiric inductivă refuză o înțelegere configuraționistă sau modulară a marilor sindroame psihopatologice.

După 30 ani de la publicarea sa, sistemul DSM-III și-a dovedit utilitatea. Între timp însă, psihopatologia și-a amplificat perspectivele. Fără a se aștepta o modificare radicală, gândirea psihopatologică nu poate rămâne doar la opțiunea din 1980.

BIBLIOGRAFIE

- Achenbach, Th.M., Rescorla, L.A., „Developmental Issues in Assessment, Taxonomy and Diagnostic of Psychopathology: Life Span and Multicultural Perspectives”. In: Cicchetti, D., Cohen, D., „Developmental Psychopathology”, Second Edition, vol. I, John Wiley & Sons, 2006, p. 139–180.
- Ainsworth, M.D.S., Behehar, M.C. *et al.*, „Patterns of Attachment: A psychological Study of Strange Situations”, Hillsdale, New York, 1978.
- Akiskal, H.A., „Epilogue: The Interface of affective and schizophrenic disorders: a cross between two spectra”, 2007. In: May, M., Sartorius, H., „Schizophrenia”, John Wiley & Sons, Chichester, New York, 1999, p. 277–292.
- Akiskal, H.A., Pinto, O., „The soft bipolar spectrum: footnotes to Kraepelin on the interface of hypomania, temperament and depression”. In: Marneros, A., Angst, J., „Bipolar Disorders. 100 years after manic-depressive insanity”, Kluwer Academic Publisher, New York Boston, 2002, p. 37–62.
- Akiskal, H.S., „The bipolar spectrum: new concepts in classification and diagnosis”, in *Psychiatry Update: The American Psychiatric Association Review*, ed. I Grinspoon, Washington DC: American Psychiatric Press, 1983, p. 271–92.
- Alexander, E.G., Selesnick, S.T., „Histoire de la Psychiatrie”, Ed. Colin, Paris, 1972.
- Allardyce, J., Suppers, T., Van Os, J., „Dimensions and psychotic phenotype”. In: Helzer, J.E. (eds.), „Dimensional Approaches in Diagnostic Classification”, American Psychiatric Association, 2008, p. 53–64.
- Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A.W., „Mentalizing in Clinical Practice”, American Publishing Inc., Washington, London, 2008.
- AMDP, Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, Ed. Hogrefe, Göttingen, 1995.
- Amering, M., Schmolke, M., „Recovery and resilience”. In: Salloum, M., Mezzich, J.E. (eds.), „Psychiatric Diagnosis”, Wiley-Blackwell, 2009.
- Andreasen H.C., Flaum M., „The Schizophrenia Spectrum: Perspectives from Neuroimaging”. In: Marneros, A., Andreasen, H.C., Tsuang, M.T. (eds.), „Psychiatric Continuum”, Springer, Berlin, Heidelberg, 1995, p. 91–106.
- Angst, J., „Recurrent Brief psychiatric syndromes of depression, hypomania, neurasthenia and anxiety from an epidemiological point of view”, *Neurol. Psychiatry Brain Res*, 1, 1992, p. 5–12.
- Anthony, E.J., „The syndrome of the psychologically invulnerable child”. In: Anthony, E.J., Koupernik, C. (eds.), „The child in his family: Children at psychiatric risk”, vol. 3, Wiley, New York, 1974, p. 3–10.
- Aquilara, D., „Crisis Intervention: Theory and methodology”, ed. 8, C.V. Mosby, St. Luis, 1998.
- Badcock, C., „The Problem of Altruism: Freudian – Darwinian Solutions”, Oxford, Blackwell, 1986.
- Badcock, C., „Oedipus in Evolution”, Oxford, Blackwell, 1990.
- Bandura, A., „Social foundation of thought and action. A social cognitive theory”, Engelwood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1986.
- Bandura, A., „Social Cognitive Theory of Personality”. In: Pervin, L.A., John, O.P. (eds.), „Handbook of Personality, Theory and Research”, The Guilford Press, New York, London, 1999, p. 154–218.
- Barkow, J., Cosmides, L., Tooby, J. (eds.), „The adapted mind. Evolutionary Psychology and the generation of culture”, Oxford University Press, 1992.
- Baron-Cohen, S., „Mind-blindness. An Essay on Autism and Theory of Mind”, MIT Press, London, 1997.
- Baron-Cohen, S. (ed.), „The Maladapted Mind: classic reading in evolutionary psychopathology”, Have: Psychopathology Press, 1997.
- Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., Cohen, D.S., „Understanding other minds. Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience”, Oxford University Press, 2005.
- Beach, S.R.H., Wambolt, M.Z. *et al.*, „Relational Processes and Mental Health. A Beach –to-Bedside Dialogue to Guide DSM-V”. In: Beach, S.R.H. *et al.* (eds.), *Relational Processes and DSM-V*, American Psychiatric Publishing, Washington, London, 2006, p. 1–20.
- Bebbington, P.E., „Population Surveys of Psychiatric Disorder and the need for treatment”, *Social Psychol. and Psychiat. Epidem.*, 25 (1), 1990, p. 33–34.
- Beck, A.T., „Cognitive Therapy and depression”, Guilford Press, New York, 1979.
- Beck, A.T., Emery, G., „Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective”, New York, Basic Books, Behaviour”, Oxford University Press, Oxford, 1985.
- Beniuc, M., „Psihologie animală”, Ed. Științifică, București, 1970.
- Benjamin, L.S., „Addressing Interpersonal and Intrapsychic Components of Personality During Psychotherapy”. In: Strack, St. (ed.), *Handbook of Personality and Psychopathology*, John Wiley & Sons, 2005.
- Benjamin, L.S. *et al.*, „Defining Relational Disorders and Identifying their Connection to Axis I and II. In: Beach, S.R.H. *et al.* (eds.), *Relational Processes and DSM-V*, American Psychiatric Publishing, Washington, London, 2006, p. 157–194.
- Bental, R., „The paranoid self”. In: Kirche, T., David, A. (eds.), „The Self in neuroscience and Psychiatry”, Cambridge Univ. Press, 2003, p. 293–318.
- Bentall, R.P. (ed), „Reconstructing schizophrenia”, Routledge, London, 1990.
- Berner, P. *et al.*, „Critères diagnostiques pour les psychoses schizo-phréniques et affectives”, Ed. Expan. Scientifique Française, Paris, 1987.
- Berrios, G.E., „Positive and negative symptoms and Jackson”, *Archives of General Psychiatry*, 1985, 42: 95–97.
- Berrios, G.E., „The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century”, Cambridge University Press, 1996.
- Binswanger, L., „Ueber Ideenflucht”, Orell Fuessli, Zürich, 1933.
- Binswanger, L., „La schizophrénie”, Desclée de Brower, Paris, 1958.

- Binswanger, L., „Melancholie und Manie. Phenomenologische Studien”, Neske, Pfullingen, 1960.
- Binswanger, L., „Wahn. Beiträge zu seiner phänomenologischen und daseinsanalytischen Erforschung”, Neske, Pfullingen, 1965.
- Binswanger, L., „Discours, parcours et Freud”, Gallimard, Paris, 1970.
- Binswanger, L., „Introduction à l'analyse existentielle”, Ed. De Minuit, Paris, 1971.
- Blach, S., Hafner, H. *et al.*, „The Family in Clinical Psychiatry”, Oxford University Press, New York, 1993.
- Blakemore, S.J., Frith, C., „Disorders of self-monitoring and the symptoms of schizophrenia”. In: Kircher, T., David, A. (eds.), „The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge, 2003, p. 407–424.
- Blacklum, R., „Psychopathy and the contribution of Personality Violence”. In: Millon, T., Simonsen, E. *et al.* (eds.), Psychopathy. The Guilford Press, New York, 1988, p. 50–68.
- Blankenburg, W., „Persönlichkeits Struktur – Dasein und Endogenität”, Cotymia Psychiat, 1964, 7: 183–194.
- Blankenburg, W., „Die anthropologische und daseinsanalytische Sicht des Wahns”, Studium Generale, 1967, 20: 639–650.
- Blankenburg, W., „Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien”, Enke, Stuttgart, 1971.
- Blankenburg, W. (ed.), „Wahn und Perspektivität”, Ed. Enke, Stuttgart, 1991.
- Blowers, G., O'Connor, K., „Personal construct psychology in the clinical context”, Ottawa, ON: University of Ottawa Press, 1966.
- Bogdan, R.J., „Temeiuri ale cogniției. Cum este modelată mintea de către comportamentul teleologic”, Ed. All, București, 1998.
- Bolton, D., „What is mental disorder? An essay in philosophy, science and values”, Oxford University Press, 2008.
- Bolton, D., Hill, J., „Mind, Meaning and Mental Disorder”, Oxford University Press, Oxford, New York, 1996.
- Boorse, C., „What a theory of mental health should be”, Journal of The Theory of Social Behaviour, 6, 1976, p. 61–84.
- Bortolotti, L., „Delusion and other irrational belief, Oxford Univ. Press, 2010.
- Boss, M., „Psychoanalyse und Daseinsanalytik”, Huber, Bern, 1957.
- Bowlby, J., „Attachment and Loss”, Basic Books, New York, 1980.
- Bradshaw, J., „Human Evolution. A Neuropsychological Perspective”, Psychology Press, Hove, 1997.
- Broome, M., Bertolotti, L., „Psychiatry as Cognitive Neuroscience. Philosophical perspectives”, Oxford University Press, 2009.
- Brown, G.W., „Social roles, context and evolution in the origins of depression”, J.Health Soc. Behav., 2002, 43: 255–276.
- Brown, G.W., Harris, T., „The social Origins of Depression”, Tavistock Press, London, 1978.
- Brown, T.M., Scott, A.I.F., „Handbook of Emergency Psychiatry”, Churchill Livingstone, Edinburgh, Londra, Melbourne, New York, 1990.
- Brune, M., Ribbert, H., Schifenhovel, W. (eds.), „The Social Brain: Evolution and Pathology”, John Wiley and Sons, Chichester, 2003.
- Brüne, M., „Schizophrenia – an evolutionary enigma?”, Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 2003, 28: 41–53.
- Brüne, M., „Textbook of Evolutionary Psychiatry – The Origins of Psychopathology”, Oxford University Press, New York, 2008.
- Burk, B., Werner, K., „Die Anwenarbeit, Reabilität und Validität eines neues Glossars zu beschreibung des fünften Achs des Multi-Axialen Klassifikationsschema in der Kinder-Jugend Psychiatrie. Assoziierte aktuale abnormal psychosoziale Umstände”, DFG Forschungsbericht, Frankfurt Main, 1995.
- Burns, J.K., „Psychosis: a costly by-product of social brain evolution in Homo Sapiens” in „Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry”, 2006, 90: 797–814.
- Burns, J.K., „The Descent of Madness. Evolutionary Origins of Psychosis and the Social Brain”, Routledge, London, 2007.
- Buss, D.M., „Evolutionary Psychology: the new science of the mind”, second ed., Allyn & Bolton, Boston, 1999.
- Caine, E.D., „Determining Causation in Psychiatry”. In: Phillips, K.A., First, M.B., Pincus, H.A. (eds.), „Advancing DSM Dilemmas in Psychiatric Diagnosis, American Psychiatric Association”, Washington DC, 2003, p. 1–22.
- Caplan, G., „Principles of preventive psychiatry”, Basic Books, New York, 1964.
- Carlson, E.A., Stroufe, L.A., „Contribution of Attachment Theory to Developmental Psychopathology”. In: Cicchetti, D., Cohen, D. (eds.), „Developmental Psychopathology”, vol. II, 1995, p. 581–610.
- Cartwright, J., „Evolution and Human Behaviour. Darwinian Perspectives on Human Nature”, MacMillan, London, 2000.
- Casey, P., Kelly, B., „Fish's clinical Psychopathology, Signs and symptoms in psychiatry”, Ed. Gaskell, London, 2009.
- Cassidy, J., Shaver, P.R. (eds.), „Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications”, Guilford Press, New York, 1999.
- Church, J., „Social constructionist models”. In: Radden, J. (ed), „The Philosophy of Psychiatry, A Comparison”, Oxford University Press, 2004.
- Churchland, P.M., „Folk Psychology”. In: Guttenplan, S., „A Companion to the Philosophy of Mind, Blackwell, 1994, p. 308–316.
- Churchland, P.S., „Neurophilosophy: Toward a unified science of the mind-brain”, Cambridge, M.A., MIT Press/Bradford Books, 1986.
- Cicchetti, D., „Development and Psychopathology”. In: Cicchetti, D., Cohen, D., „Developmental Psychopathology”, John Wiley & Sons, second edition, vol. I, 2006, p. 1–23.
- Cicchetti, D., Cohen, D.J., „Developmental Psychopathology”, Ed. John Wiley & Sons, New York, vol. I, vol. II, 1995.
- Cicchetti, D., Cohen, D.J., „Developmental Psychopathology”, John-Wiley & Sons, Inc., vol. I, II, III, 2006.
- CIDI, Composite International Diagnostic Interview, WHO, Geneva, 1993.
- Cleckley, H., „The Mask of Sanity”, Henry Kimpton, Londra, 1941.
- Cloninger, C.R., „Feeling Good”, Oxford University Press, 2004.
- Cloninger, C.R. *et al.*, „A psychological model of temperament and character”, Arch. of Gen. Psychiatry, 50, 1993, p. 975–990.
- Cloninger, C.R., Przybek, T.R., Svrakic, D.M., „The temperament and character inventory (TCI)”, 1994, St. Luis, Washington, 1994.
- Cociu, M., „Etologie”, Ed. All, București, 1999.
- Cooper, D., „Psychiatry and Anti-Psychiatry”, Tavistock, London, 1968.
- Corcoran, Rh., „Theory of Mind and other clinical conditions: is a selective „Theory of Mind” deficit exclusive in autism”. In: Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., Cohen, D.J. (eds.), „Understanding other minds”, Oxford University Press, 2005, p. 391–421.
- Cornuțiu, G., „Breviar de Psihiatrie”, Ed. Universității, Oradea, 2006.
- Cosman D., „Compendiu de Suicidologie”, Ed. Casa Cărții de Știință, Cluj.
- Cosman, D., „Psihologie medicală”, Ed. Polirom, 2010.
- Cosmides, L., Tooby, J., „Evolutionary Psychology and the Generation of Culture, Part II”. In: „Ethology and Sociobiology”, vol. 10, 1989, p. 51–9.

- Cosmides, B.J., Tooby, L. (eds.), „The adapted mind. Evolutionary Psychology and generation of culture”, Oxford University Press, New York, 1992.
- Crawford, C., Krebs (eds.), „The Handbook of Evolutionary Psychology”, Mahwah, H.J., Lawrence Erlbaum, 1998.
- Cristodoulou, G.H., „The Delusional Misidentification Syndrome”, Ed. Karger, Basel, 1986.
- Crow, T.J., „A Darwinian approach to the origins of psychosis”, *British Journal of Psychiatry*, vol. 167, 1995, p. 12–25.
- Crow, T.J., „Psychotic Continuum or Disease Entities? The Critical Impact of Nosology on the Problem of Aetiology”. In: Mameros *et al.* (eds.), „Psychotic Continuum”, Springer, 1995, p. 151–164.
- Cueng, M.C., Fulford, K.W.M., Graham, G., „Reconceiving schizophrenia”, Oxford University Press, 2007.
- Cullberg, J., „Psychoses. An integrative perspective”, Routledge, 2006.
- Cutting, J., „Principles of Psychopathology. Two Worlds-Two Minds-Two Hemispheres”, Oxford Medical Publications, 1997.
- Damasio, A., „The Feeling of what happens”, Ed. Harcourt, San Diego, New York, London, 1999.
- Damasio, A., „Eroarea lui Descartes”, Ed. Humanitas, București, 2005.
- DAS, „Psychiatric Disability Assessment Schedule”, WHO, Geneva, 1988.
- David, „Introducere în filosofie”, Ed. Academiei Republicii Socialiste România, București, 1977.
- David, D., „Metodologia cercetării clinice”, Ed. Polirom, Iași, 2006.
- David, D., „Psihologie clinică și psihoterapie”, Ed. Polirom, Iași, 2006.
- David, D., „Reasonable and Iresonable Beliefs”, Oxford University, 2009.
- Davies, D., Bhugra, D., „Models of Psychopathology”, Open University Press, Berkshire, 2004.
- Dawkins, R., „The Selfish Gene”, Oxford University Press, New York, 1989.
- Dawkins, R., „Un râu pornit din Eden”, Ed. Humanitas, București, 1995.
- Dawkins, R., „Ceasornicul orb”, Ed. Humanitas, București, 2009.
- De Block, A., „Freud as an Evolutionary Psychiatrist and the Foundations of a Freudian Philosophy”, *Prajer Muse*, vol. 12, 2006, 4: 343–348.
- Dehelean, P., „Depresia, aspecte clinice și evaluare cantitativă”, Ed. Mirton, Timișoara, 1994.
- Depraz, N., „Putting the epoche into practice: schizophrenic experience as illustrating the phenomenological exploration of consciousness”. In: Fulford, B., Morris, K., Sadler, J., Stanghellini, G. (eds.), „Nature and Narrative”, Oxford University Press, 2009, p. 181–198.
- Dodman, N.H. *et al.*, „Animal models of obsessive-compulsive disorder”. In: Hollander, E., Stein, D.J., „Obsessive-Compulsive Disorder”, Marcel Dekker, New York, 1997.
- Dowson, G., Toth, K., „Autism spectrum disorders”. In: Cicchetti, D., Cohen, D., „Developmental Psychopathology”, second edition, vol. III, John Wiley, L. Sons Inc, 2006, p. 317–357.
- DSM-IV-TR, „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, four edition, American Psychiatric Association Washington, 1994.
- Eibl-Eibesfeldt, J., „Iubire și ură”, Ed. Trei, București, 1998.
- Eisen, J. *et al.*, „The Brown Assessment of Belief Scale: Reliability and Validity”, *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155: 102–108.
- Elkaim, M., „Panorama des therapies familiales”, Ed. Seuil, Paris, 1995.
- Ellemerger, H.F., „Histoire de la decouverte de l'inconscient”, Ed. Fayard, Paris, 1994.
- Ellenberger, H.F., „Ethno-psychiatrie”, EMC, 37725, A 10, Paris, 1965.
- Ellis, A., „Reason and emotion in psychotherapy. A comprehensive method of treating human disturbance”, New York, Ellis Cita del Press, 1962.
- Enătescu, V., Enătescu, V.R., „Dialogul medic-bolnav”, Ed. Dacia, Cluj, 2007.
- Erikson, E.H., „The Life Cycle”. In: „International Encyclopedia of the Social Science”, Ed. McMillan, New York, 1986.
- Evans, D.W., Leckman, F., „Origins of Obsessive-compulsive disorder: developmental and evolutionary perspectives”. In: Cicchetti, D., Cohen, D., „Developmental Psychopathology”, vol. III, 2006, p. 404–495.
- Ey, H., „Conștiința”, Ed. Științifică și Enciclopedică, 1983.
- Ey, H., „Des idées de Jakson à un modele dynamique en psychiatrie”, Ed. Radamantre, Privat, Toulouse, 1973.
- Ey, H., „Etudes Psychiatriques”, Masson, Paris, 1954.
- Ey, H., „Traite des Hallucinations”, Masson, Paris, 1983.
- Feighner, J.P., Robins, E.G., Guze, E. *et al.*, „Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research”, *Arch. of General Psychiatry*, 1972, 26: 57–63.
- Feygin, D.L., Swain, J.E., Leckman, J.F., „The normalcy of neurosis: Evolutionary Origins of Obsessive-compulsive Disorder and related behaviour”. In: „Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry”, 2006, 30: 854–864.
- Fleischhacker, W.W., Goodwin, G.M., „Effectiveness as an outcome measure for treatment trials in psychiatry”, vol. 8, nr. 1, 2009, p. 23–27.
- Fodor, J., „The modularity of mind”, MIT Press Bradford Books, Cambridge, M.A., 1983.
- Fogarty, P., Target, M., Gergely, G., „Psychoanalytic Perspectives on Developmental Psychopathology”. In: Cicchetti, D., Cohen, D., „Developmental Psychopathology”, vol. II, 2006, p. 701–793.
- Foucault, M., „A supraveghea și a pedepsi. Nașterea închisorii”, Ed. Humanitas, București, 1997.
- Foucault, M., „Istoria nebuniei în epoca clasică”, Ed. Humanitas, București, 1996.
- Foucault, M., „Nașterea clinicii”, Ed. Științifică, București, 1998.
- Frankl, V., „Theorie und Therapie der Neurosen”, Ed. Reinhard, München, 1970.
- Frankl, V., „Man's search for ultimate meaning”, Pesseus Publishing, Cambridge, Massachusetts, 2000.
- Freeman, C., Tyrer, P., „Research methods in psychiatry”, Gaskell, London, 2006.
- Freeman, D., Bentall, R., Garety, P., „Persecutory Delusions”, Cambridge U.P., 2008.
- Frith, C., „The cognitive neuropsychology of schizophrenia”, Laurence Erlbaum Association, 1992.
- Fu, C.H.Y., McGuire, Ph. K. „Hearing voices or hearing the Self in disguise? Revealing the neural correlates of auditory hallucinations in schizophrenia”. In: Kircher, T., David, A. (eds.), „The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge University Press, 2003, p. 425–435.

- Fuchs, Th., „The challenge of neuroscience: Psychiatry and phenomenology today”. In: „Psychopathology”, 2002, 35: 319–328.
- Fuchs, Th., „A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia”. In: „Psychiatry & Psychology”, 2005, 12: 95–107.
- Fuchs, Th., Schlimme, J.E., „Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective”. In: „Current opinion in Psychiatry”, 2009, 22: 570–575.
- Fujii, D., Ahmed, I., „The Spectrum of Psychotic Disorders”, Cambridge University Press, 2007.
- Fulford, B., Morris, K., Sadler, J., Stanghellini, G., „Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry”, Oxford University Press, 2003, p. 256.
- Fulford, K.W.M., „Moral theory and Medicine Practice”, Cambridge University Press, 1989.
- Fulford, K.W.M. et al., „Looking with both eyes open: fact and value in psychiatric diagnosis?”. In World Psychiatry, vol. 1, 2005, 2: 79–86.
- Gallagher, S., „Self-narrative in schizophrenia”. In: Kircher, T., David, A. (eds.), „The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge University Press, 2003, p. 336–360.
- Gallanger, S., „How the body shapes the mind”, New York, Clarendon Press, 2005.
- Gallup, G.G., Anderson, J.R., Plutek, S.M., „Self-awareness, social intelligence and schizophrenia”. In: Kircher, T., David, A. (eds.), „The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge University Press, 2003, p. 147–165.
- Garfield, J.L., „Modularity”. In: Guttenplan, S. (ed.), „A Comparison to the Philosophy of Mind”, Blackwell, 2004, p. 441–448.
- Garnezy, H., „Resilience and vulnerability in adverse developmental outcomes associated with poverty”, American Behavioral Scientist, 1991, 34: 416–430.
- Garnezy, N., „The study of competence in children of risk for severe psychopathology”. In: Anthony, E.J., Koupernik, C. (eds.), „The child in his family: Children at psychiatric risk”, vol. 3, Wiley, New York, 1974, p. 547.
- Gebattel, V.E., „Prolegomena einer medizinischen Anthropologie”, Ed. Springer, Berlin, 1954.
- Gert, B., Culves, Ch., „Defining Mental Disorder”. In: Radden, J. (ed.), „The Philosophy of Psychiatry, A Companion”, Oxford University Press, 2004.
- Gilbert, P., „Depression: From Psychology to Brain State”, London, Lawrence Erlbaum, 1984.
- Gilbert, P., „Human Nature and Suffering”, London: Lawrence Erlbaum, 1989.
- Gilbert, P., „Depression: the evolution of powerlessness”, Have: Psychopathology Press, 1992.
- Glantz, K., Pearce, J., „Exiles from Eden: Psychotherapy from and Evolutionary Perspective”, New York, Norton, 1989.
- Glatzel, J., „Allgemeine Psychopathologie”, Ed. Enke, Stuttgart, 1978, p. 241–251.
- Glatzel, J., „Spezielle Psychopathologie”, Ed. Enke, Stuttgart, 1981.
- Goffman, E., „Asylum”, Ed. Penguin Book, 1971.
- Goldberg, D., Benjamin, S. et al., „Psychiatry in medical practice”, Routledge London, 1987.
- Goldstein, L.H., McNeil, J.E., „A clinical neuropsychology: a practical guide to assesment and management for clinician”, John Wiley & Sons, 2004.
- Goodwin, F.K., Jamison, K.R., „Manic-Depressive Illness”, Oxford University Press, 2007.
- Gottlieb, B.M., „Social Network and Social Support”, Ed. Beverly Mills, Calif. Sage Publisher, 1982.
- Greve, W., Staudinger, U.M., „Resilience in later adulthood and old age: resource and potentials for successful aging”. In: Cicchetti, D., Cohen, D., „Developmental Psychopathology”, second edition, vol. III, John Wiley & Sons, 2006, p.796–840.
- Gross, G., Huber, G., Klosterkötter, J., Linz, M., „Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS)”, Springer Berlin, Heidelberg, New York, 1987.
- Gross, G., Huber, G., Schüttler, R., „Long-term course of Schneiderian Schizophrenia”. In: Marneros, A., Tsuang, M.T. (eds.), „Schizoaffective Psychoses”, Springer Berlin, Heidelberg, 1986, p. 164–178.
- Gruneberg, A.M., Goldstein, R.D., „Multiaxial Assessment in the Twenty-First Century”, In: Phillips, K.A., First, M.B., Pincus, H.A. (eds.), „Advancing DSM Dilemmas in Psychiatric Diagnosis, American Psychiatric Association”, Washington DC, 2003, p. 145–152.
- Guttenplan, S.E., „A Companion to the Philosophy of Mind”, Blackwell, Cambridge, Massachusetts, 1994.
- Guttenplan, S., „First person authority”. In: Guttenplan, S. (ed.), „A Comparison to the Philosophy of Mind”, Blackwell, 1994, p. 291.
- Guttenplan, S. (ed.), „A companion to the Philosophy of Mind”, Ed. Blackwell, Cambridge, 1994.
- Hamilton, A., „Against the belief model of delusion”. In: Chuang, M.C., Fulford, K.W.M., Graham, G., „Reconceiving Schizophrenia”, Oxford University Press, 2007, p. 217–234.
- Hantouche, E.G., „Troubles bipolares, obsessions et compulsion – les reconaitre e les soigner”, Paris, Odile Jacob, 2006.
- Happé, F., „Parts and wholes, meaning and minds: central coherence and its relation to Theory of Mind”, In: Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., Cohen, D.J. (eds.), „Understanding other minds”, Oxford University Press, 2005.
- Hare, R.D., „The Hare Psychopathy Checklist”, Multi Health System, Toronto, 1986.
- Harlow, F., „Principles of Primate Learning”. In: „Little Club Clinics in Developmental Medicine”, nr. 7, Heineman, London, 1962.
- Harlow, H.F., „The Nature of love”, Am. Psych., 1958, 13: 673.
- Harre, R., „The Logical basis of psychiatric meta-naratives”. In: McChung, K.W.M., Fulford, Grahah, G. (eds.), „Reconceiving Schizophrenia”, Oxford Univ. Press, 2007, p. 295–309.
- Harter, S., „Self-processes and Developmental Psychopathology”. In: Cicchetti, D., Cohen, D., „Developmental Psychopathology”, vol. I, p. 370–418.
- Hauser, S.T., Safyer, A.W., „The contribution of Ego Psychology of Developmental Psychopathology”. In: Cicchetti, D., Cohen, D., „Developmental Psychopathology”, vol. II, 1995, p. 555–580.
- Hayward, S., „Biopsihologie”, Ed. Tehnică, București, 1999.
- Heidegger, M., „Ființa și timp”, Ed. Humanitas, București, 2003.
- Hinshow, S.P., „Stigma and mental illness: developmental issues and future prospects”. In: Cichetti, D., Cohen, D., „Developmental Psychopathology”, vol. III, p. 845–882.
- Hollander, E., Wong, C.M., „Obsessive-compulsive related disorders”, American Psychiatric Press, Washington, 1993.
- Holmes, K., Rahe, R.H., „The social readjustment rating scale”, Journal of Psychosomatic Research, 1967, 11: 213–218.
- Huber, G., „Die Konzeption der Einheitspsychose aus der Sicht der Basisstörungenlehre”. In: Mund, Cr., Sass, H. (eds.) „Für und Wider die Einheit Psychose”, Georg Thieme Stuttgart, New York, 1992.

- Huber, G., „Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen”, *Nervenarzt*, 1983, 54: 23–32.
- Husserl, E., „Filosofia ca știință riguroasă”, Ed. Paideia, București, 1994.
- Husserl, E., „Meditații carteziene”, Ed. Humanitas, București, 1997.
- Husserl, E., „La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendentale”, Gallimard, Paris, 2004.
- ICD-10, „Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament”, Ed. All (text original publicat în 1992), 1998.
- ICDH, „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps”, WHO, Geneva, 1977.
- ICF, „International Classification of Functioning Disability and Health”, WHO, Geneva, 2001; versiunea românească: „Clasificarea internațională a funcționării, disabilității și sănătății – CIF”, Ed. Marlink, București, 2004.
- Ienciu, M. *et al.* „Managementul primului episod psihotic”, Promoval, București, 2001.
- IGDA, „International Guidelines for Diagnostic Assessment”, *Br. J. Psychiatry*, 1082, 2003, 45: 37–66.
- Ionescu, S., Blanchet, A. *et al.*, „Tratat de psihologie clinică și psihopatologie”, Ed. Trei, București, 2009.
- Ionescu, S., „Resilience and Culture”, *Psihiatru.ro*, 2007, p. 11–15.
- Jackson, M., „The clinician’s illusion and benign psychosis”. In: Man Cheung Chung, Fulford, K.W.M., Fulford, Bill, Graham, George, „Reconceiving Schizophrenia”, Oxford University Press, 2007, p. 235–224.
- Janet, P., „Les obsessions et la psychasténie”, Ed. Alcan, Paris, 1903.
- Janzarik, W., „Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen. Ein Beitrag zur Differential – typologie der Wahnphanomene”, Ed. Springer, Berlin, 1959.
- Janzarik, W., „Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie”, Ed. Enke, Stuttgart, 1988.
- Jaspers, K., „Allgemeine Psychopathologie”, 8 Aufl, Ed. Springer, Berlin, 1965.
- Jaspers, K., „General psychopathology”, The John Hopkins University Press, Baltimore, London, 1997.
- Jeannerod, M., Faret, Ch. *et al.*, „Action recognition in normal and schizophrenic subjects”. In: Kircher, T., David, A. (eds.), „The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge University Press, 2003, p. 380–406.
- Joel, D., „Current animal models of obsessive-compulsive disorder: a critical review”. In: „Neuro-psychopharmacological & Biological Psychiatry”, 2006, 30: 374–388.
- Jones, A.J., Buckley, O.F. „Schizophrenia”, Elsevier, Churchill Livingstone, Lundbeck Institute, 2006, p. 167.
- Jung, C.G., „Dialectique du moi et de l’inconscient”, Ed. Gallimard, Paris, 1964.
- Kalle, K., „Grosse Nervenartze”, Ed. Thieme, Stuttgart, 1995.
- Kaplan, H.B., „Psychosocial stress”, Academy Press, New York, Londra, 1983.
- Kaschka, W., Lungerhausen, E., „Paranoide Störungen”, Springer Verlag, Berlin, 1992.
- Katsching, H., Freeman, H., Särorius, N., „Quality of Life in Mental Disorders”, Ed. John Wiley & Sons, New York, 1998.
- Katschnig, H., Koniczka, T., Cooper, J.E., „Emergency pschiatry and crisis intervention in Europe”, World Health Organisationm Copenhaga, 1988.
- Kay, S.R., „Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia”, Brunner-Mazel, New York, 1991.
- Keenan, J.P., Wheeler, N.A., Ewers, M. „The neural correlates of Self-awareness and Self-recognition”. In: Kircher, T., David, A. (eds.), „The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge University Press, 2003, p. 166–179.
- Keffe, R.S.E., „Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia”. In: „World Psychiatry”, vol. 7, nr. 1, 2008, p. 22–28.
- Keffe, R.S.E., Goldberg, T.E. *et al.*, „The brief assessment and cognition in schizophrenia: reliability, sensitivity and comparison with a standard neurocognitive battery”, 2004.
- Kelly, G.A., „The psychology of personal constructs”, New York, Norton, 1955.
- Kendler, R.E., „The concept of disease and its implications for psychiatry”, *British J. of Psychiatry*, 1975, 127: 305–15.
- Kendell, R.E., „What are Mental Disorders?”. In: Freedman *et al.* (eds.), „Science, Practice and social Policy”, New York, Human Science Press, 1986.
- Kendler, K., „Toward a philosophical structure for psychiatry”, *American J. of Psychiatry*, 2005, 162: 433–440.
- Kenlar, L.E.O., „Evolutionary Psychology and Psychopathology”. In: „Current Opinion in Psychiatry”, 2003, 16: 691–699.
- Kinderman, P., Bentoll, R.P., „The functions of delusional beliefs”, In: Mc.Chung, K.W.M., Fulford, G., Graham (eds.), „Reconceiving Schizophrenia”, Oxford Univ Press, 2007.
- Kinderman, P., Bentall, R.P., „The function of delusion beliefs”. In: McChung, K.W.M., Fulford, G., Grahah (eds.), „Reconceiving Schizophrenia”, Oxford Univ. Press, 1997, 275–294.
- Kinney, D.K., Tanaka, M., „An Evolutionary Hypothesis of Depression and its Symptoms. Adaptive Value and Risk Factors”. In: „The Journal of Nervous and Mental Disease”, 2009, 197: 561–567.
- Kircher, T., David, A. (eds.), „The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge University Press, 2003, p. 484.
- Klosterkötter, J., „Frühdiagnose der Schizophrenie: Abgrenzung von Risk Factors. Prodromi und Frühsymptomen”. In: Möller, H.J., Müller, W. (eds.), „Schizophrenie: Langzeitverlauf und Langzeittherapie”, Springer Wien, New York, 2004, p. 31–48.
- Knapp, M., Beecham, J. *et al.*, „Service use and cost of home-based versus hospital based care for people with serious mental illness”, *The British Journal of Psychiatry*, 1994, 165: 195–203.
- Korbek, R., Cassidy, J. *et al.*, „Attachment, stress and psychopathology: a developmental model”. In: Cichetti, D., Cohen, D., „Developmental Psychopathology”, vol. I, 2006, p. 333–364.
- Kraus, A., „Fenomenologia și simptomatologia depresiei”. In: Vraști, R., Eiseman, M. (eds.), „Depresia – Noi perspective”, Ed. All, București, 1996.
- Kraus, A., „Metodological problems with the classification of personality disorders: the significance of existential types”, *Journal of Personality Disorders*, 5 (1), 1991, p. 82–92.
- Kraus, A., „Phänomenologische and symptomatologisch kriteriologische Diagnostik”, *Fundamenta Psychiatrica*, 1991, 5: 102–9.
- Kraus, A., „Phänomenologischen – antropologische Psychiatrie”. In: Helmchen, H., Hann, F. *et al.*, „Grundlagen der Psychiatrie”, Springer, Berlin Heidelberg, 1999.

- Kraus, A., „Rollendynamische Aspekte bei Manisch-Depressiven”. In: Kisker, K.P. *et al.* (eds.), „Psychiatrie der Gegenwart: Band 5”, Springer, 1987, p. 403–423.
- Kraus, A., „Schizophrenic delusion and hallucination as the expression and consequence of an alteration of the existential a prioris”. In: Chuang, M.C., Fulford, K.W.M., Graham, G., „Reconceiving Schizophrenia”, Oxford University Press, 2007, p. 97–112.
- Kretschmer, E., „Medizinische Psychologie”, Aufl. Thieme, Stuttgart, 1949.
- Kretschmer, E., „La structure du corp et le caractere”, Ed. Payor, Paris, 1930.
- Kretschmer, E., „Hysteria, Reflex and Instinct”, Philosophical Library, New York, 1923/1960.
- Krueger, R.F., Tackett, J.L., „Personality and Psychopathology”, The Guilford Press, New York, London, 2006.
- L’Abate, L., „Handbook of Developmental Family”, Psychology and Psychopathology, John Wiley & Sons, New York, 1994.
- Laing, R.D., „The divided self: a study of sanity and madnes”, Quadrangle, Chicago, 1960.
- Laing, R.D., Esterton, A., „Sanity, madness and the family”, Harmondsworth: Penguin Books, 1970.
- Lakoff, G., Johnson, M., „Philosophy in the flesh: the embodied mind and the challenge to western thought”, New York, Basic Books, 1999.
- Längle, A., „Personale Existenzanalyse”. In: „Werkbegegnung. Phänomene und Methodische Zugänge”, GEL Verlag, Wien, Austria, 1993, p. 133–160.
- Längle, A. (ed.), „Praxis der Personalen Existenzanalyse”, Erweiterungsberichte. 2/1993, GLE, Wien, 1993.
- Längle, A., „Die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse”. In: „Existenzanalyse”, 1999, p. 1, 16, 18, 25.
- Lantéri-Laura, G., „La psychiatrie phénoménologique”, PVF, Paris, 1957.
- Lăzărescu, M., Bumbea, O., „Patologie obsesivă”, Ed. Academiei, București, 2008.
- Lăzărescu, M., „Calitatea vieții în Psihiatrie”, Ed. Infomedica, București, 1999.
- Lăzărescu, M., „Conceptual actual de psihoză”, Psihiatru.ro, nr. 17, 2009, 2: 13–21.
- Lăzărescu, M., „Direcții actuale de abordare nosologică a tulburărilor afective periodice – problema spectrului afectiv”, Psihiatru.ro, nr. 15, 2008, p. 24–29.
- Lăzărescu, M., „Introducere în psihopatologia antropologică”, Ed. Facla, Timișoara, 1989.
- Lăzărescu, M., Nireșteanu, A., „Tulburările de personalitate”, Ed. Polirom, Iași, 2007.
- Lăzărescu, M., „Patologie obsesivă”, Ed. Medicală, București, 1973.
- Lăzărescu, M., „Psihiatrie, Sociologie, Antropologie”, Ed. Brumar, Timișoara, 2002.
- Lăzărescu, M., „Psihopatologie clinică”, Ed. Helicon, Timișoara, 1994.
- Lăzărescu, M., „Psihopatologia evoluționistă și depresia”, Psihiatru.ro, nr. 19, 2009, 4: 22–27.
- Lăzărescu, M., „Psihopatologia corpului trăit”, Psihiatru.ro, nr. 14, 2008, p. 36–39.
- Lăzărescu, M., „Social Factors in the Ethnopathogenesis of Schizophrenia”. In: „European Handbook of Psychiatry and Mental Health”, Antropos, Zaragoza, 1995, p. 751–753.
- Lăzărescu, M., „The ideal type and personality disorders focus on the anankastic personality disorder. An anthropological perspective”. In: Nireșteanu, A. (ed.), „Personality and Personality Disorders”, Ed. University Press, Târgu Mureș, 2009.
- Leakey, R., „Originea omului”, Ed. Humanitas, București, 1995.
- Leff, J.P., Vaughn, C.E., „Expressed Emotion in Families”, New York, Guilford. In: Beach, S.R.H. *et al.* (eds.), „Relational Processes and DSM-V”, American Psychiatric Publishing, Washington, London, 1985.
- Leonard, K., „Personalități accentuate”, Ed. Enciclopedică, București, 1972.
- Leonard, K., „The Classification of Endogenous Psychoses”, 5th edition, Irvington Publishers, 1979.
- Levinson, D.J., Darrow, C.M. *et al.*, „The seasons of a man’s life”, Ed. A. Knopf, New York, 1978.
- Lhermitte, J., „L’image de notre corps”, Ed. Nouvelle Rev. Critique, Paris, 1939.
- Lieberman, J.A., Stroup, T.S., Perkins, D.O., „Textbook of Schizophrenia”, American Psychiatric Publishing, Washington, London, 2006.
- Livesley, W.J., „Classifying Personality Disorders: Ideal Types, Prototypes or Dimensions?”, *J. of Personality Disorder*, 5 (1), 1991, p. 52–59.
- Livesley, W.J., „Conceptual and Taxonomic Issues”, In: Livesley, W.J. (ed.), „Handbook of Personality Disorders”, Guilford Press, New York, 2001, p. 3–38.
- Livesley, W.J., „Personality Disorders: A Practical Approach”, Guilford Press, New York, 2003.
- Livesley, W.J., Jackson, D.N., „Manual for the dimensional assessment of personality pathology”, MI Sigma Press, 2002.
- Livesley, W.J., Jany, K.L., „Toward an empirically based classification of personality disorders”, *J. of Personality Disorders*, 14 (2), 2001, p. 137–151.
- Lopez-Ibor, J.J., Gaebel, W., Sartorius, N., „Psychiatry as neuroscience”, John Wiley & Sons, 2002.
- Lorentz, K., „Evolution and Modification of Behavior: A critical Examination of the Concept of „Learned” and „Innate” Elements of Behavior”, Chicago University Press, 1965.
- Lorentz, K., „Évolution de la ritualisation dans le domaine de la biologie et de la culture”. In: „Le comportement rituel chez l’homme et l’animal”, Ed. J. Huxley, Gallimard, Paris, 1971.
- Luthar, S., „Resilience in development: a synthesis of research across five decades”. In: Cicchetti, D., Cohen, D., „Developmental Psychopathology”, second edition, vol. III, John Wiley & Sons, 2006, p. 739–745.
- Lyons, M.J., Tyrer, P. *et al.*, „Special feature: heuristic models of comorbidity of axes II disorders”, *J. Personality Disorders*, 11(3), 1997, p. 260–269.
- MacLean, P.D., „The Triune Brain in Evolution Role in Paleocerebral Functions”, Plenum Press, New York, London, 1990.
- Macrea, Rodica (ed.), „Sexualitatea, aspecte medico-sociale”, Ed. Risoprint, Cluj, 1999.
- Magnunon, D., Bergman, L.R. *et al.*, „Problems and Methods in Longitudinal Research; stability and change”, Cambridge University Press, 1994.
- Maj, M., Akiskal, H.S., Lopez-Ibor, J.J., Sartorius, N., „Bipolar Disorder”, John Wiley & Sons, LTD, 2003, p. 523.
- Maj, M., „Psychiatric comorbidity and artefact of diagnostic system?”, *British Journal of Psychiatry*, 2005, 156: 182–184.
- Maj, M., Sartorius, N. (eds.), „Schizophrenia”, John Wiley & Sons, LTD, 1999, p. 491.

- Maloney, J.C., „Archetype theory of Evolutionary Psychology and the Baldwin Effect”, *J. Anal. Psychol.*, 2003, 48: 101–107.
- Markowitsch, H.J., „Autozoetic consciousness”. In: Kircher, T., David, A. (eds.), „The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge University Press, 2003, p. 197–216.
- Marks, I.M., „Fears, Phobias and Rituals”, Oxford University Press, 1987.
- Marnaros A., Pillman F., „Acute and Transient Psychoses”, Cambridge University Press, 2004.
- Marnaros, A., Tsuang, M.T. (eds.), „Schizoaffective Psychoses”, Springer Berlin, Heidelberg, 1986.
- Marnaros, A., Tsuang, M.T. (eds.), „Affective and Schizoaffective Disorders”, Springer Berlin, Heidelberg, 1990.
- Marnaros, A. (ed.), „Schizoaffective Psychosen. Diagnose, Therapie und Prophylaxe”, Springer Verlag, 1989, p. 217.
- Marnaros, A., Akiskal, H.S. (eds.), „The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra”, Cambridge University Press, 2007, p. 299.
- Marnaros, A., Andreasen, C., Tsuang, M.T. (eds.), „Negative Versus Positive Schizophrenia”, Springer Verlag, 1991, p. 460.
- Marnaros, A., Andreasen, M.C., Tsuang, M.T. (eds.), „Psychotic Continuum”, Springer Verlag, 1995, p. 167.
- Marnaros, A., Angst, J. (eds.), „Bipolar Disorders. 100 years after manic-depressive insanity”, Kluwer Academic Publishers, 2002, p. 483.
- Marnaros, A., Goodwin, Fr. (eds.), „Bipolar Disorders. Mixed States. Rapid Cycling and Atypical Forms”, Cambridge University Press, 2005, p. 395.
- Marnaros, A., Philipp, M., (ed.), „Persönlichkeit und psychische Erkrankung”, Ed. Springer, Berlin, 1992.
- Maslow, A.H., „Motivație și personalitate”, Editura Trei, București, 2007.
- Masten, A.S., Burk, K.B., Coatsworth, J.D., „Competence and Psychopathology in Development”. In: Cicchetti, D., Cohen, D., „Developmental Psychopathology”, second edition, vol. III, John Wiley & Sons, 2006, p. 696–738.
- Mathews, E., „Body-subjects and disordered mind. Treating the whole person in psychiatry”, Oxford University Press, 2007, p. 189.
- May, M., Sartorius, N. (eds.), „Depressive Disorders”, John Wiley & Sons, LTO, 2001, p. 490.
- McAdams, D.P., „Personal Narratives and the Life Story”. In: Pervin, L.A., John, O.P. (eds.), „Handbook of Personality. Theory and Research”, The Guilford Press, New York, London, 1999, p. 478–500.
- McClure, E.B., Pine, D.S., „Social anxiety and emotion regulation: a model for developmental psychopathology perspectives on anxiety disorders”. In: Cicchetti D., Cohen, D., „Developmental Psychopathology”, vol. III, 2006, p. 470–502.
- McFarlane, W.R., „Family Expresses Emotion, Prior to Onset of Psychosis”. In: Beach, S.R.H. *et al.* (eds.), „Relational Processes and DSM-V”, American Psychiatric Publishing”, Washington, London, 2006, p. 77–88.
- McGlashan, Th. *et al.*, „Structured Interview for Prodromal Syndromes”, PRIME Research Clinic, Yale School of Medicine, 2002.
- McGorry, P., Elkins, K., Curry, C., Copolov, D., Singh, B., „Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychosis”, National Health and Medical Research Council.
- McGorry, P.D., Killackey, E., Yung, A., „Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions”. In: „World Psychiatry”, vol. 7, nr. 3, 2008, p. 148–156.
- McGuire, M., Troisi, A., „Darwinian Psychiatry”, Oxford University Press, New York, 1998.
- McKenna, P.J., „Schizophrenia and Related Syndromes”, second edition, Routledge London, New York, 2007.
- Meehl, P.E., „Schizotaxia revisited”, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1989, 46: 935–944.
- Meehl, P.E., „Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia”, *Am. Psychol.*, 1962, 17: 827–838.
- Merleau-Ponty, M., „Fenomenologia percepției”, Ed. Aion, 1999.
- Mezzich, J.E., Berganzo, C.E., Von Cranach, M. *et al.*, „Essentials of the WPA International Guidelines for Diagnostic Assessment” (IGDA), *Br. J. Psychiatry*, suppl. 45, 2003.
- Miclea, M., „Psihologie cognitivă”, Ed. Polirom, Iași, 1994.
- Millon, F., Simonsen, E. *et al.*, „Psychopathy: Antisocial, Criminal and Violent Behaviour”, Ed. The Guilford Press, New York, 1998.
- Millon, T., „Toward a new personology. An evolutionary model”, New York, Wiley, 2004.
- Millon, T., Davis, R.D., „Ten Subtypes of Psychopathy”. In: Millon T. *et al.* (eds.), „Psychopathy: Antisocial, Criminal and Violent Behaviour”, Oxford University Press, Oxford, 1989, p. 161–171.
- Millon, Th., „Personality Disorders in Modern Life”, Ed. John Wiley & Sons Inc., Hoboken, New Jersey, 2004.
- Minkowski, E., „Vers une cosmologie. Fragments philosophiques”, Aubier, Paris, 1936.
- Minkowski, E., „Traité de psychopathologie”, P.V.F., Paris, 1966.
- Minkowski, E., „Schizophrenia”, Ed. Trei, București, 1999.
- Minkowski, E., „Le temps vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques”, Ed. Delachoux et Niestlé, Neuchâtel, 1993.
- Mircea, T., „Patologie Familială”, Ed. Marineasa, Timișoara, 1998.
- Mircea, T., „Psihologia și psihopatologia dezvoltării copilului mic”, Ed. Augusta, Timișoara, 1999.
- Möller, H.J., Engel, R.R., Hoff, P., „Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen”, Springer Verlag, 1996, p. 356.
- Möller, H-J., Laux, G., „Fortschritte in Der Diagnostik Und Therapie Schizophrener Minussymptomatik”, Springer Verlag, 1996, p. 298.
- Monacow, C., Morgue, V., „Introduction biologique à l'étude de la neurobiologie et de la psychopathologie”, Ed. Alcan, Paris, 1928.
- Morgan, K., David, A., Murray, R., Eberhard, J., „Cognition and Schizophrenia, improving real life function”, Lundbeck, 2006, p. 109.
- Mullins-Sweatt, St.M., Widiger, Th.A., „The Five Factors Model of Personality Disorder: A Translation across Science and Practice”, In: Krueger.
- Mundt, Ch., Sass, H., „Für und Wider die Einheitspsychose”, Georg Thieme Stuttgart, New York, 1992.
- Mundt, Ch., „Das Apathiesyndrom der Schizophrenen”, Springer Verlag, 1985, p. 157.
- Mundy, P., Sigman, M., „Joint Attention, Social Competence and Developmental Psychopathology”. In: Cicchetti, D., D. Cohen, „Developmental Psychopathology”, vol. I, 2006, p. 293–331.
- Munro, A., „Delusional Disorder. Paranoia and Related Illnesses”, Cambridge University Press, 2006, p. 261.
- Munson, R., „Why medicine cannot be a science”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 6 (2), 1981, 183–208.
- Murphy, D., „Darwinian Models of Psychopathology”. In: Jennifer Radden (ed.), „The Philosophy of Psychiatry. A Comparison”, Oxford University Press, New York, 2004, p. 329–337.

- Nesse, R.M., „Is depression an adaptation?“, *Arch. Gen. Psychiatry*, 2000, 57: 14–20.
- Nesse, R.M. & Williams, G.C., „Why we gets sick. The New Science of Darwinian Medicine“, Thimes Books, New York, 1994.
- Nichols, P., Schwartz, R.C., „Family Therapy“, Allyn and Bacon, Boston, Londra, 1988.
- Nireșteanu, A. (ed.), „Tulburările de personalitate. Interpretări doctrinare și condiții de comorbiditate“, University Press, Tg. Mureș, 2008.
- Nordenfelt, L., „Rationality and compulsion. Applying action theory to psychiatry“, Oxford University Press, 2007, p. 206.
- O'Connor, L.E. *et al.*, „Guilt, fear, submission and empathy in depression“, *J. Affect. Disord.*, 2002, 71: 19–27.
- O'Connor, K., Aardema, F., „Fusion or confusion in obsessive-compulsive disorder“, *Psychological Reports*, 2003, 93: 227–232.
- O'Connor, K., Aardema, F., „Beyond Reasonable Doubt“, John Wiley and Sons, Ltd., 2005.
- Oldham, J.M., „Comorbidity of Axis I and Axis II disorders“, *Am. Journal of Psychiatry*, 1995, 152: 571–578.
- Oldham, J.M., Skodel, A.E., Bender, D.S. (eds.), „Textbook of Personality Disorders“, American Publishing, Washington DC.
- Oyebode, F., „Sims' Symptoms in the mind. An Introduction to Descriptive Psychopathologie“, Elsevier, 2008.
- Pankseep, J., „Affective Neuroscience. The Foundation of Human and Animal Emotions“, Oxford University Press, 1998.
- Pankseep, J., „The neural nature of the core Self: Implication for understanding Schizophrenia“. In: Kircher, T., David, A. (eds.), „The Self in Neuroscience and Psychiatry“, Cambridge University Press, 2003.
- Parnas, J., „Self and Schizophrenia: a phenomenological perspective“. In Kircher T., David A. (eds.), „The Self in Neuroscience and Psychiatry“, Cambridge, 2003, p. 217–214.
- Parnas, J., „The Self and Intentionality in the Pre-Psychotic Stages of Schizophrenia“. In: Zahavi, D. (ed.), „Exploring the self: philosophical and psychopathological perspectives on self-experience“, Amsterdam, John Benjamins, 2000, p. 115–147.
- Parnas, J., Sass, G., Stanghellini, „The Vulnerable Self“, Oxford University Press.
- Perris, C., Brockington, J.F., „Cycloid Psychoses and their relation to the major psychoses“. In: Perris, C., Struwe, G., Jansson, B., (ed.), „Biological Psychiatry“, Amsterdam: Elsevier, 1981, p. 447–450.
- Perris, C., „Towards an Integrating theory of Depression. Focusing on the concept of vulnerability“, *Integrad Psychiatry*, 1987, 5: 27–39.
- Perris, C., Jacobson, L., Lindström, H., Von Knorring, L., Perris, H., „Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour“, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1980, 61: 265–274.
- Petrilowitsch, N., „Beiträge zu einer Strukturpsychopathologie“, Kasper, Basel, New York, 1958.
- Petrilowitsch, N., „Abnorme Persönlichkeiten“, Ed. Karger, Basel, 1960.
- Petrilowitsch, N., „Zur Charakterologie der zwangneurotiker“, Ed. Monhold, Halle, 1966, p. 607–619
- Phelan, M. *et al.*, „The Camberwell assessments of need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness“, *The British Journal of Psychiatry*, 1995, 157: 589–591.
- Phillips, J., „Schizophrenia and narrative self“. In: Kircher, T., David, A. (eds.), „The Self in Neuroscience and Psychiatry“, Cambridge University Press, 2003, p. 319–335.
- Piaget, J., „Psihologia inteligenței“, Ed. Științifică, București, 1965.
- Piaget, J., Inhelder, B., „Psihologia copilului“, Ed. Științifică, București, 1970.
- Pincus, H.A. *et al.*, „Subthreshold Mental Disorders: Nosological and Research Recommendation“. In: Phillips, K.A., First, M.B., Pincus, H.A. (eds.), „Advancing DSM Dilemmas in Psychiatric Diagnosis“, American Psychiatric Association, Washington DC, 2003, p. 129–144.
- Pinker, S., „How the Mind works“, W.W. Norton, New York, 1977.
- Popper, K., „Epistemologia fără subiect cunoscător“. În: „Epistemologia orientării contemporane“, Ed. Politică, București, 1974.
- Popper, K., Eccles, J.C., „The Self and its Brain“, Ed. Springer, Heidelberg, 1977.
- Postel, J., Quétel, Cl., „Nouvelle histoire de la Psychiatrie“, Ed. Privat, Toulouse, 1983.
- Povinelli, D.J., O'Neill, D.K., „Do chimpanzees use their gestures to instruct each other?“. In: Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., Cohen, D.J. (eds.), „Understanding other minds“, Oxford University Press, 2005, p. 459–487.
- Prelipceanu, D., Mihăilescu, R., Teodeorescu, R., „Tratat de sănătate mintală“, Ed. Enciclopedică, București, 2000.
- Prelipceanu, D., Voicu, V., „Abuzul și dependența de substanțe psihoactive“, Ed. InfoMedica, București, 2004.
- Premack, D., Waadruft, G., „Does the chimpanzee have a „theory of mind?““. In: „Behaviours and Brain Science“, 1978, 4: 515–521.
- PSE – 9, Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms (Wing, Cooper, J.E., Sartorius, N.), Ed. Cambridge University Press, London, 1970.
- Raballo, A., Lundgren, E. *et al.*, „Self-centrality, psychosis and schizotaxia: a conceptual review“, *Acta Biomed*, 2006, 77: 33–39.
- Radden, J. (ed.), „The Philosophy of Psychiatry. A companion“, Oxford University Press, 2004.
- Rahe, R.M., Lundberg, E. *et al.*, „The social readjustment rating scale, a comparative study of swedes and americans“. In: „Journal of Psychosomatic Research“, Pergamon Press, Ireland, 1971, 15: 241–249.
- Ricoeur, P., „La școala fenomenologiei“, Ed. Humanitas, București, 2007.
- Ricoeur, P., „Despre interpretare, eseu asupra lui Freud“, Ed. Trei, București, 1988.
- Ricoeur, P., „Soi-même comme un autre“, Seuil, Paris, 1990.
- Ridley, R.M., „The psychology of perseverative and stereotyped behaviour“. In: „Prograd Neurobiol.“, 1994, 44: 221–231.
- Robins, R.W., Norem, J.K., Cheek, J.M., „Naturalizing the Self“. In: Pervin, L.A., John, O.P. (eds.), „Handbook of Personality. Theory and Research“, The Guilford Press, New York, London, 1999, p. 443–478.
- Rossano, M.J., „Evolutionary Psychology. The Science of Human Behaviour and Evolution“, Wiley, 2003.
- Rutter, M., „Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders“, *British Journal of Psychiatry*, 1985, 147: 598–611.
- Rutter, M., „Protective factors in children's responses to stress and disadvantage“. In: Kent, M.W., Rolf, J.E. (eds.), „Primary prevention in psychopathology“, vol. 8, „Social competence in children“, Hanover, NH, University Press of New England, 1979, p. 49–74.
- Rutter, M. (ed.), „Developmental Psychiatry“, American Psychiatric Press, Inc., Washington, 1982.
- Ryan, M.R., Deci, E.L. *et al.*, „The significance of autonomy and autonomy support in psychological development and psychopathology“. In: Cicchetti, D., Cohen, D., „Developmental Psychopathology“, second edition, vol. I, John Wiley & Sons, 2006, p. 795–849.
- Ryle, G., „The Concept of Mind“, Hutchinson, London, 1949.
- Sadler, J.Z., Fulford, B., „Normative warrant in diagnostic criteria: the case of DSM-IV-TR personality disorders“, *Journal of Personality Disorders*, 20 (2), 2006, p. 170–180.

- Sadler, J.Z., „Value and psychiatric diagnosis”, Oxford University Press, 2005.
- Sagatovic, M., Ramirez, L.F., „Rating Scale in Mental Health”, LEXI-COMP INC, Hudson (Cleveland).
- Salloum, I.M., Mezzich, J.E. (eds.), „Psychiatric Diagnosis. Challenges and prospects”, Ed. Wiley-Blackwell, WPA, 2009.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., „Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire”, *J. Personol & Psychiatry*, 1983, 4: 127–134.
- Sass, L.A., „Self-disturbance in schizophrenia: hiperreflexivity and diminished self-affection”. In: Kircher, T., David, A. (eds.), „The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge University Press, 2003, p. 242–271.
- Sass, L.A., Parnas, J., „Explaining schizophrenia: The relevance of phenomenology”. In: Chung, M., Fulford, W., Graham, G. (eds.), „Reconceiving Schizophrenia”, Oxford University Press, 2006, p. 63–96.
- SCAN (1992), Schedules for Clinial Assessment in Neuropsychiatry, WHO, Geneva
- Scharfetter, Ch., „General Psychopathology”, Cambridge University Press, 1980.
- Schneider, K., „Klinische Psychopathologie”, 15 Aufl., Georg Thieme, Stuttgart-New York, 2007.
- Scheller, M., „Nature et forme de la sympathie”, Ed. Payot, Paris, 1950.
- Schneider, K., „Psychopatic personalities”, Cassel, London, 1958.
- Scharfetter, Ch., „The Self-experience of schizophrenics”. In: Kircher, T., David, A. (eds.), „The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge University Press, 2003, p. 272–293.
- Schwartz, M.J., Wiggins, O.P., „Prototypes, ideal types and personality disorders: The return to classical psychiatry”, *Journal of Personality Disorders*, 1989, 3: 1–9.
- SCID-I, „Clinical Version”, First, M.B., Spitzer, R.L. *et al.*, Columbia University, New York, 1995.
- Searle, J.R., „The Mystery of Consciousness”, Granta Books, London, 1998.
- Searle, J.R., „Intentionality”, p. 379–386.
- Secară, O., „Creierul social”, Ed. Artpress, Timișoara, 2007.
- Sharma, T., Harvey, P. (eds.), „The Early Course of Schizophrenia”, Oxford University Press, 2006, p. 267.
- Slovan, L., Gilbert, P. (eds.), „Subordination and defect: an evolutionary approach to mood disorders and their therapy”, Manvah N. J., Lawrence Erlbaum Association, 2004.
- Snyder, C.R., Fou, C.E., „Coping with Negative Life Events”, Plenum Press, New York, Londra, 1988.
- Soumi, S.J., Harlow, H.F., „Social rehabilitation of isolate-reared monkeys”, *Developmental Psychology*, 1972, 6: 487.
- Spencer, M., Harpalani, V. *et al.*, „Understanding vulnerability and resilience from a normative developmental perspective: implications for racially and ethnically diverse youth”. In: Cicchetti, D., Cohen, D., „Developmental Psychopathology”, second edition, vol. I, John Wiley & Sons, 2006, p. 627–672.
- Spitzer, M., „Was ist Wahn? Untersuchungen zum Wohnproblem”, Springer Verlag, Berlin, 1989, p. 133.
- Stan, V., „Atașamentul. De la teorie la practică”, Ed. Salvați Copiii, UNICEF, Timișoara, 1999.
- Stanghellini, G., „The meanings of psychopathology: Current opinion in Psychiatry”, 2009, 22: 554–564.
- Stanghellini, G., „Disembodied spirits and deanimated bodies. The psychopathology of common sense”, Oxford University Press, 2004, p. 225.
- Stephens, G.L., Grahah G., „The delusional stance”. In: McChung, K.W.M., Fulford, G., Grahah (eds.), „Reconceiving Schizophrenia”, 2007, p. 193–216.
- Stevens, A., Price, J., „Evolutionary Psychiatry. A New Beginning”, London Poutledge, 1996.
- Stoica I., „Prodomul în primul episod psihotic”, Info Medica, București, 2008.
- Stoica, I., „Intervenția în criză în servicii comunitare”, Ed. Orizonturi Universitare, Timișoara, 2009.
- Stone, M.N., „Violence”. In: Oldham, J.H., Andrew M.C. *et al.* (eds.), „Textbook of Personality Disorders”, American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, London, 2005, p. 477–492.
- Stone, V.E., „The role of the frontal lobes and the amygdala in Theory of Mind”. In: Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., Cohen, D.J. (eds.), „Understanding other minds”, Oxford University Press, 2005, p. 253–273.
- Strack, S. (ed.) „Handbook of personology and psychopathology”, John Willey & Sons Inc., 2005.
- Straus, E., „Vom Sinn der Sinne”, Springer, Berlin, 1956.
- Süllwold, L., Huber, G., „Schizophrene Basisstörungen”, Heidelberg, Springer, 1986.
- Szasz, T.S., „The Myth of Mental Illness”, Routledge, London, 1972.
- Tatossian, A., „Phenomenologie des psychoses”, Ed. Masson, Paris, 1979.
- Taylor, M.A., Vaidya, N.A., „Descriptive Psychopathology”, Ed. Cambridge, New York, 2009.
- The ICD-10, „Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for research”, WHO, Geneva, 1993.
- Tellenbach, H., „Geschmack und Atmosphäre. Medien menschlichen Elementarkontaktes”, Ed. Otto Müller, Salzburg, 1968.
- Tellenbach, H., „Melancholie”, 4 Aufl., Ed. Springer, Berlin, 1983.
- Sartorius, N., „The WPA Global Program Against Stigma and Discrimination because of Schizophrenia”, WHO, Geneva, 1997.
- Thompson, E., „Mind in life, in biology, phenomenology and science of mind”, Cambridge, Harward University Press, 2007.
- Thornicroft, G. *et al.*, „Reliable outcome resources for mental health service research in five European Countries: the EPSILON study”, 2000.
- Tomassello, M., „Joint attention as social cognition”. In: Moore, C., Dunham, P. (eds.), „Joint attention: its origins and role in development”, Hilsdale, N.J., Erlbaum, 1995.
- Trevasthen, C., Aiken, K., „Infant intersubjectivity: Research, theory and clinical applications”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2001, 42: 3–48.
- Tsuang, M.T. *et al.*, „Insight from Neuroscience for the Concept of Schizotaxia and the Diagnosis of Schizophrenia”. In: Phillips, K.A., First, M.B., Pincus, H.A., Advancing DSM, American Psychiatric Association, 2003, p. 105–128.
- Tsuang, M.T. *et al.*, „Insight Fron Neuroscience for the concept of Schizotaxia and the Diagnosis of Schizophrenia”. In: Phillips, K.A., First, M.B., Pincus, H.A. (eds.), „Advancing DSM Dilemmas in Psychiatric Diagnosis”, American Pschiatric Association, Washington DC, 2003, p. 105–128.
- Tudose, F., „O abordare modernă a psihologiei medicale”, Ed. Infomedica, București, 2000.

- Tudose, F., Tudose, C. *et al.*, „Sindroame răătăcitoare”, Ed. Infomedica, București, 2005.
- Tudose, F., Tudose, C., „Abordarea pacientului în psihiatrie”, Ed. Infomedica, București, 2002.
- Tyrer, P., „Personality Disorders: Diagnosis, Management and Course”, Butterworthand C. Weight, 2000.
- Tyrer, P., „The case of cothymia: mixed anxiety and depression as a single diagnosis”, *British Journal of Psychiatry*, 2002, 179: 191–193.
- Tyrer, P., Alexander, J., „Classification of Personality Disorder”, *British J. of Psychiatry*, 1979, 135: 163–167.
- Tyrer, P., „Medical settings”, In: Oldham, J.M., Skodel, A.E., Bender, D.S. (eds.), *Textbook of Personality Disorders American Psychiatric Publishing*, Washington DC, 2005, p. 607–619.
- Tyrer, P., Seivewright, H., Johnson, T., „The core elements of neurosis: mixed anxiety depression (cotymia) and personality disorder”, *Journal of Personality Disorder*, 2003, 17(2): 124–138.
- Tyrer, P., Steinberg, D., „Models for Mental Disorder”, Ed. John Wiley & Sons, New York, 1993.
- Ustun, B., Kennedy, C., „What is „functional impairment”, Disentangling disability from clinical significance”, *World Psychiatry*, vol. 8, nr. 2, 2009, p. 82–85.
- Üstun, T.B., „Mental Disorders in Primary Care”, A World Health Organization training package, Geneva, WHO, 1998.
- Varela, F.J., Thompson, E., Rosch, E., „The embodied mind: cognitive science and human experience”, Cambridge MIT Press, 1991.
- Vaughn, C.E., Leff, J.P., „The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparisson of schizophrenic and depressed neurotic outpatients”, *British Journal of Psychiatry*, 1973, 129: 125–137.
- Veil, N.O., „Dimension of Social Support – a conceptual framework for research”. In: „Social Psychiatry”, 1985, 20: 165–167.
- Vieta, E., „Guide to Assessment Scales in Bipolar Disorder”, C.M.G. London, 2006, p. 80.
- Vogele, K., „Schizophrenia as disturbance of the self-construct”, In: Kircher, T., David, A. (eds.), „The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge, 2003, p. 361–379.
- Vrasti, R., „Măsurarea psihozei”, *Psihiatru.ro*, partea I, nr. 17, 2: 50–64, partea a II-a, nr. 18, 2009, 3: 60–65.
- Vraști, R., „Măsurarea Sănătății Mentale”, www.vrastiradu.org, 2009.
- Vraști, R., „Alcoolismul. Detecție, diagnostic și evaluare”, Ed. Timpolis, Timișoara, 2002.
- Wakefield, J.C., „Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder”, *Journal of Abnormal Psychology*, 1999, 108(3): 374–394.
- Wakefield, J.C., „Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder”, *Journal of Abnormal Psychology*, 1999, p. 374–399.
- Wakefield, J.C., „The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values”, *American Psychologist*, 1992, 47: 373–388.
- Wakefield, J.C., „The concept of mental disorder; diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis”, *World Psychiatry*, 6, 2007, 3: 149–156.
- Walden, J., Grunze, H., „Bipolar Affective Disorder”, Thieme, 2000, p. 79.
- Walter, H., Spitzer, M., „The cognitive neuroscience of agency in schizophrenia”. In: Kircher, T., David, A. (eds.), „The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge University Press, 2003, p. 436–444.
- Weziroglu, F. *et al.*, „The Overvalued Ideas Scale. Development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder”. In: „Behavior Research and Therapy”, 1999, 37: 881–902.
- WHO, „Multiaxial Presentation of the ICD-10 for use in Adult Psychiatry”, 1997.
- Widiger, T.A., „Personality Disorders in the 21st Century”, *J. of Personality Disorders*, 2003, 16(1): 3–6.
- Widiger, T.A., „Categorial versus dimensional classification: implication from and for research”, *J. of Personality Disorders*, 1992, 6(4): 257–300.
- Widiger, T.A., Mullins, S.N., „Categorial and Dimensional Models of Personality Disorder” 2005.
- Williams, G., Nesse, R., „The down of Darwinian medicine”, *Quarterly Review of Biology*, 1991, 66: 1–22.
- Wilson, D.R., „Evolutionary epidemiology. Darwinian theory in the service of medicine and psychiatry”, *Acta Biotheoretica*, 1993, 40: 205–258.
- Wilson, D.R., Cory, G.A., „The Evolutionary Epidemiology of Mania and Depressia”, The Edwin Mellan Press, 2007.
- Wing, J.K., Brown, G.W., „Institutionalism and schizophrenia. A comparative study of three mental hospitals (1960–1968)”, Cambridge University Press, 1970.
- Winnicott, D.W., „Transitional objects and transitional phenomena”, *International Journal of Psychoanalysis*, 1953, 34: 1–9.
- Winnicott, D.W., „Collected papers: Through pediatrics to psychoanalysis”, Tavistock, London, 1958.
- Wirsch, J., „La personne du schizophrène”, PVF, Paris, 1949.
- Wittchen, H.V., „Critical Issue in the Evolution of Comorbidity of Psychiatric Disorders”, *British Journal of Psychiatry*, 1996, 168(30): 9–18.
- Wittgenstein, L., „Cercetări filosofice”, Ed. Humanitas, București, 2004.
- Wolpert, L., „Malignant Sadness. The Anatomy of Depression”, Fober & Fober, London, 2001.
- Wölver, W., Gaebel, W., „Negativsymptomatik, depressive Symptomatik und Akinesie. Abgrenzungsmöglichkeiten mit standardisierten Untersuchungsverfahren”. In: Möller, H.J., Engel, R.R., Hoff, P. (eds.), „Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und aktuelle Entwicklungen”, Springer Wien, New York, 1996, p. 175–186.
- World Health Organization, Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN, Geneva, 1992.
- Yung, A., Philips, L., McGorry, P.D., „Treating Schizophrenia in Prodromal Phase”, Taylor & Francis, 2004.
- Zahavi, D., „Phenomenology of Self”. In: Kircher, T., David, A. (eds.), „The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge University Press, 2003, p. 56–75.
- Zohar, J., Hollander, E. *et al.*, „The Cape Town Consensus Statement”, *CNS Spectrum*, 2007, 2(3): 12.
- Zubin, J., Spring, B., „Vulnerability – a new view of schizophrenia”, *Journal Abnorm. Psychosis*, 1977, 88: 103–126.
- Zuckerman, M., „Vulnerability to Psychopathology”, American Psychiatric Association, Washington, 1999.
- Zutt, J., „Auf dem Weg einer antropologyschen Psychiatrie”, Ed. Springer, Berlin, 1963.
- Zutt, J., Kullenkamp, C. (ed.), „Das paranoide syndrom in antropologischer Sicht”, Springer, Berlin, 1958.

INDEX DE TERMENI

A

Ataşament 147, 195
Anxietate 43, 153, 228, 252
Atac de panică 45, 252
ADHA 42, 152, 182, 225
Abulic 50
Apatic (amotivațional) 57, 73
Anankast t.p. obsesiv-compulsivă
Autism (infantil Kanner) 79, 152

B

Biografie 192
Borderline (t.p.) 96
Bipolar (t.p.) 108, 119, 122, 204

C

Catatonic 63
Caz (psihopatologic) 19–21, 193, 267, 270, 273
Creer social 181, 209
Calitatea vieții 139
Cogniție socială 219
Conversia somatică 59
Cognitivism 188–199
Coerență centrală 71, 212, 261

D

Demență 75
Depresie 53, 56, 121, 186, 205
Delir 64, 194, 206, 258
Delirium 75, 108
Depersonalizare 61
Derealizare 69, 260
Disrmofofobie 59
Dependență (adicție) 52, 183
Dispoziție afectivă 56, 254
Dezorganizare (psihică) 71
Developmental (psihopatologic) 145–158

E

Evoluționism 177–188, 222
Executiv (funcții executive)
Evenimente de viață (stresante) 159

F

Fobia 45
Fenomenologie 199–209

H

Halucinație 68, 260
Hipocondrie 34, 58
Histrionic (t.p.) 96
Homosexualitate 35

I

Impulsivitate 51
Iluzie 69, 260

M

Manie (hipomanie) 55, 97, 188
Modularitate (psihică)
Modul semiologic 84
Modul psihocerebral 191
Modul psihic 177, 196
(adaptativ antropologic) 198, 225, 229, 235
Metareprezențational 193
Mentalizare (ToM) 148
Monopolar (t.p.) 205

N

Narativitate 192

O

Obsesie, obsesiv-compulsiv OC 48, 95, 117, 118, 122, 153, 184, 194, 230, 263
(sd.t.m.,spectru maladiiv)

P

Psihoză 120, 207
Psihopatie 102
Paranoid 66, 94, 253
Prodrom (psihotic) 26, 88, 170

R

Reziliența 173
Rețea de suport social 138, 170

S

Somatoform 58
Sine(self) 38, 145, 155, 192, 212, 245
Schizofrenic 17, 73, 107, 119, 184, 202
Schizoid (t.p.) 94
Schizo-afectiv 119
Spectru maladiiv 116, 229

T

Transparența – influență (sd) 70
Tulburare de personalitate 91, 130, 187
Teren (personalistic) 24, 91
Transcultural (psihopatologic) 34

V

Vulnerabilitate (psihopatologică) 166