

Mircea Lăzărescu,
Ramona Bărănescu

POLIROM

PSIHOPATOLOGIE DESCRIPTIVĂ



**Semne și sindroame
în tulburările mentale**



PSIHOLOGIE CLINICĂ ȘI PSIHOTERAPIE

Mircea Lăzărescu Ramona Bărnănescu

PSIHOPATOLOGIE DESCRIPTIVA
Semne și sindroame în tulburările mentale

2011

CONTINUT

Cuvânt înainte

1. Psihopatologi descriptivă. Introducere.....

2. Semiologia centrată pe simptom.....

 Generalități.....

Vigilanta conștientă; somn cu vise; orientare

Psihologia funcțiilor cognitive și a identității

 sinelui.....

Funcția conativ-afectiv-motivațională.....

Funcții realizatoare: decizia, acțiunea,

 comunicarea (voința).....

3. Semiologia centrată pe sindrom

 Generalități.....

Descrierea principalelor sindroame standard....

Sindroamele psihopatologice în practica

 clinică.....

4. Aspecte ale semiologiei psihopatologice în evaluarea
 personalității.....

5. Utilizarea psihopatologiei descriptive în diagnostic

 și evaluare.....

Anexa I Psihologia descriptivă în relația sa cu psihologia,
 medicina psihiatrică și antropologia.....

Anexa II Aspecte istorice ale psihopatologiei descriptive

Anexa III Sindroame psihopatologice cu nume propriu

Cuvânt înainte

Psihopatologia descriptivă (Ps.D.) prezentată în această carte are în primul rând un obiectiv didactic. Unul din autori (M.L.) a predat această disciplină studenților și rezidenților timp de multe decenii. Celălalt autor (R.B.) în ultimii ani a sistematizat în repetate rânduri semiologia psihopatologică pentru rezidenții în psihiatrie și s-a informat detaliat în acest domeniu din literatura. Prezentarea psihopatologiei descriptive a fost făcută timp de mulți ani și psihologilor în formare sau în cadrul masteratelor și doctoratelor în psihologie. Este evidentă necesitatea unei cărți didactice pe marginea acestui subiect.

Un aspect particular îl reprezintă faptul că deși toate Tratatele de psihiatrie și multe cărți de Psihologie clinică sau medicală cuprind capitole de psihopatologie descriptivă, în plan internațional cărțile dedicate acestui subiect sunt rarissime. De mai multe decenii literatura anglo-saxonă se menține la manualul deja clasic a lui Sims iar cea franceza sau germană n-a propus nici unul semnificativ. Acest fapt e neobișnuit, mai ales pentru că în ultimele decenii s-au elaborat extrem de multe scale de evaluare cantitativă în psihopatologie; precum și interviuri structurate și semistructurate.

Psihopatologia descriptivă e necesară nu doar în procesul didactic. Ea este esențială pentru evaluarea psihopatologică, făcută de medicul psihiatru sau de diverse specialități, de psihologul clinic sau având orientări apropiate. Ea e utilă oricui se angrenează într-un proces de terapie psihică, de reabilitare, prevenție, management, tuturor celor care au interese în sănătatea mentală. Desigur, psihopatologia descriptivă este doar o parte a psihopatologiei clinice și nu se substituie psihiatriei, ca știință și practică medicală. Ea nu discută direct despre tulburări sau boli psihice. Ceea ce însă nu o face mai puțin necesară multor domenii de activitate, inclusiv cercetării în sănătatea mentală.

Detalii privitoare la psihopatologia descriptivă și găsesc în monografii dedicate diverselor arii ale psihopatologiei. De asemenea, scalele de evaluare psihopatologică cantitativă detaliază multe aspecte. Actuala carte se menține la nivelul de informare și o prezentare generală conturat în cărțile clasice. Totuși, menționăm unele particularități ale modului de abordare.

Psihologia și psihopatologia, făcând parte din științele umane sunt antrenate în dezvoltarea acestora, în cadrul orientărilor doctrinare ce se impun în actualitate. Ori, psihopatologia descriptivă ce o avem la dispoziție manuale tradiționale și încă de autoritate, este în continuare tributară modelului de gândire din sec. XIX care împarte psihismul uman în trei mari facultăți – cunoaștere, afectivitate, voință. Precum și felului în care s-a impus la începutul sec. XX noua știință a psihopatologiei prin analiza statică a conștiinței, în cadrul operei lui Jaspers. Chiar dacă în mare simptomele și sindroamele rămân aceleași, ele se cer înregistrate și regândite cu ochiul celui care își dă seama că în prezent, cognitivismul se articulează fertil nu doar cu neuroștiințele ci și cu neofenomenologia și neopsihanaliza, cu psihologia și psihopatologia developmentală și cu cea evoluționistă. Specialistul și antropologul zilelor noastre trebuie să aibă la dispoziție o psihopatologie descriptivă privită cu astfel de ochi.

Autorii,
Timișoara, 2011

1. Psihopatologia descriptivă

Introducere

Psihopatologia descriptivă (Ps.D) e preocupată de circumscrierea și descrierea unor stări psihice anormale care pot indica manifestări de boală, sau trăiri particulare și de nedorit, a unor oameni care au probleme dificile și nevoie de sprijin. Aceste stări constau din manifestări, semne, complexe sindromatice particulare, ale trăirilor și comportamentului oamenilor. Ps.D. sprijină evaluarea și diagnosticul psihopatologic făcut de specialiști pentru depistarea și tratarea tulburărilor psihice, efectuarea unor expertize, evaluarea psihică pentru obținerea unor competențe, instituirea unei terapii psihologice, cercetarea în domeniu, etc. De aceea Ps.D interesează un grup larg de specialiști: medici psihiatrii în formare sau în diverse faze de specializare și perfecționare, studenți în medicină și medici de diverse specialități, studenți în psihologie, psihologi clinicieni și psihoterapeuți, cercetători în domeniul psihopatologiei și tratamentului, în recuperarea tulburărilor și defectelor psihice, experți diverși, intelectuali, antropologi și, în general, întreaga populație curioasă să afle mai multe despre suferințele psihice.

Ps.D este structurată tradițional după modelul medical al simptomelor și sindroamelor, care se cer identificate în vederea diagnosticării unor boli sau tulburări psihice. Ea este o parte importantă a psihopatologiei clinice – și/sau a psihologiei clinice – cu care însă nu se identifică. Ps.D nu analizează entități nosologice propriu-zise, definirea acestora și condiționarea lor prin diverse cauze sau noxe. De asemenea, Ps.D nu se corelează direct cu doctrinele psihologice și psihopatologice. Ea presupune aceste domenii și le sprijină. Chiar diagnosticul unei stări psihopatologice e doar prefigurat de Ps.D.

În această introducere vom încerca să punctăm câteva aspecte generale ale specificului psihismului uman și a circumstanțelor prin care acesta apare și se exprimă psihopatologic.

Diagnosticul e un proces uman cognitiv universal ce se aplică în majoritatea practicilor, pentru identificarea, circumscrierea și determinarea unor stări de lucruri. Se poate vorbi de un diagnostic al defecțiunii unui aparat de diagnosticarea unui tablou dacă aparține sau nu unui pictor sau dacă e valoros, sau nu. O lungă tradiție leagă procesul de diagnostic cu caracterizarea oamenilor, care de obicei pleacă de la caracteristici valorice. Un om este caracterizat ca bun, rău, viclean, generos, deștept, prost, intrigant. Diagnosticul caracterial s-a referit însă întotdeauna și la trăsături expresive și comportamentale constante. Oamenii pot fi diagnosticați ca impulsivi, flegmatici, sociabili, ordonați. Caracterizările populare, dincolo de aspectul lor intuitiv, s-au bazat de obicei și pe doctrine sau sisteme ordonatoare și explicative, așa cum e de exemplu caracteriologia zodiacală.

Pe lângă caracteriologie, diagnosticul psihologic spontan al vieții de zi cu zi, identifică și stări psihice variate. Despre un om se poate spune la un moment dat că este: vesel, furios, speriat, absorbit în gânduri, agitat, visător sau panicat.

Diagnosticul popular tradițional al stărilor sufletești și al caracterului oamenilor, ce stă la baza interrelațiilor dintre oameni în cadrul vieții sociale, este referențialul de bază al Ps.D. Această trimitere subliniază câteva aspecte.

În primul rând, stările psihopatologice pe care le descrie Ps.D în vederea diagnosticării de către specialiști, au în principiu un echivalent în normalitate. Pentru multe trăiri normale și anormale acest fapt e evident. Ajunge să ne gândim la tristețe/depresie, anxietate/spaimă, euforie/manie, indecizia și nesiguranța ce necesită verificări/ trăiri obsesiv compulsive, stări de impulsivitate/explozivitate, convingeri nestrămutate și fanatice/delir, oboseala/astenie, etc. Totuși, se cere acceptat că există „ceva” care diferențiază o

stare psihică normală de una anormal patologică. Tradițional s-a invocat comprehensibilitatea și intensitatea. O tristețe poate fi normală dacă se instalează comprehensibil, după pierderea cuiva apropiat și are o intensitate rezonabilă. Ea apare ca anormal patologică dacă se instalează fără nici un motiv evident sau comprehensibil și/sau are o intensitate deosebită, care ar putea pune în pericol viața subiectului, prin nealimentare, neîngrijire, suicid. Pe lângă aceste aspecte se mai invocă și altele. În stările psihopatologice, echivalentul unei trăiri normale – de exemplu a tristeții, euforiei, anxietății - se manifestă des-implicat din bogăția, varietatea și mobilitatea prin care subiectul trăiește de obicei evenimentele, raportarea sa la situații problematice. Manifestarea psihopatologică se exprimă simplificat și rigid, decontextualizat, acaparând preocupările subiectului, ce devine insensibil la solicitări și la varietatea existenței. În plus, el nu-și mai poate modifica voluntar starea. E vorba, deci, de o stare de minus psihologic, pe fondul căreia respectiva manifestare psihică – de nehotărâre, depresie, dependență – se impune rigid și decontextualizat.

Comparația făcută mai sus cu diagnosticarea spontană și naturală a altor oameni mai scoate în evidență și diferența între evaluarea unei stări de moment și caracterizarea de fond a firii, a caracterului, atât în perspectivă valorică cât și a stilului comportamental. În psihopatologie această distincție se păstrează, prin diferența dintre „episodul psihopatologic” și „tulburarea de personalitate”. Ultima se referă la fundalul personalistic, cu accent pe integrarea socială a persoanei.

Ps.D ca bază pentru diagnosticul psihopatologic, se desfășoară în principiu după modelul diagnosticului din practica medicală. Practica medicală tratează boli pe care le identifică pe baza unui sistem nosologico nosografic, care enumeră toate tulburările cunoscute într-un domeniu și le caracterizează explicit. În mod similar, psihiatria, ca ramură a medicinei și ca punct de plecare în dezvoltarea Ps.D, încearcă să caracterizeze bolile, tulburările din domeniul

psihismului uman. Pentru diagnosticarea acestora Ps.D este esențială. În medicină, tradiția semiologiei – a științei semnelor care indică prezența unei boli – diferențiază între simptome și sindroame. Prin tradiția dezvoltării ei în cadrul clinicii psihiatrice, Ps.D a preluat această distincție. Dar cu câteva particularități, care țin de diferența evidentă dintre abordarea semiologică a manifestării corpului și cea a psihismului.*

* Relația dintre psihopatologia descriptivă și medicină e comentată și în Anexa I.

În medicină un simptom se referă la perturbarea unei funcții izolate și are un caracter nespecific, întâlnindu-se în multiple sindroame și boli. Un sindrom este considerat a consta dintr-un ansamblu de simptome ce se întâlnesc frecvent împreună și indică mai specific un domeniu de patologie. De exemplu, în medicină febra crescută sau slăbirea în greutate sunt simptome. În psihopatologie, dificultatea concentrării atenției sau a deciziei pot fi considerate simptome. Starea depresivă și cea obsesiv compulsivă pot fi considerate sindroame.

Diferența dintre simptom și sindrom nu e foarte tranșantă. Totuși marile sindroame psihopatologice – sindroamele standard - sunt descrise ca având mai multe simptome, organizate concentric în jurul unui nucleu specific.

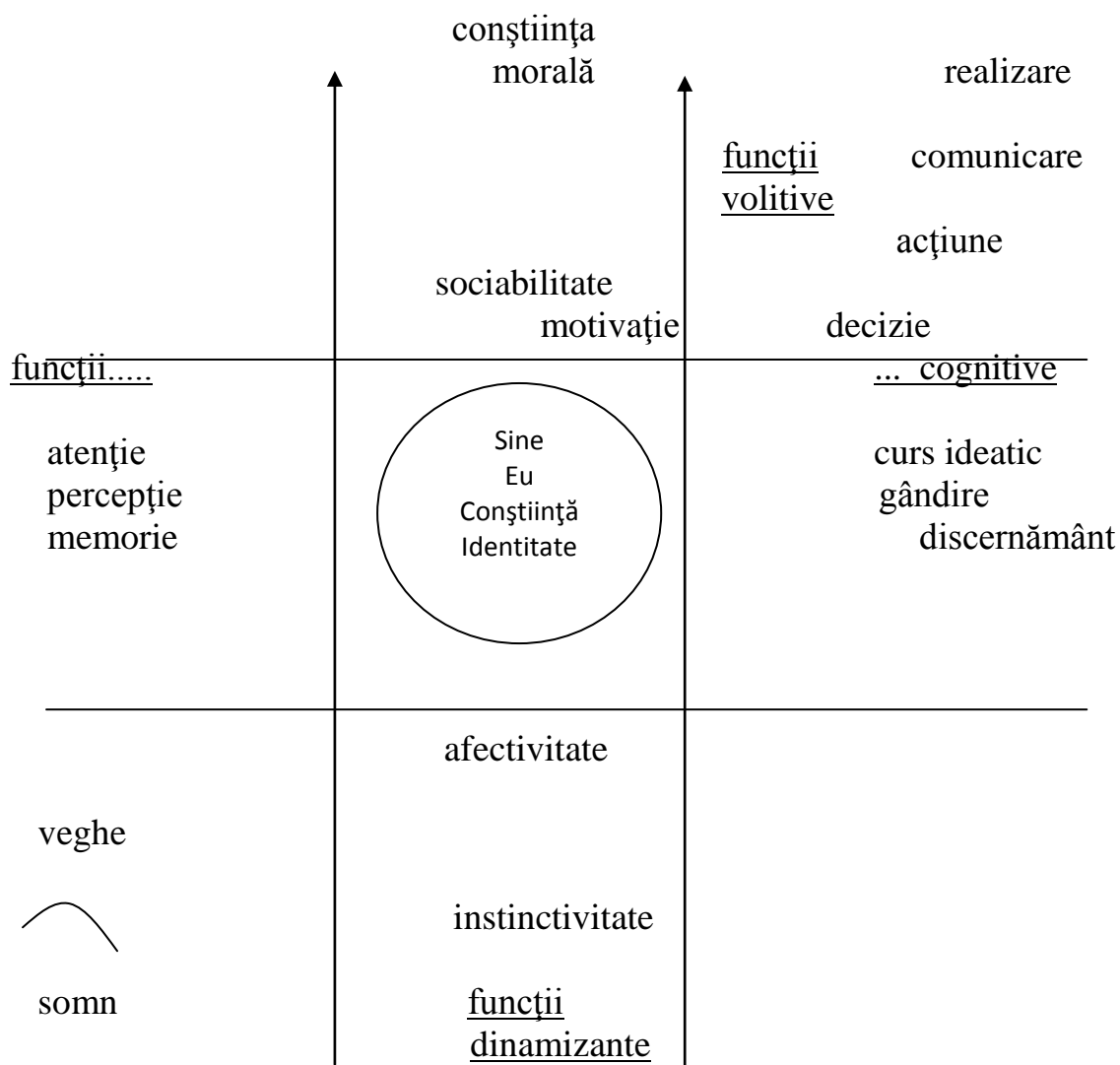
Decuparea și prezentarea simptomelor în medicina generală și psihopatologie se face de obicei într-o manieră sistematică și didactică, pentru a servi învățământului și integrării simptomelor în diverse sindroame. Faptul introduce o notă de arbitrar, necesară sistematizării. Sunt utilizate de obicei unele linii directoare, acceptate de comunitatea științifică.

Astfel sistematizarea simptomelor psihopatologice e expusă de peste un secol, ținându-se cont de cele trei „facultăți psihice” care au ghidat gândirea psihopatologică încă din secolul XIX: cogniția, afectivitatea și voliția (decizie, execuție)*. Se ține cont desigur de faptul că funcțiile psihice cuprinse în aceste structuri funcționale sunt sintetizate în psihism de o instanță centrală, care tradițional a fost considerat a fi eul conștient. Această viziune poate fi rezumată într-o schemă.

* A se vedea Anexa II.

Figura 1

Schemă a structurilor funcționale ale psihismului, ordonate după tradiția celor trei facultăți clasice: cogniția, afectivitatea, voința



În perspectivă psihologică și psihopatologică, funcțiile psihice abordate astfel analitic în vederea sistematizării didactice, trebuie regândite în perspectiva vieții psihice reale a omului. Acest lucru e destul de simplu realizabil dacă ne imaginăm evenimentele concrete ale vieții în care subiectul rezolvă o situație problematică. De exemplu, un psihiatru sau un psiholog se află în situația de a evalua psihodiagnostic un pacient în vederea recomandării unei terapii*.

Este evident că el operează cu toate funcțiile sale cognitive: e atent, percepe cu grijă aspectul, manifestările și cele relatate de pacient, își amintește cunoștințele, își imaginează eventualități diagnostice, judecă și ajunge la o concluzie diagnostică. Dar în același timp el este motivat. În situația menționată nivelul instinctiv intervine mai puțin. Dar afectivitatea se cere a fi una deschisă și receptantă, curiozitatea vie, dorința de relaționare socială, activă. În întreg acest proces apar ipoteze, mersul investigației are un obiectiv și se desfășoară în conformitate cu o strategie, se parcurg etape, se verifică informații, se iau decizii, se ajunge la o concluzie. Receptarea expresivității pacientului și comunicarea verbală cu el joacă un rol important. Dacă una sau mai multe funcții psihice dintre cele menționate în Fig.1 sunt perturbate, procesul de rezolvare a situației problematice, adică formularea diagnosticului și recomandarea terapiei, poate suferi.

Întreg procesul psihic situațional menționat mai sus e realizat de o persoană, de examinator. Acesta este un agent activ care-și folosește intenționalitatea corpului, capacitățile sale senzoriale și motorii, pentru rezolvarea sarcinii pe care și-a fixat-o. În plus, el e un agent ce se află în stare vigیلă, e orientat în ambianță, în raport cu sine și cu alții. Și de asemenea, el înțelege situația, înțelege mintea celuilalt, poate comunica și colabora cu pacientul în rezolvarea situației. Sarcina

* Această referință a implicării structurilor și funcțiilor psihice în viața curentă, în care se rezolvă situații problematice și se realizează proiecte, este orientativă pentru întreaga carte și este reluată la..

care o rezolvă este ținută și delimitată. Dar ambianța și situația care învăluie activitatea sa e mai amplă. Concomitent cu diagnosticarea, subiectul percepe, deși mai vag, și restul ambianței, spre care poate oricând poate să se reorienteze. Rezolvarea unei sarcini se petrece în prezent, în timpul actual, diferențiat de trecutul pe care subiectul și-l poate aminti și de viitorul pe care și-l poate imagina. În consecință, e vorba de un subiect conștient, care se află în stare vigیلă și își utilizează propria minte și propriul corp – corpul în care psihismul său e înrădăcinat și împreună cu care face un tot indisociabil – pentru rezolvarea unei situații problematice. Subiect, care centrează actualitatea, prezentul raportării sale la o situație dată. Acest centru sintetizator care apare în Fig.1 și în situația mai sus prezentată, poate fi deci înțeles ca un eu concret, ca un sine („self”)*, ca un subiect conștient, capabil de intenții, care se afirmă printr-o acțiune determinată într-un timp actual, prin care el e prezent la realitatea dată.

O abordare ca cea de mai sus ne scoate puțin din schematismul la care suntem obligați atunci când sintetizăm simptomele. În prezentarea pe care o vom face Ps.D centrate pe simptom vom ține cont concomitent de viziunea schematic didactică a împărțirii funcțiilor psihice pe facultăți; cât și de cea dinamică care ne pune în fața omului real, care rezolvă situații problematice. Această ultimă înțelegere, activă, ne permite să urmărim în continuare și alte dimensiuni psihice ale subiectului conștient.

Situațiile problematice pe care omul le trăiește și le rezolvă, sunt variate ca tip și durată. În perspectiva trăirilor prezente, unele sunt declanșate reactiv, așa cum e spaima sau furia. Sunt situații în care el operează în plan abstract, cum ar fi rezolvarea unei probleme de matematică sau un joc de șah. Și alte situații esențialmente practice, ca de exemplu în relaționările interumane, o negociere sau rezolvarea unui conflict. Se pot apoi avea în vedere situații care durează mai mult, cum ar fi pregătirea unui proiect pentru examen, confecționarea unui

instrument, realizarea unei cure psihoterapeutice, procesul de decizie în alegerea unei profesii. În cadrul programelor de acțiune pe termen mai lung, două sau mai multe proiecte se pot desfășura concomitent, deși sunt de tip diferit, iar termenul lor este altul. Agentul este însă același subiect, aceeași persoană conștientă, a cărei existență intențională se desfășoară pe mai multe planuri. Există și preocupări, proiecte și desfășurări existențiale de amploare mai mare, cum ar fi: curțarea unei persoane, logodna și căsătoria; planificarea unui copil, gestația și nașterea sa; obținerea unei competențe profesionale; realizarea unei opere, etc. În toate cazurile în care subiectul e implicat în preocupări, probleme, proiecte și realizări care depășesc actualitatea în sens restrâns, trebuie avută în vedere o altă instanță a eului, a sinelui, decât cea care girează situațiile prezente, înțelese, în sens restrâns, cele care se rezolvă într-o ambianță imediată, într-un prezent actual. Acum subiectul intervine cu o viziune amplă asupra viitorului, bazându-se pe identitatea sa biografică, susținută de memoria de lungă durată. Iar lumea e abordată nu doar așa cum apare în percepția nemijlocită a unei situații concrete. Ci, în modalitatea reprezentărilor. De fapt, printr-o instanță „metareprezentativă”, în care pot opera cu ușurință posibilitățile și imaginările. E vorba de instanța sinelui identitar, biografic, metareprezentativ.*

Atât sinele care centrează raportarea actuală la ambianță și la alții cât și sinele identitar, biografic și metareprezentativ, se „înrdăcinează” în propria corporalitate. Dar propriul corp nu e doar un instrument de acțiune și comunicare în situația actuală. El e și suportul identității persoanei, pentru sine, pentru alții și pentru societate în ansamblu. Si la fel, propriul corp, prin delimitarea pe care o realizează schema corporală, împarte spațiul lumii într-o zonă exterioară și una interioară, în care se plasează subiectivitatea intimă. Relațiile subiectului cu alte persoane încep prin perceperea expresivității corporale a acestora. Dar ele continuă prin înțelegerea universului psihologic interior a celorlalți, prin intuirea intențiilor și opiniilor prezente în „mintea

* Privitor la problematica sinelui – a „self”-ului – care e centrală pentru psihologia și psihopatologia actuală, a se în continuare

celuilalt”, fapt care începe la copilul de trei ani prin fenomenul mentalizării (Theory of mind - ToM). Relațiile intersubiective se dezvoltă și se complexifică ontogenetic. Iar raportările situaționale și transintenționale la alții, presupun apropieri și îndepărtări sufletești de intimitatea minții celuilalt.

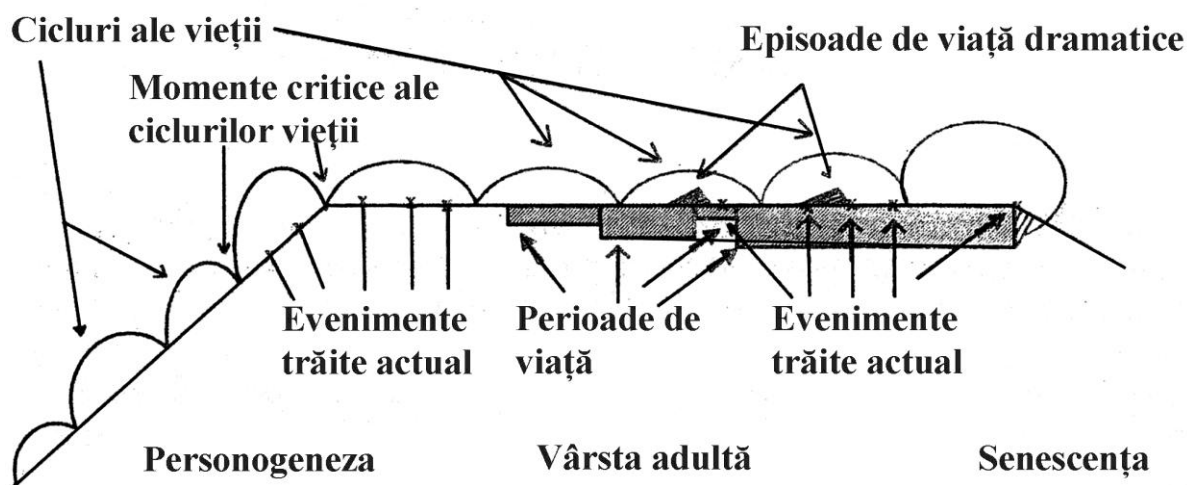
Fiecare om este inclus într-o rețea de relații interpersonal sociale, în raport cu alți oameni, de care e mai mult sau mai puțin legat, de care se simte mai apropiat sau mai îndepărtat sufletește. Iar în plan socio-cultural, oficial și politic, oamenii se manifestă cu o identitate socială asigurată de nume, corp, statut și rol social, particularități comportamentale și temperamental caracteriale definite. Tot la acest nivel de reprezentare al persoanei socio-culturale, subiectul se comportă ghidat de norme și valori, manifestă atitudini și comportamente morale și își exprimă creativitatea.

Intre naștere și moarte, subiectul parcurge o perioadă maturantă și formativă, cea a personogenezei. Apoi, își desfășoară viața de adult, de vârstă tânără și medie, apropiindu-se treptat de vârsta a treia, de bătrânețe. Intreg cursul vieții e marcat de cicluri de viață cu diverse semnificații, condiționări și durate. Pot fi identificate cicluri biologice, altele corelate întemeierii familiei și întrețeserii cu viața copiilor, cicluri instructiv profesionale, legate de habitat, vecini și angajare politică etc. Sunt și cicluri personale, corelate unor angajări afective, unor proiecte de acțiune realizatoare sau corelate diverselor întâmplări neprevăzute din timp. De-a lungul ciclurilor vieții, subiectul se afirmă activ, prin proiecte de diverse durate, pe care le realizează. Iar situațional, el se află tot timpul marcat de ciclurile angajării sale în rezolvarea unor situații problematice. Aspectul activ al angajării, are și el dinamica sa, încheindu-se prin împliniri, relaxare, odihnă, sărbătoare, contemplație. Ciclurile vieții, de diverse tipuri, au și perioadele lor critice.

De toate aceste aspecte trebuie să ținem seama atunci când analizăm un om, d.p.d.v. psihopatologic și încercăm să identificăm simptomele și sindroamele pe care el eventual le prezintă.

Figura 2

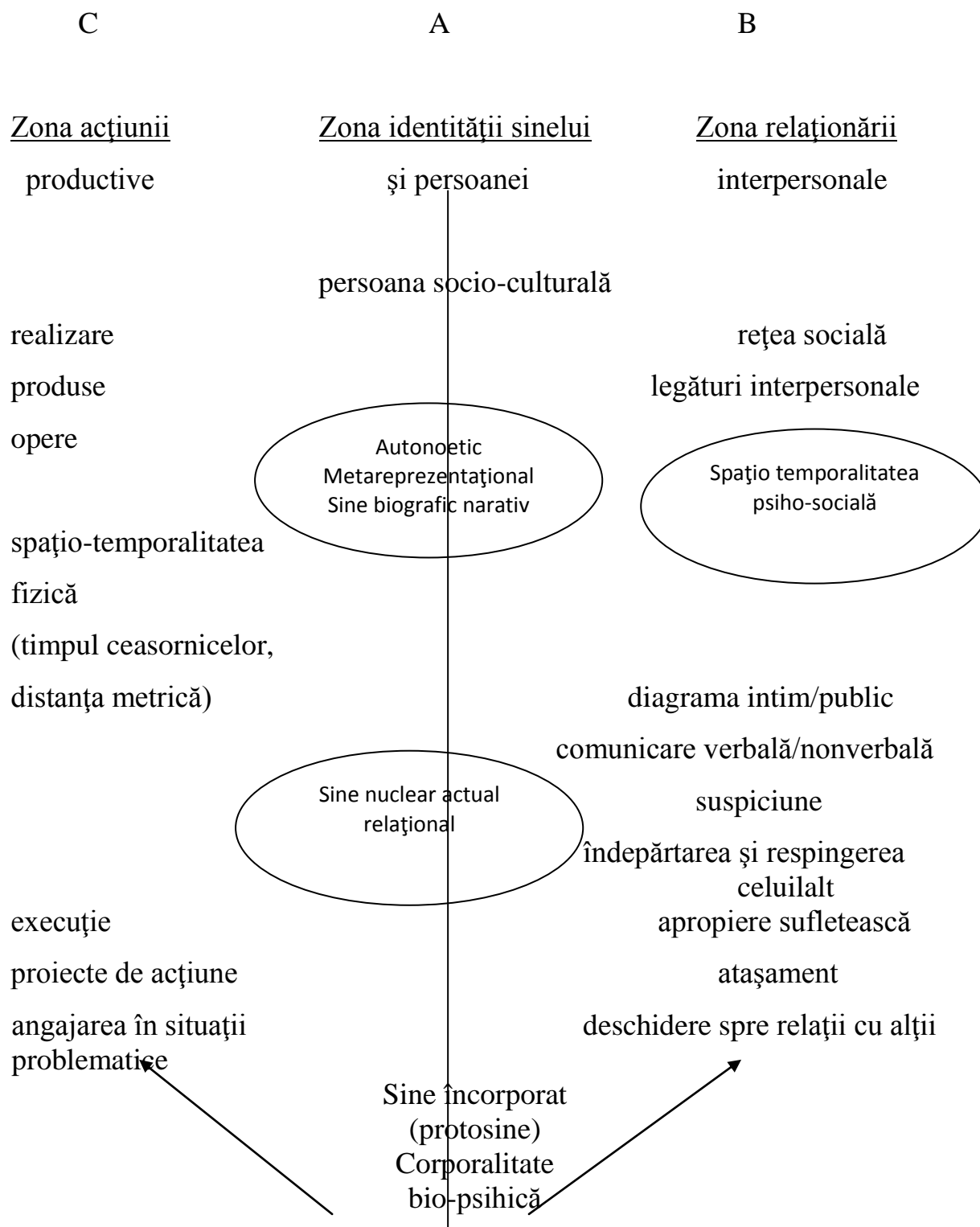
Dimensiuni ale existenței diacrone ale persoanei



Tabloul schițat mai sus al structurării și desfășurării în timp a existenței persoanei umane, așa cum se manifestă ea în viața reală, este un referențial pentru aspectele pe care le comentează psihopatologia. În rezumat: e important să se aibe în vedere axul central al sinelui conștient, ce se manifestă nuclear în situații actuale, în care el rezolvă probleme, interrelaționându-se cu alții. Dar structura ierarhică a sinelui se extinde în planul transintuațional al sinelui identitar-biografic-metareprezentational. Pe de altă parte el se înrădăcinează în propria corporalitate (ca și „trup” ca și „corp trăit”). Și se extinde la nivelul de reprezentare al persoanei socio-culturale, dimensionat normativ-valoric.

Figura 3

Zona centrală a sinelui (A) și cele două direcții principale ale orientării sale
(B, C)



În raport cu acest ax al sinelui-persoană, subiectul are două direcții majore de manifestare. Una se îndreaptă spre rezolvarea pragmatică de probleme, spre acțiunea și munca realizatoare de produse, de opere. În această direcție se manifestă mai ales libertatea deciziei, realizarea unui proiect, execuția, controlul și evaluarea realizării. Cealaltă direcție se orientează spre relaționarea interpersonal socială, fapt ce conduce la apropiere sau îndepărtare sufletească de alții, la cunoașterea minții celuilalt, la interpătrundere psihologică, colaborare sau rejecție, ură, ostilitate. Cele două direcții se întrepătrund în permanență în cadrul inserției și manifestării persoanei în „lumea umană suprapersonală”, dimensionată prin logos, norme, valori și vizarea transcendenței.

Trăirile normale ale oamenilor, care se pot transforma în stări psihopatologice, implică structurile menționate mai sus. Majoritatea lor se inseră în nivelul metareprezentational. Astfel pot fi menționate trăiri ca fobia, dificultatea de a duce la capăt o acțiune, de a lua o decizie, de a finaliza; impulsivitatea repetată și dependența constantă de substanțe sau acțiuni; preocuparea excesivă pentru sănătate și față de aspectul propriului corp; problematizarea identității proprii; suspiciunea și sentimentul atitudinii ostile a altora în raport cu sine, etc. Transformarea unor astfel de trăiri în stări psihopatologice, conduce la ceea ce se numeste „sindrom psihopatologic”: depresiv, abulic, paranoid, etc. Aceste sindroame psihopatologice se cer însă înțelese pe fundalul existenței de ansamblu a persoanei. Și în plus, ele pot fi descrise ca un ansamblu coerent de simptome, așa cum sunt acestea prezentate în demersul analitico didactic al manualelor tradiționale.

Principala utilitate a Ps.D este cea de a sprijini diagnosticul și evaluarea psihopatologică. Tradițional, aceasta se realizează prin intermediul medicinei psihiatrice. Lumea umană, așa cum s-a configurat în sec XX, face ca oamenii să prezinte o serie de „probleme de viață” și stări de „suferință și dezadaptare”, care nu ating pragul unui diagnostic psihiatric. Existența psihoterapeuților de

toate orientările și a celor abilitați în consiliere psihologică, este perfect argumentată. De fapt așa cum s-a menționat de la început, „diagnosticarea” trăirilor și caracterelor- firilor- umane, este un aspect curent al existenței oamenilor, a „psihologiei populare”. Totuși referința la tradiția psihopatologică și la nivelul de abordare medico-psihiatric, care a stat la baza genezei Ps.D, e necesară într-un manual. Această referință are două instanțe complementare: episodul psihopatologic și tulburarea psihică. Caracteristicile acestora sunt prezente în figura 4 și figura 5.

Figura 4

Caracteristicile unui episod psihopatologic

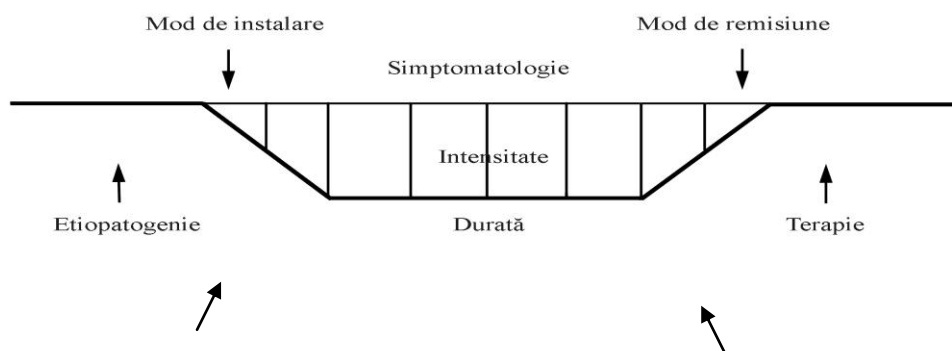
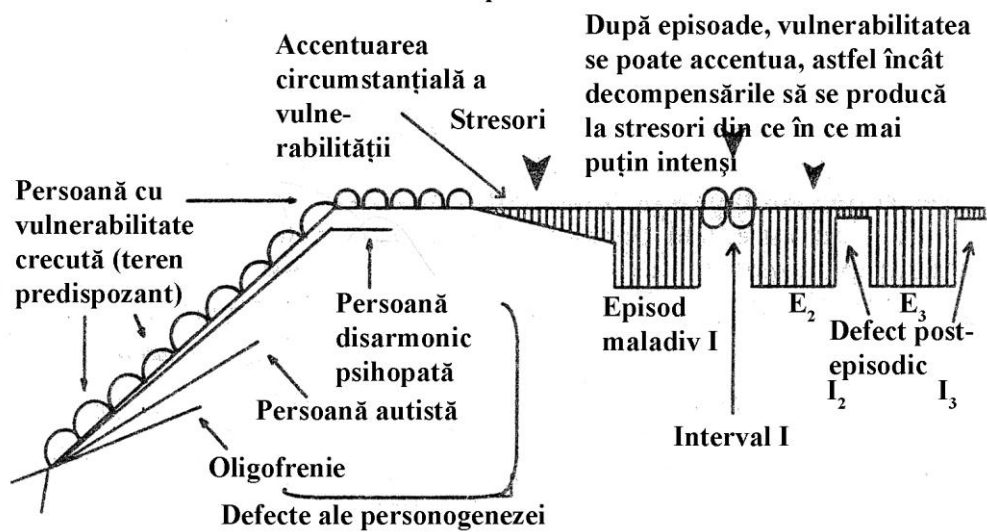


Figura 5

Elemente de caracterizare ale unei tulburări psihice

Defecte ale personogenezei: episoade și intervale, defectul postepisodic, boala psihică



În prezent, psihopatologia clinică e tot mai mult preocupată de o evaluare globală a persoanei. Relația dintre episod și terenul personalistic, manifestarea unor episoade succesive de intensitate subclinică, corelația dintre trăsăturile normale de personalitate, cele psihologice și simptomatologia sindroamelor și episoadelor, sunt obiectul unei atenții deosebite.

Clinica psihopatologică actuală se orientează spre ideea de „spectru maladiv”. Aceasta înseamnă o atenție acordată nu doar paramentrilor și valențelor normale a unei persoane ce are episoade psihopatologice și/sau probleme psihice similare, de-a lungul întregii sale biografii. Ci, ține cont și de tulburările și particularitățile psihice ale rudelor apropiate. Viziunea largă a spectrelor psihopatologice necesită însă o serioasă atenție acordată detaliilor fiecărui episod.

În această lucrare se va prezenta în capitole separate semiologia centrată pe simptome și cea care se centrează pe sindroame. Cu toate repetițiile inevitabile pe care le determină acest demers, considerăm că el e necesar și util. Realitatea psihopatologiei umane, cea întâlnită în clinica psihiatrică sau corelată problemelor vieții, se refera direct la sindroame complexe ca depresia, anxietatea, obsesionalitatea, adicția, delirul halucinator, dezorganizarea. Dar sindroamele pot fi conturate și descrise didactic într-o Ps.D doar într-o variantă sintetică, ca și constructe ideale. Aceste descrieri didactice sunt regăsite doar parțial în cazurile concrete, de obicei în combinații sau constelații sindromatice. De aceea e necesar ca pentru fiecare caz să se facă un inventar simptomatic cât mai detaliat și adecvat. Tot simptomele sunt cele ce stau la baza scalelor de evaluare cantitativă din psihopatologie, extrem de importante în monitorizarea terapiei și cercetării. Precum și la conturarea unor cadre nosologice, în cadrul modului de abordare politetic de diagnostic, ce recurge la liste de itemi.

Prezentarea pe care o facem simptomelor urmează în mare structura cărților de Ps.D clasice care, de la Jaspers la Sims au pus accentul și pe

conștiință și eu. Dar am încercat să subliniem în permanență necesitatea unei înțelegeri a psihismului uman centrată pe ideea că subiectul e angajat constant în rezolvarea de situații problematice. Prezentarea sindroamelor e orientată până la un punct de nosologia clinică, așa cum e sistematizată ea în Tratatele și în sistemul DSM-III-IV. Dar dorim să punem accent și pe ideea derivării sindroamelor din structuri funcționale antropologice adaptative și creative, în spiritul pe care l-a introdus psihologia și psihopatologia evoluționistă.

În aria Ps.D e dificil de comentat problematica psihopatologică de ansamblu a personalității. Totuși, pentru domeniul tulburărilor de personalitate, aspectul tipologic poate fi subliniat prin trecerea în prim plan, dezadaptativă, a unor anumite trăsături de personalitate mai ales din aria relaționării interpersonale. Și în acest caz, anormalitatea psihopatologică rezultă din desimplicarea și manifestarea rigidă, simplificată și decontextualizată a unor trăsături firești adaptative și utile existenței oamenilor.

În concluzie, psihopatologia derivă din normalitate, ca o manifestare anormală, în minus, a unor structuri funcționale ce în mod firesc sunt adaptative și creatoare. Dar care, prin „experimentul natural” al tulburării psihice, se desimplică, devin simple, rigide, decontextualizate, disfuncționale.

2. Semiologia centrată pe simptome

Generalități. Ps.D centrată pe simptome are în vedere descrierea tulburării funcțiilor psihice așa cum se configurează ele din tradiționala împărțire în facultăți (structuri): cognitive, conativ/afective și voliționale. Rezultă diverse simptome care privesc atenția, memoria, percepția, emotivitatea, dispoziția afectivă, sociabilitatea, decizia, comportamentul, comunicarea, etc. O astfel de abordare e relativ artificială dar necesară și utilă pentru a întocmi liste de simptome. De ex. o stare – sau un sindrom – depresiv, cuprinde simptome din toate aceste arii. Dar în unele cazuri întâlnim o depresie inhibată psihomotor, alteori una agitată. Și la fel pot diferi de la caz la caz tulburările de somn, cele alimentare, nivelul de perturbare al funcțiilor cognitive, dispoziția anxioasă, etc. În cadrul sindroamelor se diferențiază astfel subtipuri de episoade depresive. În plus e important să se știe care simptome au apărut primele și care dispar ultimele; sau, ce intensitate au diverse simptome. Pe această cale se poate stabili continuitatea cu trăirile normale și cu alte sindroame. De aceea în psihopatologie se operează mult cu liste simptomatice și scale de evaluare psihopatologică cantitative, care stabilesc pentru fiecare simptom mai multe intensități. Pentru toate acestea, cunoașterea semiologiei centrată pe simptome este importantă.

Simptomele așa cum sunt ele definite în cadrul funcțiilor psihice, considerate separat, au în majoritatea cazurilor o specificitate redusă. Dificultatea de concentrare a atenției se întâlnește aproape în toată psihopatologia. Unele simptome au o trimitere semiologică mai precisă, mai restrânsă. De ex. indecizia e destul de caracteristică obsesionalității, apărând și în unele forme de depresie și dezorganizare schizofrenă. Semiologia psihopatologică operează cel mai frecvent cu „grupaje simptomatice” care și ele se pot întâlni în variate contexte clinice. Astfel, starea de stupor, constând dintr-o nemișcare cu

areactivitate la stimuli, poate fi o parte a unui sindrom cataton schizofren mai complex sau a unei forme de depresie inhibată pronunțată. Iar d.p.d.v. clinic, caz în care se ia în considerare și etiopatogenia, stuporul poate fi întâlnit în stări reactive psihogene, în unele tumori cerebrale, în stări infecțioase, etc.

Abordând în primă instanță Ps.D ca centrată pe simptome, se cere de la început avut în vedere și celălalt capăt al său, care e centrarea pe sindroame psihopatologice (sd. pt.). Astfel de sindroame ar fi: sd. maniacal, sd. obsesiv-compulsiv, sd. fobic, sd. anxios, etc. Sindroamele sunt constituite din multe simptome, au o coerență specifică și o specificitate clinică mai mare. Importantă este practic și zona dintre acești doi poli principali. Menținând în minte polarizarea didactică dintre simptom și sindrom, se pot menționa „unități semiologice” constând din grupaje simptomatice simple, sau „subsindroame”. De ex. anhedonia, care e definită de obicei ca o incapacitate de a te bucura, de a simți plăcere și interes pentru lucruri care înainte te atrăgeau și te impresionau, se poate întâlni în depresia melancolică și în schizofrenie; ea poate fi considerată un simptom mai complex sau un subsindrom. Și aceasta mai ales dacă indiferența față de realitate e mai pronunțată, fapt ce uneori e interpretat neuropsihologic ca o disfuncție de tipul „hipofrontalității”. De aceea, în cadrul Ps.D centrată pe simptome pot fi comentate până la un punct și grupaje simptomatice simple; iar în cadrul Ps.D centrat pe sindroame, pot fi comentate și unele sindroame mai puțin complexe și nespecifice; sau subsindromatice.

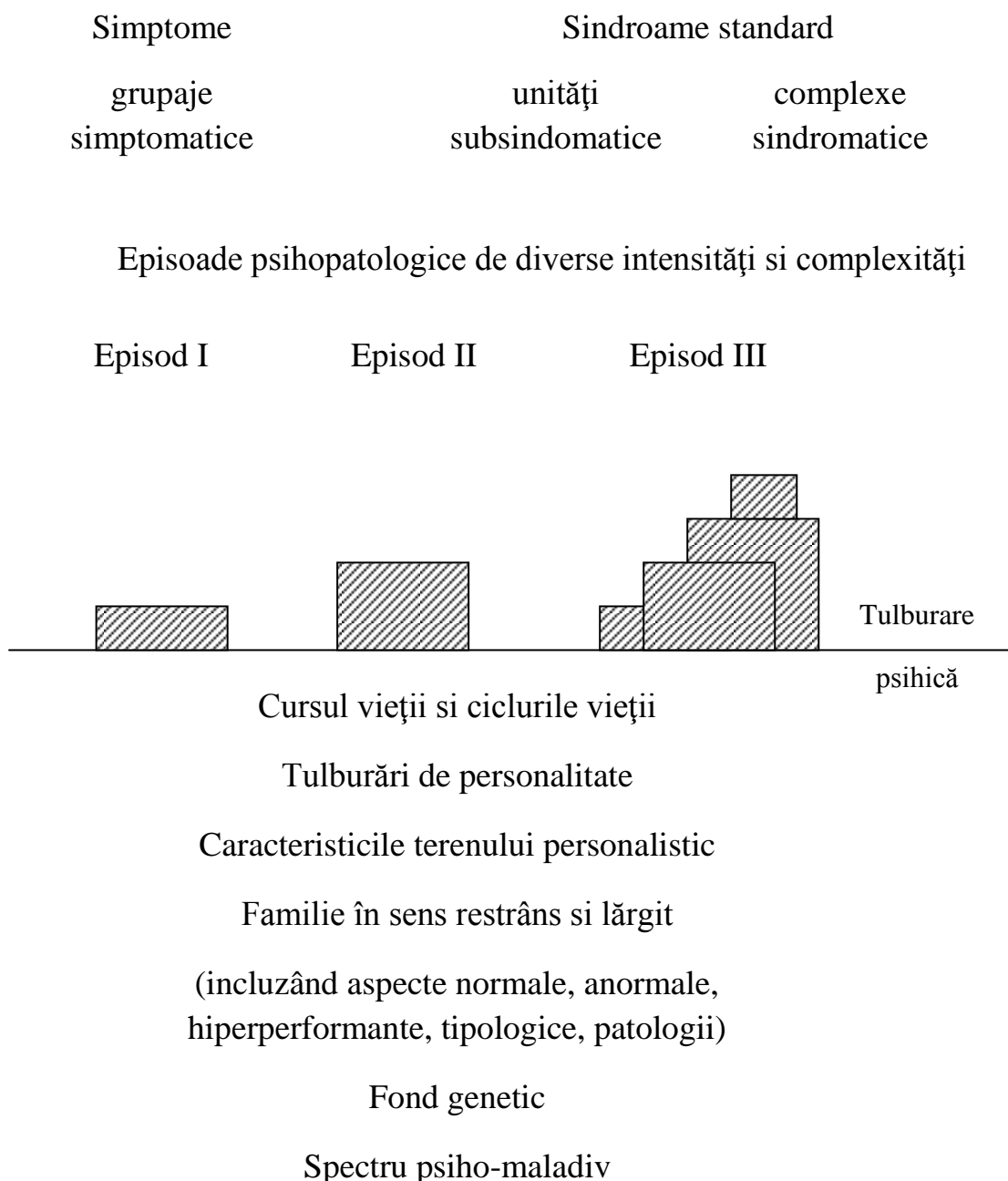
Polarizarea simptom/sindrom nu încheie câmpul Ps.D. Sindroamele sunt și ele descrise de obicei într-o variantă tipic ideală, care reprezintă un construct teoretic. Lor trebuie să se adauge o subtipologie sindromatică. Iar apoi, în cadrul unui episod psihopatologic (ep.pt.), apar de obicei intersecții între sindroame constituindu-se complexe sindomatice. De ex. o depresie se poate însoți de anxietate generalizată și delir halucinator, congruent sau incongruent. În plus, cu

ocazia unor ep.pt. succesive, pot apărea diverse tablouri clinice, bazate pe diverse combinații sindromatice.

Această complexitate, nu anulează însă o Ps.D ca posibilă și necesară. Dar e important să se țină seama în același timp de polul simptomatic, de cel sindromatic, de zona dintre extremități și de realitatea episoadelor psihopatologice.

Figura 6

Diversitatea manifestărilor semiologice ale psihopatologiei descriptive



Lista funcțiilor care ghidează prezentarea didactică a simptomelor pe care o vom face în continuare este următoarea

1. Vigilitatea

1.1. Vigilitatea conștientă;

1.2. Somnul cu vise;

1.3. Orientarea

2. Psihopatologia funcției cognitive și a identității sinelui

2.1. Atenția

2.2. Percepția lumii exterioare, a propriului corp și a celorlalți

2.3. Psihopatologia eului nuclear și a trăirii temporalității

2.4. Memoria, reprezentarea și identitatea sinelui biografic

2.5. Psihopatologia gândirii și vorbirii; cursul ideativ și tulburările formale de gândire

2.6. Convingerile personale și delirul

2.7. Discernământ și evaluare, conștiința bolii (insight)

3. Psihopatologia funcțiilor conative, afective și a motivației

3.1. Instinctivitatea umană, psihopatologia funcțiilor alimentare, sexuale, agresivitatea

3.2. Emoțiile și dispozițiile afective

3.3. Relaționarea socială, asertivitatea sinelui și aspirația normativ valorică

4. Psihopatologia funcțiilor realizatoare; decizie, acțiune, conație (voință)

4.1. Decizia și trecerea la act

4.2. Proiectul și realizarea acțiunii

4.3. Comunicarea și expresivitatea

1. Vigilitatea conștientă; somnul cu vise; orientarea

1.1. Tulburările vigilității conștiente, a “conștienței”

În mod normal viața omului oscilează între somn și veghe, la fel ca cea a altor vertebrate. În stare de veghe există diverse grade de luciditate conștientă, mai mare în cazul emoției, a concentrării voluntare, a consumului de substanțe cu acțiune vigilizantă (cafea), mai redusă în oboseală, relaxare, perioada de dinaintea adormirii. 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 adaptativ. Există de asemenea o bună reflexivitate conștientă în sens de înțelegere și raportare la sine, în autopercepție și articulare la memoria biografică, o bună orientare temporo-spațială auto și allopsihiică. Responsivitatea la stimuli este adecvată și performantă la fel ca cea de autocontrol a comportamentului. Toate aceste aspecte sunt modificate în psihopatologie în variate modalități.

Tulburările nivelului câmpului actual de vigilitate conștientă, de conștiență

Expresia de „câmp al conștiinței” (sau „conștienței”) derivă din psihologia configuraționistă (gestaltistă) și fenomenologică din a doua jumătate a sec. XX și s-a afirmat pregnant prin psihopatologia franceză girată de Ey.

Unul din înțeleșurile conștiinței se referă la starea de veghe, opusă somnului cu vise sau comei. Oscilația între somn și veghe este o moștenire biologică. La om starea de veghe este o condiție de posibilitate a manifestării celorlalte dimensiuni psiho-cognitive ale „conștiinței” (de la reflexivitate la libertate și

conștiință morală). Pentru această ipostază biopsihologică, cu importante conotații neurofiziologice și neuropatologice, se folosește uneori expresia de „conștientă”. O vom utiliza concomitent cu cea de „vigilantă conștientă” cu semnificația de „veghe conștientă”, precizând de la început că expresia de „vigilantă” e utilizată în acest sens și nu în cel, relativ tehnic, ce vizează o anumită capacitate de persistență a atenției.

- Hipervigilanta este o creștere anormală a vigilanței, a stării de alertă, a capacității de recepționare a informației și de reacție; se poate ajunge la hiperestezie dureroasă și insomnie secundară.

- Scăderea vigilanței conștiente are mai multe nivele și modalități:
 - Somnolența diurnă se referă la o scădere a vigilanței, cu tendință la somn și menținere dificilă a stării de veghe; poate fi corelată cu tulburările de somn. „Beția somnului” definește o tranziție prelungită între momentul trezirii și starea de luciditate firească.

- Obnubilarea („clouding of consciousness”) se caracterizează printr-un anumit grad de denivelare dar mai ales de dezorganizare a câmpului actual de conștientă, cu afectarea clarității și lucidității acestui câmp. Ea se manifestă printr-o redusă receptivitate a stimulilor, deficiență de concentrare a atenției, percepție diminuată, încetinirea proceselor cognitive, reacție întârziată sau redusă la solicitări, lentoare psihică, scăderea spontaneității. În unele variante pacientul rămâne culcat, imobil și inactive.

- Deliriumul constă dintr-o denivelare de diverse grade a vigilanței conștiente, însoțită de dezorientare temporo-spațială și neliniște sau agitație psihomotorie. Vorbirea este incoherentă. Pot apare false recunoașteri, stări halucinatorii predominant vizuale, la conținutul cărora subiectul participă intens afectiv și comportamental.

- Letargia este o stare de abolire a câmpului actual de conștiență, prin instalarea unui somn patologic din care pacientul poate fi trezit , pentru scurt timp prin stimuli foarte puternici.

- Soporul este o stare de denivelare a vigilității de tipul obnubilării, mai accentuată, cu somnolență și adormire intermitentă.

- Stuporul constă dintr-o stare de nemișcare în diverse poziții cu lipsă de spontaneitate, areactivitate la stimuli și negativism.

- Coma constă din suspendarea conștienței; profunzimea ei se evaluează prin intensitatea și felul stimulilor care pot determina o reacție.

Tulburările ariei câmpului actual de conștiență

- Îngustarea punctiformă neselectivă se caracterizează prin păstrarea doar a câtorva canale de legătură cu realitatea exterioară.

- Îngustarea focalizată selectivă se caracterizează printr-o intenționalitate a conștienței și o direcționare a atenției spre un unic obiectiv care o “fascinează”.

- Expansiunea câmpului actual de conștiință este reprezentativă pentru “stările modificate ale conștienței”, în care subiectul nu se mai raportează la ambianță. Trăirile pot conține: modificări ale trăirii eului, sentimentul cunoașterii absolute, a opririi scurgerii timpului, trăiri de beatitudine și extaz, extinderea limitelor perceptive. E o trăire ce se corelează cu tradiția stărilor de extaz (mistic) și în unele aspecte se manifestă după consumul unor substanțe psihoactive.

- Starea oniroidă se caracterizează prin înlocuirea integral a conținutului câmpului actual de conștiență cu un conținut halucinator substitutiv, predominant vizual, similar visului, organizat imaginativ.

Stările dissociative de conștiență constau dintr-o denivelare parțială a vigilității conștiente dublată de activități parțial coerente. Poate fi vorba de mișcări ce exprimă automatisme comportamentale obișnuite. Dar și de deplasări

în cursul cărora subiectul efectuează acte relative complexe, fără a se accidenta; întâlnește persoane, dar se raportează la ele într-un mod distrat sau neobișnuit. Poate reacționa uneori agresiv sau manifesta comportamente distructive, ca în “beția patologică”. Dacă durata e mai lungă, se realizează o tranziție spre dromomanie și stările de dedublare psihic comportamentală ale eului.

1. 2. Tulburările ritmului circadian somn-veghe

Tulburările duratei somnului

- Insomnia este o scădere a duratei totale a somnului, într-o perioadă de 24 ore, prin comparație cu necesarul de somn al individului în cauză; există mai multe tipuri de insomnia: totală (stare de veghe permanent, timp de 24 ore) sau parțială (de adormire – după culcare, adoarme după 2-3 ore; de la mijlocul nopții – adoarme imediat, se trezește după câteva ore de somn și nu mai poate readormi timp de câteva ore; de trezire – adoarme și doarme normal dar se trezește cu 3-4 ore înainte de ora sa obișnuită și nu mai poate readormi deloc; prin somn fragmentat, prescurtat – somnul este agitat cu treziri frecvente și dificultăți de readormire). Somnul poate fi adecvat ca durată dar subiectul să aibă sentimentul că e neodihnit.

- Hipersomnia este o creștere a duratei totale a somnului, într-o perioadă de 24 ore, prin comparație cu necesarul de somn al individului în cauză; poate fi: totală, parțială continuă, parțială intermitentă.

Tulburarea calității somnului – dissomnia, somnul este neodihnit, cu oboseală matinală.

Inversarea ritmului somn-veghe se caracterizează prin somn diurn și stare de veghe nocturnă.

Agravarea simptomelor corelate perioadei de somn: poate fi vorba de o agravare matinală sau vesperală, nocturnă.

Parasomniile

- Coșmarurile sunt vise care se repetă pe durata unei nopți, cu conținut înfricoșător
- Somnambulismul este o stare de trezire aparentă, cu îngustarea punctiformă a câmpului de conștiență și automatism ambulator nocturn.
- Pavorul nocturn constă într-o trezire incompletă, însoțită de strigăt și manifestări de tip anxios; a doua zi pacientul prezintă amnezia episodului .

1.3.Orientarea și tulburările ei

Subiectul vigیل se orientează în lumea înconjurătoare și în situație. Orientarea are mai multe componente care se pot exprima psihopatologic ca stări de dezorientare. Dezorientarea se corelează frecvent cu tulburări de memorie și atenție. Ea însoțește de obicei denivelarea vigilității conștiente.

- Dezorientarea în spațiu.

Subiectul nu-și dă seama unde se află, nu recunoaște obiectele și oamenii; e mirat, nu știe cum a ajuns în acel loc, nu poate preciza verbal unde se află.

Dezorientarea spațială se poate manifesta în comportamentul imediat: dacă pleacă din cameră (salon) subiectul nu reușește să se întoarcă, greșește patul în care se culcă; plecând pe stradă nu știe să se mai întoarcă de unde a plecat.

Dezorientarea spațială poate consta în dificultatea de a localiza și găsi un obiectiv spațial, deși subiectul cunoaște mental reperele și instrucțiunile pentru a ajunge la el. Sau, nu reușește să găsească ieșirea dintr-un labirint care nu e prea complicat; nu rezolvă ușor o probă a labirintului pe hârtie; nu poate desena corect din memorie o figură mai complexă (Figura lui Rey).

- Dezorientarea în raport cu alte persoane:

- Confuzia de persoane: nu recunoaște persoanele familiare, le confundă, identifică greșit un străin cu o cunoștință
- Prezintă o percepție cu totul nediferențiată a oamenilor în raport cu sexul, vârsta, aspectul, statutul social.
- Prosopagnozia: dificultatea de a identifica identitatea persoanelor cunoscute
- Prospopagnozia emotivă: nu identifică corect starea afectivă sau semnificația expresiei persoanei ce o percepe
- Iluzii de persoane. Sd. Capgras: consideră în manieră delirantă că o persoană familiară a fost substituită cu un străin sau cu un spion pentru a-l ține mereu sub observație. Iluzia Fregolii: consideră că diverse persoane pe care le întâlnește reprezintă același individ care ia diverse înfățișări pentru a fi mereu în preajma sa.

- Dezorientarea în raport cu sine

Nu își recunoaște identitatea, nu mai știe cine este; sau, nu-și amintește date importante de identificare, adresa actuală, profesia, numele exact, rudele apropiate, anul nașterii, etc.

Nu se orientează corect în raport cu succesiunea evenimentelor din biografia sa, le plasează în ordine și succesiune incorectă.

Afirmă caracteristici de identitate pe care le-a avut cu mulți ani înainte datorită pierderii retrograde a memoriei pe o perioadă de timp (luni, ani).

- Dezorientarea în raport cu timpul

Nu cunoaște data: ziua, luna, anul; sau ziua din săptămâna în care se află.

Nu cunoaște succesiunea evenimentelor care au condus la situația în care se află.

- Dezorientarea în raport cu situația, perplexitatea

Nu înțelege situația în care se află; nu își dă seama ce se întâmplă în jur, ce semnificație au datele pe care le percepe, nu știe pe ce și pe cine să se sprijine. Se poate ajunge cu tulburare de a percepție.

Perplexitatea ce o trăiește subiectul în astfel de împrejurări se însoțesc de o stare de tensiune, încordare, neliniște datorită lipsei reperelor pe care să se sprijine, de care să se agațe; întreabă pe toți ce se întâmplă de fapt, care e semnificația situației în care se află, cum să se orienteze și să acționeze. În tulburarea perceptivă de referință patologică, subiectul are sentimentul că cele pe care le percepe (corect formal) au o semnificație deosebită, care-l privește, dar pe care nu o înțelege.

Tulburarea de apercepție constă tot din neînțelegerea semnificației datelor percepute, în condiția în care fragmentele sunt percepute corect și înțelese; dar ansamblul nu poate fi configurat și înțeles ca semnificație. De ex. înțelege cuvintele dar nu sensul frazei, a textului; înțelege faptul că unele persoane sunt prezente, dar nu semnificația evenimentului la care participă.

2. Psihopatologia funcțiilor cognitive și a identității sinelui

Omul vigil și orientat se raportează activ la situațiile problematice ale vieții curente, rezolvându-le cu mai mult sau mai puțin succes. Pentru aceasta el trebuie să cunoască adecvat datele situației actuale, să facă apel la cunoștințele sale prealabile și deseori să colaboreze cu alții. În acest proces intervin funcțiile cognitive ale atenției, percepției, memoriei, reprezentării, imaginării, evaluării, raționamentului, toate conlucrând pentru a se ajunge la o soluție, la o concluzie asupra stării de lucruri actuale, în vederea rezolvării problemelor ce se ridică, a acțiunii eficiente.

În orice raportare situațională subiectul se bazează, conștient și preconștient, pe corpul său. Și se resimte ca fiind un subiect activ, distinct de lume și de alții.

Percepția propriului corp și a propriului sine este un proces continuu, în raport cu variabilitatea situațiilor pe care subiectul le trăiește; și în raport cu dinamica relaționării sale față de alți subiecți. Având un psihism conștient reflexiv, subiectul resimte constant că „el” este cauza ultimă a acțiunilor sale – funcția de „agenție” a sinelui – și că trăirile sale, intențiile, sentimentele, gândurile, proiectele și acțiunile, îi aparțin în cele din urmă „lui” – funcția de „apartenență” – a sinelui. Atât în perspectivă corporală (a sinelui corporal), cât și psihică (a sinelui nuclear actual) el se resimte identic cu sine și delimitat în raport cu lumea și alții. Raportarea activă la o situație actuală structurează timpul prezent. Dar subiectul își resimte și își afirmă identitatea cu sine și dincolo de o situație actuală dată. Adică dealungul evenimentelor succesive și a interrelaționărilor afective multiple pe care le trăiește pe parcursul biografiei, susținut fiind de funcția cognitivă a memoriei. La acest nivel „sinele metareprezentational” se manifestă mai ales prin evaluări caracterizante și prin convingeri personale. Toate aceste aspecte pot avea variante psihopatologice pe care PD le comentează.

2.1. Psihopatologia atenției (prosexiei)

Atenția se referă la orientarea psihismului spre aspecte determinate ale realității date, cu selectarea și ierarhizarea informațiilor, în vederea configurării percepțiilor și a interpretării lor. Orientarea atenției susține deasemenea acțiunea controlată ce vizează un scop și se corelează cu procesul psihic al intenției și preocupării față de o temă. Psihologii au în vedere volumul atenției, concentrarea, persistența și mobilitatea atenției, în cadrul reorientărilor necesare adaptării și investigării. Atenția este deficitară în toate sindroamele psihopatologice.

- Hipo/aprosexia globală se referă la grade variate de diminuare sau la suspendare a atenției, în ansamblul ei funcțional; atenția se reduce paralel cu scăderea nivelelor vigilității.
- Hiperatenția acordată într-o anumită perioadă anumitor categorii de stimuli poate fi anormală. Poate exista astfel o hiperprosexie în raport cu senzațiile corporale sau cu funcționarea organelor, corelată preocupării anxioase față de eventualitatea unei boli sau a morții iminente. Menținerea prelungită a atenției față de corp poate modifica pragul senzorial, amplificând cenetopatiile.
- Hiperprosexia se poate manifesta printr-o atenție crescută acordată desfășurării comportamentului în cadrul creșterii autocontrolului, în obsesionalitate. Această hiperreflexie a atenției, care reduce spontaneitatea, poate perturba buna executare a unor acte sau unele manifestări instinctive, cum ar fi actul sexual.
- O atenție crescută selectivă se manifestă la subiecții ce se preocupă anormal de unele teme, de ex. la cei suspicioși sau geloși, în legătură cu comportamentul persoanelor vizate.
- Concentrarea scăzută/dificilă; atenția este superficială, distractibilă, hipermobilă; ea nu se poate fixa și persista. Sau, pe fondul unei hipoprosexii globale, concentrarea necesită un efort voluntar.
- Orientarea și concentrarea direcționată spre stimuli nerelevanți sau spre mici detalii. Volumul atenției e redus, subiectul nu poate percepe unele ansambluri structurate. El trebuie să fie atent succesiv la toate părțile acestuia. Uneori, din cauza atenției exagerate acordată detaliilor, subiectul nu poate fi atent la ceea ce e esențial. Fenomenul se poate conjuga cu tulburarea de a percepție.
- Concentrarea crescută și focalizată a atenției se corelează cu ignorarea restului stimulilor din fundal, cu o anumită detașare de ambianță; când volumul atenției e redus, subiectul nu poate percepe ceea ce se află la periferia

obiectului asupra căruia se concentrează; Adică, informațiile contextuale, asupra cărora ar trebui uneori să se reorienteze.

- Persistența scăzută: chiar dacă se poate concentra pentru scurt timp subiectul nu poate persista deoarece orientarea țintită se epuizează, în profida eforturilor, fiind perturbată, distrasă de orice stimul minor.

- Volumul atenției poate fi redus în sensul capacității subiectului de a se orienta spre un ansamblu structurat complex. El se poate concentra cognitiv doar asupra unei părți a acestuia. Sau, în cursul executării unei funcții care necesită acordarea atenției diverselor aspecte, el face multiple omisiuni sau greșeli. Această deficiență poate depinde și de viteza cu care execută operația, omisiunile și greșelile crescând la viteze mari.

- Persistența rigidă cu hipomobilitate: Atenția este concentrată spre un obiectiv și persistă având o mobilitate redusă. Reorientarea e dificilă.

- Hipermobilitatea atenției: În mod spontan atenția se reorientează în permanență în diverse direcții, iar concentrarea și persistența se face cu efort sau nu este posibilă.

- Tulburări de filtrare și ierarhizare a informației; subiectul face cu greutate distincția între informațiile importante, esențiale și cele periferice neesențiale, trebuind să facă un efort pentru a realiza acest fapt; este invadat de informații neesențiale care-l epuizează.

Atenția poate fi înțeleasă și abordată în sens restrâns, în raport cu orientarea cognitivă pentru rezolvarea unor sarcini imediate. În acest sens ea poate fi testată printr-o serie de probe psihologice, în laborator. Există și un sens mai larg de utilizare a conceptului de atenție care se corelează îndeaproape cu intențiile și preocupările.

Procesul psihologic al atenției interferă mult cu memoria, percepția, intenția, interesul și motivația.

2.2. Psihopatologia percepției

Percepția e un proces cognitiv ce se referă la sinteza informațiilor actuale pe care subiectul le recepționează în cadrul raportării sale active la o situație dată; și pe care le structurează ca formă și semnificație.

Informațiile sintetizate de percepție sunt selectate prin orientarea și filtrul atenției. Cadrul în care se realizează percepția e situația standard a implicării subiectului în rezolvarea unei situații problematice actuale. Informațiile recepționate se referă la datele variabile ale ambianței și în mod constant la propriul corp, ca bază a identității cu sine transituționale. Din cadrul ambianței, perceperea altor oameni reprezintă un aspect special, deoarece aceștia, prin mintea și subiectivitatea lor, percep la rândul lor subiectul; fapt pe care acesta îl resimte, conștient sau preconștient.

În tradiția psihologiei experimentale, de laborator, percepția se referă în primul rând la un obiect aflat în spațiul exterior care e decupat pe un fundal și se află în raporturi spațiale, geometrice față de corpul observatorului: în față, la dreapta, în sus, departe, etc. Prin intermediul atenției, subiectul poate persista analitic în perceperea unui obiect într-o incidență dată sau îl poate explora din multiple incidente succesive. Tot prin intermediul atenției, ghidată în intenționalitate, subiectul poate decupa perceptiv diverse cadre și complexe de obiecte din ambianța accesibilă, le poate investiga activ, etc. Procesul cognitiv perceptiv e în primul rând unul de identificare, care vizează concomitent forma și semnificația. Implicarea semnificației corelează percepția nu doar de cunoștințele, ci și de preocupări, convingeri, evaluări.

Subiectul percepe realitatea dată în sentimentul evidenței și certitudinii. Acesta e susținut de experiențele anterioare, de cunoștințe, de consensul comunitar, de eficiența acțiunilor ce se bazează pe percepție. În psihopatologie acest sentiment al evidenței poate fi însă tulburat, distorsionat.

Perceperea diverselor aspecte ale situației date susține rezolvarea situațiilor problematice. Subiectul integrează informațiile actuale țintite în sinteza care

vizează semnificația întregii situații. Aceasta poate fi resimțită ca amenințătoare, ca oferind o șansă deosebită, ca o situație de sărbătoare, ca una oficială și solemnă, etc. Rezolvând situații problematice și percepend semnificația de ansamblu a situațiilor, subiectul se simte „prezent” la actualitatea evenimentelor. Subiectul trăiește „prezentul”, ca o calitate deosebită a timpului, ce se reliefează între trecutul memorabil și viitorul imaginat și proiectat.

Psihopatologia percepției comentează tradițional:

- Modificările cantitative ale esteziei senzoriale
- Iluziile formale, care constau în percepții deformate ale aspectelor sau prezentării elementelor percepute; iluziile de semnificație presupun un comentariu separat
 - Halucinațiile, care sunt trăiri de tip perceptiv fără suport informațional corespunzător
 - Modificări globale ale calității și/sau semnificației situației percepute
 - Felul în care subiectul „percepe” timpul prezent.

Tulburările perceptiv pot fi comentate până la un punct în mod separat pentru lumea exterioară și pentru propriul corp. Iar în cadrul percepțiilor exterioare, cele care se referă la alte persoane necesită un comentariu aparte. Trăirile de tip halucinator pot fi abordate ca simptome sau incluse într-un „sindrom halucinator”. Trăirile patologice ale semnificației de ansamblu a situației, așa cum e dispoziția delirantă și derealizarea, au o plasare mai rațională în cadrul sindroamelor. Perturbarea trăirii prezentului necesită menționată la acest nivel, deoarece în cadrul sindroamelor ea apare doar ca un element – deci ca un simptom – inclus în ansambluri sindromatice cum e cel depresiv, maniacal, anxios, etc.

Percepția este fenomenul psihic cognitiv fundamental prin care subiectul menține un contact cu realitatea înconjurătoare. De aceea mare parte din

tulburările psihopatologice au o „componentă” perceptivă, chiar atunci când accentul stării psihopatologice este pe un alt element al funcționării psihismului, fapt asupra căruia vom încerca să atragem atenția pe parcurs.

2.2.1. Psihopatologia percepției exterioare

Aceasta se referă în esență la informațiile parvenite prin văz și auz care culeg informații venite de la distanță. Simțul olfactiv e intermediar între acestea și sistemele senzoriale care analizează suprafața corporală. Tulburarea perceptivă esențială e halucinația.

Tulburările esteziei sau sensibilității perceptivă nu comportă distincții importante între sistemele care culeg informații de la distanță și de la nivelul corpului.

- Hiperestezia senzorială se poate referi la lumină, sunete, mirosuri, gust, atingere cutanată sau sensibilitate internă. Se întâlnește în boli neurologice mai ales cu atingere meningeală, în tulburări endocrine și alte suferințe somatice, în stări fiziologice particulare și modificări ale vigilității.
- Hipoestezia senzorială se referă la reducerea sensibilității față de stimuli, întâlnindu-se în denivelări ale conștienței, depresie, sd. cataton.
- În stările conversive psihogene poate apare o hipoestezie sau anestezie psihogenă delimitate, care nu respectă zonele neurologice de informație(e.g. „anestezie în mănușă”). Tot în stări conversive se întâlnește hipoacuzia și deficitul de vedere psihogen, care deși se poate însoți de sensibilitate redusă la stimuli e în primul rând o manifestare hiperexpresivă, demonstrativă.
- Synestezia indică trăiri senzoriale încrucișate și nefiziologice, ca de ex. audiție muzicală colorată; a fost descrisă în utilizarea de substanțe psihoactive.

- Percepția diminuată constă din reducerea intensității și pregnanței datelor perceptive: totul apare șters, cenușiu, fără relief; e prezentă în depresie și în denivelările vigilității.

- Percepția intensificată se referă la o acuitate crescută a datelor perceptive: lumea din jur apare clară, bine reliefată, luminoasă, culorile sunt vii, sunetele clare, mirosurile intense; poate fi prezentă în manie și după consum de substanțe psihoactive.

Iluziile formale constau în perceperea obiectelor cu caracteristici formale modificate: conturul poate fi neclar sau deformat, mărimea schimbată, obiectul se poate detașa de pe fundalul său.

- Paraeidolia constă în percepții bine configurate a unor informații vagi: privind norii, o pată de mușeșor sau fundul unei cești de cafea, subiectul percepe imagini clare și pregnante; acesată caracteristică perceptivă poate fi invocată în halucinațiile funcționale.

- Halucinațiile funcționale sunt trăiri de tip halucinator, adică percepții fără obiect real, dar susținute de informații nestructurate; e.g. subiectul aude vocile altor persoane când trece un tren sau cântă o pasăre. Acest tip de halucinații e uneori greu de diferențiat de cele reale în unele domenii senzoriale, cum e cel gustativ.

- Halucinații psihice: trăirea de tip halucinator este resimțită în interiorul propriului corp; se referă de obicei la voci care sunt auzite ca plasate în abdomen, inimă, cap. Halucinațiile auditive verbale resimțite în cap trebuie să fie diferențiate de inserția gândirii din sindromul de influență.

- Sonorizare gândirii; subiectul își aude propriile gânduri, le percepe ca sonore

- Halucinoza este o trăire de tip halucinator pe care subiectul o conștientizează, poate fi condiționată de suferințe neurologice.

- Halucinațiile propriu-zise, sunt resimțite în toate ariile senzoriale, dar cu anumită specificitate multe din ele sunt corelate cu convingeri delirante.

Halucinațiile sunt trăiri de tip perceptiv care nu au la bază o informație actuală reală, corespunzătoare. Ele pot fi comentate cel mai clar în ariile percepive vizuale și auditive în care, caracterul perceptiv se evidențiază prin plasarea lor în spațiul extracorporal și manifestarea calităților senzoriale de formă, mărime, textură, distanță, direcție, intensitate, timbru, etc. Halucinațiile se pot produce însă în toate ariile senzoriale perceptiv: olfactive, gustative, cutanate, kinestezice, interoceptive. Halucinațiile propriu-zise se diferențiază de obicei de halucinațiile funcționale, care au la bază un suport informativ actual real dar nestructurat. De ex. pe fondul zgomotului unei mașini pacientul aude voci vorbind despre el; sau din umbrele ce le produce un foc, vede un diavol privind-l. Uneori diferențierea e dificilă, mai ales în cazul ariilor senzoriale corelate mai strâns corpului. Pacientul poate percepe că „mâncarea are un gust deosebit, metalic”, trăgând concluzia că e otrăvit. În acest ultim caz e evidentă interferența cu convingerile delirante. Acestea sunt frecvente în cazul multor trăiri halucinatorii ce apar în context psihotic, cele două manifestări apărând în același cadru psihopatologic și întreținându-se reciproc. De fapt, trăirile halucinator-delirante sunt aspectul cel mai caracteristic stărilor psihotice, ambele fenomene fiind caracterizate, în formele tipice, prin lipsa criticii. De aceea, halucinațiile criticate, ce se derulează pe un fond de conștiință clară, au fost numite halucinoze. Simptomul a fost descris detaliat de neurologi în cazul unor manifestări de tip halucinator ce rezultă evident în urma unei patologii a căilor de transmisie a senzațiilor (halucinoza optică în tumori ale chiasmei optice). Tot în legătură cu corporalitatea s-a mai făcut tradițional o diferențiere între halucinațiile propriu-zise și pseudohalucinație sau halucinație psihică, care este resimțită în interiorul spațiului corporal; de ex. voci care vorbesc pacientului din burtă sau inimă dându-i comenzi.

În principiu halucinațiile propriu-zise nu se bazează pe informațiile actuale, fiind astfel necesară o trimitere la funcțiile memoriei și reprezentării. Când subiectul își amintește, își reprezintă sau își imaginează ceva, respectivele trăiri sunt resimțite în „spațiul psihic interior”; și nu în lumea fizică exterioară. Halucinațiile psihice ar avea aceste caracteristici, fiind uneori resimțite „în cap”; dar distincte de fenomenul impunerii sau dirijării gândurilor. Patologia halucinatorie, deși se manifestă sub aspect perceptiv, e corelată cu planul reprezentational și metareprezentational al psihismului. Acesta, susținut de memorie, este în permanență implicat în recunoașterile perceptive actuale. El e în mod evident implicat în unele forme speciale de halucinații vizuale și auditive.

Unele halucinații vizuale pot fi corelate cu manifestări „oniroide” de tipul visului „cu ochii deschiși”. În mod normal stările de vis sunt trăiri cvasiperceptive vizuale în care subiectul se simte implicat în derularea unor scenarii. Visul normal se desfășoară pe fondul de negativitate informativă a somnului, chiar și atunci când e semiconștient și poate fi amintit. În unele stări de denivelare patologică a vigilității conștiente însoțite de dezorientare temporo-spațială și neliniște, pot apare astfel de trăiri halucinatorii oniroide. Ele sunt predominant vizuale. Constau uneori din scene ce se derulează succesiv și la care subiectul participă intens afectiv și comportamental. Distincția între trăirea oniroidă și perceperea datelor reale ale ambianței poate fi mai mare sau mai mică. Uneori pacientul percepe concomitent, atât scene vizuale în derulare pe care le crede reale; cât și realitatea efectivă. Mai rar, halucinația vizuală individualizează imagini de persoane, ființe supranaturale sau animale, fără cuprinderea acestora în scenarii.

Capacitatea de imaginare și reprezentare vizuală pregnantă variază la oameni, la unii fiind crescută. Se descriu și trăiri halucinatorii vizuale, scenice sau nu, care au un pronunțat caracter imaginativ, deseori corelându-se cu

credințe populare în ființe și evenimente supranaturale. Astfel de cazuri sunt interprobabile transcultural. Sau, reprezentările halucinatorii vizuale se pot articula cu memorări sau cu așteptări afective intense.

Trăirile halucinatorii vizuale pot fi și simple: culori, scânteii, figuri geometrice, lumină. Consumul unor substanțe psihoactive pot produce sau favoriza astfel de trăiri.

Halucinațiile auditive pot fi simple, sub formă de zgomote sau muzică; Cel mai des e vorba însă de halucinații audioverbale, care pot fi trăite în toate variantele deja amintite: halucinoză, halucinații funcționale, psihice, halucinații propriu-zise cu caracteristici senzoriale descriabile. Uneori pot fi diferite, în urechea dreaptă și cea stângă. Iar captarea interesului pacientului poate fi și el mare sau redus. Unele tipuri prezintă un interes deosebit; și anume:

- Halucinațiile apelative: subiectul se aude chemat pe nume.
- Halucinațiile imperative: pacientul aude voci care-i ordonă să execute diverse acte, unele agresive
- Halucinații care constau din mai multe voci care comentează între ele. Comentariile se pot referi la trăiri actuale ale subiectului: ceea ce el face, intenționează, gândește, etc. Sau, se pot referi la evaluarea sa pozitivă și negativă; vocile poartă între ele dialoguri despre pacient. Halucinațiile ideo-verbale comentative sunt considerate destul de specifice schizofreniei.

Trăirile de tip halucinator din ariile senzoriale ce trimit la corporalitate, interferează frecvent cu iluziile, cu trăirile de tip depersonalizare, cu delirul și cu dezorganizarea ideo-verbală. Pacientul poate afirma de exemplu că simte mirosul de mort a corpului său, deoarece a decedat de mulți ani; Sau, faptul că inima s-a oprit să bată de câteva luni. Transformările aspectului corporal pot fi și ele tematizate: subiectul consideră că s-a transformat într-un monstru sau în diavol și descrie aspectul pe care afirmă că îl percepe.

Identificarea semiologică a simptomelor din aria halucinatorie se cere integrată în sindroamele care cuprind ansamblul simptomatologiei.

2.2.2 Psihopatologia percepției propriului corp

În acest domeniu sunt esențiale două aspecte. Limitele corporale sintetizate spațial prin „schema corporală” și relațional social prin „imaginea corporală”. Și interioritatea corpului, care de obicei nu e percepută conștient, dar e resimțită ca un suport al afectivității, al permanenței și identității sinelui intim. Aspectele psihopatologice sunt articulate cu cele ale percepției exterioare.

Hiperestezia și hipoestezia senzoriale au fost deja menționate. Ele se întâlnesc printre sistemele senzoriale atașate în primul rând percepției corporalității, cum ar fi sensibilitatea cutanată. În acest paragraf e de făcut o mențiune specială privitor la sensibilitatea intero și proprioceptivă. Subiectul poate resimți „cenestopatii”, adică senzații corporale neplăcute, nedureroase, variate, descrise ca arsuri, furnicături, apăsări, tresăriri. Ele pot fi localizate sau migratorii. Pot fi interpretate ca reprezentând o hiperestezie a receptorilor interni și proprioceptivi. Sau, ca o modificare de filtru și interpretare a acestor informații. Se asociază frecvent cu astenia și pot apare în diverse sindroame ca cel somatoform, depresiv și în schizofrenie simplă sau defectivă. În sindromul anxios subiectul e atent în mod special la funcționarea cardiovasculară, interpretând percepțiile din această zonă ca supraevaluarea unui pericol de boală gravă.

Astenia corporală constă dintr-un sentiment de oboseală fizică pronunțată, de epuizare, cu dificultate de mobilizare, mișcare, acțiune.

Durerea psihogenă pe care subiectul o acuză insistent în lipsa unui suport organic identificabil, e comentată tot în cadrul sd. somatoform. Starea psihică poate modifica pragul algic, sensibilitatea la durere fiind crescută în depresie și scăzută în manie.

Senzația de orgasm sexual resimțită de subiect în lipsa unei implicări a organelor sexuale e interpretată ca trăire halucinatorie.

Halucinațiile proprioceptive constau în senzații artromiochinetice de împins, tras, mobilizare.

Devitalizarea corporală este descrisă prin sentimentul unui corp lipsit de viață: acesta parcă ar fi de lemn, de piatră, sticlă; viața s-a scurs din corp; corpul este mort, în descompunere, intră în putrefacție; pot fi prezente halucinații olfactive: „corpul miroase a cadavru în descompunere”. Aceste simptome se întâlnesc în sd. de depersonalizare.

Descrierea și comentarea trăirilor din interioritatea corpului poate fi inclusă în deliruri hipocondriace sau poate fi marcată de metafore sau de tulburări formale de gândire și limbaj, inclusiv expresii și afirmații ciudate, în contextul schizofreniei. Pacientul poate vorbi despre mutarea stomacului în cap sau de scurgerea creierului în gură și înghițirea sa.

În delirul de negație corporală Cotard subiectul poate afirma că nu a mai urinat de luni de zile, că inima s-a oprit de ani, etc

Trăiri de tip halucinator în apropierea suprafeței corporale se întâlnesc în delirul dermatozic: pacientul afirmă de paraziți sau insecte minuscule se mișcă pe sub piele și solicită consulturi dermatologice repetate. În acest caz există o componentă delirantă dar nu e exclus să existe cenestopatii specifice.

Cu aceasta ne-am apropiat însă de suprafața corporală.

Limitele corpului, susținute de ceea ce neurologii numesc „schema corporală”, circumscriu spațial interiorul corporal de spațiul exterior al lumii. Interioritatea astfel decupată are o valoare și pentru psihismul subiectiv, în sensul că trăirile proprii și intime sunt localizate în interiorul corpului. Sentimentele sunt plasate în inimă, gândurile, în cap. Amintirile, reprezentările și trăirile imaginare se desfășoară în „spațiul interior al subiectivității” distinct de „spațiul exterior”, în care se află obiectele manipulabile.

Iluziile de schemă corporală constau în senzații că părți ale corpului sau corpul în întregime este mai mare sau mai mic decât în realitate: „mâna se întinde până la ușă”, „capul atinge tavanul”, etc. Subiectul poate resimți că părți ale corpului, mai ales ale capului, se modifică, se deformează: nasul se lungește, urechile devin asimetrice, bărbia se strâmbă.

Nerecunoașterea în oglindă se asociază de obicei cu iluziile menționate. Subiectul se uită în mod repetat în oglindă, are impresia că s-a schimbat, că „nu mai e el”, că „s-a transformat”, că „e altcineva”.

Sentimentul de incertitudine a identității propriului corp; acesta se poate referi la percepția globală a corpului, la identitatea feței, la identitatea sexuală, etc

Heautoscopia este o percepere halucinatorie a propriului corp pe care subiectul îl vede în afara sa, din față, profil sau spate, e un fenomen rar în care imaginația joacă un rol important.

Limitele corpului prezintă interes și deoarece tegumentele și mucoasele sunt zone protective. Ele sunt obiectul îngrijirii, igienei, curățeniei, protecției. În psihopatologie poate apărea senzația de vulnerabilizare a acestor limite și impresia sau convingerea de contaminare cu agenți invizibili. Fenomenul se întâlnește mai ales în patologia obsesiv compulsivă. Contaminarea se poate realiza prin: murdărire, microbi, virusuri, detergenți, substanțe adezive, etc. Agenții de contaminare sunt neperceptibili, dar semnificativ e „contactul” cu „ceva” din exterior. Pe prim plan e sentimentul nociv, malefic, a unui contact contaminator. Poate fi vorba de un contact cu o persoană străină; sau chiar de autoatingere. De obicei însă, sunt vizate obiecte ce se pot realmente murdării sau contamina prin atingerea lor de multe persoane. Și care acum sunt evitate, pentru a contracara contaminarea pacientul se spală compulsiv.

Estompare, pierderea limitelor corporale; subiectul resimte că acestea „se împrăștie”, „se diluează”, „se topește”, dispare.

Limitele corpului se pot constitui într-o zonă de preocupare și interes prevalent, cu manifestări obsesiv-compulsive și/sau impulsive particulare. Așa este tricotilomania care constă din smulgerea firelor de păr din diverse zone: cap, sprânce, axile, zona pubiană; sau stoarcerea coșurilor de pe față, gratajul pielii, etc.

Dincolo de aspectul de limită spațială, în principiu protectivă, limitele corporale joacă un important rol relațional social. În afara manifestărilor mimico-gestuale, spontane și elaborate, corpul se instituie pentru subiect, ca „image corporală”, cu rol important în identitatea și expresivitatea comunicantă. Identitatea socială se bazează în mare măsură pe aspectul corporal, facial al persoanei. Subiectul e conștient de acest fapt și se îngrijește de aspectul său, perceptibil de către alții.

Percepția de sine se bazează pe autopercepția sa corporală, realizată prin toate sistemele senzoriale perceptive, inclusiv prin privirea în oglindă. Dar, ea rezultă și din percepția felului în care alte persoane îl percep. Comunicarea interpersonală intimă se realizează în cea mai mare măsură prin expresivitatea mimico-gestuală a ochilor și zâmbetului. Dar și comunicarea publică și oficială se bazează pe aspectul corporal și expresivitatea sa. Atitudinea de dominare și cea de supunere, deschiderea comunicantă sau ostilitatea se exprimă mimico-gestual. Subiectul, în mod constant, evaluează și face presupuziții privitor la felul în care aspectul său general e perceput de către alții. În această arie problematică pot apărea stări psihopatologice.

Dismorfofobia constă din convingerea subiectului că are un aspect neatractiv, neharmonios, urât; și că ceilalți percep acest fapt, îl resping și/sau îl comentează negativ. El petrece mult timp cu îngrijirea înfățișării sale, inclusiv recurgând la operații estetice.

Preocuparea pentru aspect din anorexia mentală a tinerelor fete, constă în dorința și tendința de a menține o talie subțire, cu refuzul îngrășării. Pentru

aceasta pacienta desfășoară o serie de comportamente: dietă, purgație, diuretice, exerciții fizice, catabolizante, producere de vomisme, etc. Un sindrom similar a fost descris la băieți – sd. Adonis. El constă din preocuparea tinerilor pentru un corp cu aspect muscular; pentru aceasta ei petrec mult timp efectuând exerciții fizice, consumă anabolizante, etc.

Ereutofobia constă în frica de a nu roși în public, în împrejurările în care e în centrul atenției sociale. Se manifestă la persoane emotive, care dezvoltă anxietate socială, constând din jena de a se manifesta performant în fața necunoscuților.

Preocuparea (delirul) osmotic constă în senzația, impresia subiectului că emană un miros dezagreabil care atrage atenția celorlalți asupra sa; preocuparea prevalentă se însoțește de trăirea halucinatorie a mirosului neplăcut.

Manifestările menționate mai sus, care au ca punct de plecare o distorsiune a percepției propriului corp, pot fi trăite într-o manieră anxios-fobică, obsesiv compulsivă, prevalentă sau delirantă. Ele sunt însoțite de sentimentul senzitiv-relațional al atenției deosebite pe care alții o acordă – sau sunt pe cale de a o acorda – subiectului. Deci, a impresiei, sau convingerii, că el „este perceput insistent și nefavorabil de către alții”. Cu aceasta ne plasăm în aria tulburărilor de percepție relaționale.

2.2.3 Psihopatologia percepției relaționale

Între percepția lumii exterioare și perceperea propriei corporalități există multe puncte comune, similități și tranziții. Există însă și deosebiri. Obiectele din ambianță sunt percepute și plasate în „spațiul exterior”. Propriul corp, prin limitele sale configurează „spațiul intern al subiectivității”, în care sunt resimțite nu doar percepțiile corporale ci și trăirile subiective intime.

Din lumea înconjurătoare a subiectului fac parte și alte persoane, care sunt percepute în primă instanță prin corpul lor. Dar, „perceperea altei persoane” implică și faptul că aceasta e o ființă umană, un om care are o minte proprie,

distinctă de mintea subiectului. Celălalt, pe care subiectul îl percepe și îl identifică, are propriile sale stări mentale, emoții, intenții, opinii, dorințe, etc. Odată cu perceperea celuilalt, subiectul percepe și resimte starea afectivă a acestuia; dar și intențiile sale. Adică el percepe – intuiește, „citește”, „ghicește” – ceea ce el dorește, crede, intenționează; pe scurt, starea sa mentală. Acest fapt elementar se dezvoltă la copil în jur de 3 ani, iar capacitatea a fost denumită „teoria minții” (Theory of Mind - TOM). Aceste aspecte au fost studiate recent de psihologia cognitivă în cadrul dezvoltării cogniției sociale.

Copilul are o sensibilitate înăscută de a percepe fața umană. În cursul primului an el realizează o percepere împărtășită cu mama, prin urmărirea cu privirea a aceluiaș lucru. Apoi, se dezvoltă un dialog, prin priviri, cu mama. În perioada în care se dezvoltă limbajul articulat, există deja un diapazon larg și variat al percepției celuilalt. Esențial e faptul că celălalt nu e perceput ca un obiect, ca o bucată de metal cu care poți realiza o construcție. Ci ca o ființă care are propriul său psihism subiectiv. Percepția celuilalt, mediată de perceperea corporalității sale, articulează subiectul de subiectivitatea sinelui acestuia.

Psihiopatologia percepției relaționale a fost tot timpul descrisă în semiologia psihopatologică. Dar în ultima perioadă ea capătă noi interpretări și direcții de cercetare. Se pot menționa:

- Lipsa de interes special pentru fețele umane, perceperea lor ca obiecte inanimate.
- Deficiență în conjugarea – împărtășirea – privirii cu alți oameni; subiectul nu privește pe celălalt în față, în ochi, și nu își acordează mimica cu conținutul dialogului pe care-l are cu o altă persoană; nu urmărește cu privirea, împreună cu altul, un eveniment de interes comun.
- Deficiență în înțelegerea intențiilor altuia într-o situație dată, în care se ridică problema colaborării.

Aceste deficiențe – care implică insuficienta capacitate TOM – au fost identificate la copiii cu autism infantil și la persoanele din spectrul autist precum și în schizofrenie.

- Deficiența de identificare a altor persoane prin aspectul feței. Această aprosopagnozie a fost evidențiată în psihopatologie și neurologie; și e corelată cu o zonă corticală precisă din lobul parietal

- Deficit de percepere /înțelegere a expresiei emotive a feței altora; uneori deficitul se referă doar la anumite emoții

- Sentimentul perceptiv al unei atenții crescute pe care alții îl acordă subiectului. Această trăire senzitiv relațională a fost identificată de psihopatologia clasică; Ea stă la baza unei forme de delir paranoid. Dar se întâlnește și în patologia percepției proprii „imagini corporale” care a fost comentată, în marginea dismorfofobiei și anorexiei mentale.

- Perceperea altora ca manifestând constant o expresie de ostilitate față de subiect. Acest fapt stă la baza trăirilor paranoide

- Deficiență în trăirea perceptivă a experimentării trăirilor de apropiere sufletească, afiliere, intimitate.

Problematika percepției relaționale a altor persoane umane, diferită de perceperea obiectelor din jur, articulează fenomenul cognitiv al percepției de alte aspecte psihologice. Și în primul rând de afectivitate și reprezentare. Faptul de a „rezona” afectiv odată cu perceperea altor persoane, de a le simți apropiate sufletește, este o trăire specială care implică zona intimității. O astfel de trăire poate fi inclusă în fenomenul mai larg al „perceperii de sine”. Acesta se referă la o dimensiune psihică mai largă decât cogniția obișnuită. Și anume de fenomenul „trăirii” de către subiect „a prezenței” sale la evenimente actuale, ca un subiect conștient care are o identitate ce se bazează pe un trecut și vizează un viitor. Percepția, înțeleasă ca sinteză cognitivă a informațiilor actuale structurate ca formă și semnificație e un fenomen psihic reprezentativ pentru trăirile actuale

ale subiectului. Ea se cere însă integrată în înțelesul mai larg al „prezenței” subiectului în realitatea de ansamblu a lumii în care există.

2.3 Psihopatologia eului (sinelui) și trăirea temporalității prezentului

Eul (sinele) este un concept fundamental în psihologie și psihopatologie. În psihologia umană el se referă la subiectul reflexiv-conștient, înțeles ca autor al actelor și relaționărilor sale, care-și resimte identitatea și delimitarea de lume și de alții. El „se percepe pe sine”, ca fiind „cel din care izvorăsc” intențiile, gândurile, proiectele de acțiune, decizia. El se resimte astfel ca autorul ultim și responsabil al actelor ce le face, al trăirilor relaționale pe care le desfășoară (funcția de „agenție”). Acestea îi aparțin, sunt „ale lui însuși” (funcția de apartenență – „ownership”). Expresia de „percepție de sine” atribuie un sens larg noțiunii de percepție. Ea e totuși adecvată, având ca punct de plecare percepția propriei corporalități, ca un element al realității biofizice, perceptibil spațial și de către alții. De altfel conceptul de „eu-sine”, se extinde și asupra propriei corporalități. În acest sens s-a vorbit de „persoana corporală”, iar în prezent de „sinele corporal” sau „protosine”. Subiectul resimte că: din „sinele său corporal” izvorăsc toate intențiile sale în raport cu lumea. Și la fel, acesta e resimțit ca baza identității sale cu sine și a diferențierii sale de alții. Când subiectul dorește să fie perceput ca o altă identitate, el își modifică aspectul corporal, mai ales cel al feței

Tulburările eului au fost comentate de la începuturile psihopatologiei, în cartea fundamentală a lui Jaspers, prin expresia de „ichbewustsen” - conștiința de sine. În sistematizarea mai recentă a lui Scharffeter, care e prezentată în cărțile actuale de semiologie, această se referă la 5 domenii care au în vedere un sens lărgit al egoului – sinelui -, ce se extinde de la nivelul sinelui corporal la cel al sinelui biografic. Acestea sunt:

- Ego vitalitatea: subiectul resimte că e lipsit de viață, viața îl părăsește; fenomenul a fost menționat la percepția corporalității ca devitalizare corporală.
- Ego demarcația: subiectul centrat de sinele, de eul său, simte că își pierde limitele corporale și psihice, are sentimentul că nu mai este el, se schimbă, se dizolvă în lume, e în afara sa.
- Ego unitatea: subiectul resimte că nu mai e unitar, că nu se mai poate „aduna”, că e împrăștiat, că acționează cu fragmente din sine, nu poate lega gândurile proprii și nu înțelege semnificația de ansamblu a ceea ce percepe.
- Ego identitatea: subiectul resimte că își pierde identitatea corporală și psihică, nu se mai recunoaște pe sine, are sentimentul că se schimbă, că i se modifică sexul, că devine altcineva.
- Ego activitatea: subiectul resimte că nu mai este el, autorul planurilor și acțiunilor sale.

Această abordare a lui Jaspers și Scharffeter o are în vedere în conceptul global și nediferențiat al eului conștient, al sinelui. În ultimul timp s-a afirmat tendința de a înlocui noțiunea de eu (conștient), care era de tradiție germană, cu noțiunea de sine („self”), care provine din tradiția filozofică și psihologică anglo-saxonă. Conceptul de sine (self) implică reflexivitate conștientă. Dar nu mai e încercat de tradiția filozofică ce derivă de la Descart, care abordează ansamblul realității prin filtrul conștiinței. Sinele e un concept dinamic, care se pretează la înțelegerea omului ca o ființă bio-psiho-socială, angajată în proiecte. Și care are o bază în psihismul animal și în funcționalitatea cerebrală.

Pe de altă parte, psihologia și psihopatologia ultimei perioade, mai ales sub influența cognitivismului, diferențiază nivele ierarhice ale sinelui, care au o expresivitate psihologică și psihopatologică diferită. Astfel, în ordine ierarhică s-ar plasa:

- Sinele corporal sau conștiența propriei corporalități ca loc de înrădăcinare și de emergență a intenționalității subiectului; a dorințelor, gândurilor, aspirațiilor, deciziilor, etc. Sinele corporal împarte realitatea percepută, pe baza unei partajări de tip spațial, într-o zonă externă, a lumii înconjurătoare; și una internă, a interiorității propriului corp și a interiorității subiective. La limita dintre acestea se manifestă aspectul expresiv al corporalității. Pe lângă bazele delimitării, sinele corporal asigură și bazele identității. Corporalitatea este aspectul personal bazal, prin care subiectul e identificat în relațiile interpersonale și sociale, inclusiv în actele de identitate. Și prin care el se resimte și subiectiv ca identic cu sine. Aspectele psihopatologice de la nivelul sinelui corporal au fost comentate la psihopatologia percepției corporalității.

- Al doilea nivel ar fi cel al sinelui care centrează raportarea actuală la ambianță și la alții. Orice subiect este în permanență angajat în rezolvarea de situații problematice, raportându-se la lume și relaționându-se intersubiectiv cu alte persoane. Ca centru al acestei raportări actuale, subiectul resimte și este conștient de realitatea lumii dată acum și aici, de poziția și intențiile sale în această situație dată, de semnificația situației pentru el, de raportarea sa față de altul, care poate fi colaborativ sau ostil. El percepe și e conștient de faptul că e angajat activ în situație și își controlează această prezență până la rezolvarea problemei în chestiune. Și că are de făcut bilanțul evaluativ al rezolvării acesteia.

Prin toate aceste raportări și acțiuni, subiectul își structurează, pentru sine, prezentul trăit. Prezentul propriu, care se detașează între trecutul memorabil și viitorul proiectat și imaginat.

Acest nivel al sinelui poate fi etichetat ca unul nuclear, al prezentului. Și la acest nivel subiectul trăiește reflexiv, e conștient de sine și de situația sa, se

resimte delimitate de lume și de alții, identic cu sine, în cadrul relaționării sale cu alții.

- Un alt nivel poate fi considerat cel al identității biografice. Sinele narativ-biografic depășește situațiile actuale, care sunt mereu altele și asigură unitatea și identitatea subiectului dealungul timpului și a evenimentelor succesive ale vieții. El e susținut de memoria biografică, care e totdeauna invocată și în situațiile actuale. În raport cu actualitatea sinelui nuclear, nivelele sinelui biografic apar ca transactuale, plasabile la nivel metareprezentativ. Subiectul își poate evalua și reprezenta aspecte ale trecutului său; poate să se raporteze la ele analizându-le și evaluându-le. El poate să se plaseze pe o poziție din care are o distincție și o competență suficientă pentru a evalua și situația actuală. Și în plus, de a se evalua pe sine și pe alții; la acest nivel se poate defini și în ideea de sine ideal.

În raport cu cele 5 domenii ale eului-sinelui comentate la Jaspers și Scharfetter primele două au fost abordate prin simptome ce se integrează în sindromul de depersonalizare. Tulburările identității vor fi comentate în corelație cu perturbările memoriei. În paragraful de față vor fi abordate cele legate de funcția egoactivității, care și ele se integrează în sd. de transparență influență.

În anumite împrejurări psihopatologice subiectul are sentimentul că nu mai poate controla diagrama intim – public a relaționărilor cu alții, nu mai poate păstra pentru sine secretele cele mai intime, gândurile pe care de obicei nu le spune nimănui; și care acum devin publice, cunoscute de oricine prin fenomene ca: cititul gândirii, ecoul gândirii, supravegherea gândirii, răspândirea gândirii. Propriile gânduri care acum sunt supervizate, dirijate, inserate sau extrase de către alții. De asemenea, apare sentimentul pierderii controlului intim asupra deciziilor și acțiunilor; el simte că este dirijat de către alții și în ce face, ca și cum i s-ar fi substituit voința. Fenomenele de influență xenopatică pot consta și

în impunerea emoțiilor sau a unor senzații corporale. Caracteristică acestei stări psihoaptologice este că sinele nuclear situațional își pierde caracteristicile esențiale, cele de agenție și de apartenență la sine a trăirilor. El se simte la dispoziția altora, care îi vizează intimitatea.

Simptomele de transparență se plasează în continuitatea simptomelor de supraveghere patologică din partea altora, de obicei prin mijloace tehnice: microfoane, camere video, televizor, calculator, etc. În esență e vorba de aspectul relațional al sinelui nuclear al acualității. Toate aceste simptome vor fi regrupate în capitolele semiologiei sindromologiei.

Percepția timpului și trăirile actuale

Fenomenul perceptiv este în primă instanță unul cognitiv. Aspectul său standard constă din receptarea unor informații actuale, despre obiecte exterioare relaționate cu propriul sine corporal, informații selectate prin atenție și care sunt structurare ca formă și semnificație. Aceste informații privitoare la obiecte exterioare fac parte însă dintr-un ansamblu. Varianta standard a acestuia poate fi considerată angajarea subiectului în rezolvarea unei situații problematice într-un timp relativ scurt. Desigur, subiectul trebuie să fie vigیل, să înțeleagă situația și să se angajeze în ea. Percepția îl ajută pe întreg parcursul acestei rezolvări prin informațiile despre obiectele exterioare – în relația lor între ele și cu sine. Pentru rezolvarea problemei subiectul trebuie să-și perceapă tot timpul în mod corect și propriul corp, ce se află în acțiune. Și el trebuie să aibă o percepție adecvată și privitor la alte persoane, cu care colaborează sau îi pot fi ostile. Într-un sens mai general se poate spune că subiectul trebuie să aibe conturat și o percepție de ansamblu a semnificației situației în care se află, a fazei de rezolvare a problemei. Poate fi vorba de un eveniment scurt, delimitat, de o confruntare cu un dușman, sau de un parcurs profesional, de ex. pentru un medic consultarea unui bolnav și formularea unui diagnostic, pentru un meșter executarea unei

reparații. Întreaga perioadă ce se scurge până la rezolvarea problemei, poate fi considerată un „prezent funcțional”. Subiectul e prezent la ambianță, prin angajarea sa actuală în acțiuni eficiente. Trăind timpul prezent el se referă constant la trecutul său.

În psihopatologie întâlnim variante anormale ale „perceperii timpului prezent”.

- Percepția anxioasă a timpului: Subiectul percepe un prezent punctiform, orientat spre un viitor imediat, încercat de pericole necunoscute.

- Percepția depresivă a timpului: Subiectul nu poate concepe viitorul; el e detașat de prezent, acesta neinteresându-l; e orientat spre trecut, din care selectează aspectele nefavorabile, care subliniază lipsa sa de valoare și vinovăția; timpul e perceput ca derulându-se foarte încet sau ca fiind imobil, încrămențit, ca o eternitate goală.

- Percepția maniacală a timpului: subiectul trăiește intens într-un prezent continuu, fără să fie preocupat de trecut și deschis spre un viitor al tuturor posibilităților; timpul se derulează rapid, prezentul e un permanent vârtej care-l aruncă în lume.

- Percepția obsesivă a timpului: Subiectul nu poate structura și trăi plenar prezentul cu toate eforturile pe care le depune; fragmente din trecut și din posibilitățile viitoare parazitează în permanență încercarea de rezolvare cursivă a situațiilor problematice; în același sens acționează verificarea și reluările permanente; e trăit un sentiment de „neprezență”, de derealizare.

- Fenomenul de „deja văzut sau trăit” („deja vu”, deja vecu „”); subiectul are impresia că fenomene pe care le percepe pentru prima dată au fost percepute sau trăite. E posibil și fenomenul invers de „niciodată văzut sau trăit” care se referă la percepții banale, obișnuite, zilnice, pe care subiectul are sentimentul că le trăiește pentru prima dată.

- Ecmnezia constă dintr-o rememorare trăită cu sentimentul retrăirii în actualitate a fenomenului rememorat.

Modificări specifice ale trăirii temporalității pot fi analizate în toate sindroamele psihopatologice majore. Utilizarea termenului de „percepție” are în vedere un sens lărgit al noțiunii, similar cu cel al „percepției de sine”.

La nivelul trăirilor sinelui nuclear situațional, în esență subiectul se referă la prezent. Dincolo de faptul că se află într-o stare vigیلă, de obicei el se și implică activ în situațiile problematice actuale pe care le trăiește.

E posibilă totuși și o relativă detașare de ambianță, așa cum se petrece în stările de relaxare și reverie. Sau în stările de rugăciune, în care e vizată transcendența, în solitudine. Unele activități mentale intense se desfășoară cu o relativă desprindere de ambianța imediată așa cum sunt: rezolvarea de probleme teoretice mai ales în momentul găsirii soluției, lectura sau studiul concentrat, trăirea unei stări de „inspirație” în care apar noi idei, stările de extaz care au fost menționate la modificările conștienței, ca momente particulare în care subiectul se simte desprins de lume. În toate aceste împrejurări subiectul resimte un prezent propriu, uneori intens, deși percepere ambianței și a propriului corp pot fi vagi, estompate. De altfel și în vis, subiectul nu percepe ambianța imediată datorită somnului, deși informațiile interne și proprioceptive persistă. În psihologie și psihopatologie e important să se diferențieze trăirile actuale neperceptive de cele de tip perceptiv. Sentimentul „inspirației” sau cel al ghicirii sau impunerii gândurilor, e o trăire actuală neperceptivă în sens restrâns. Trăirile actuale joacă un rol important în psihopatologie, deoarece ele se diferențiază până la un punct de cele metareprezentationale și metacognitive, ce se referă la aceste trăiri actuale, le analizează, le evaluează și le prelucrează. Exemple pot fi:

- un eveniment trăit, care ulterior e amintit și povestit altora;
- o experiență perceptivă halucinatorie, care stă la baza unei interpretări și elaborări delirante.

2.4. Psihopatologia memoriei

Memoria se referă la înregistrarea, reținerea și utilizarea informațiilor de orice fel. Ea se realizează prin diverse mecanisme, între care joacă un rol condiționarea clasică și cea operantă; precum și diverse procese ale memorării voluntare. Pe lângă vigilitate, atenția, percepția, afectivitatea și motivația joacă și ele un rol important în memorare. Procesele psihologice cognitive sunt strâns interconectate astfel încât nu e posibilă receptarea semnificației percepției fără o adecvată funcționare a memoriei imediate și de durată; și nici acțiunea eficientă fără memoria etapelor planificate și a fondului de cunoștințe. Utilizarea datelor mnestice poate fi automată și funcțională, verbală și prin modele comportamentale. Unele aspecte ale memoriei – memoria de lucru – sunt strâns corelate cu atenția și joacă un rol în funcționarea filtrului atențional, în percepția și acțiunea curentă. Alte aspecte se referă la reamintirea și eventual relatarea evenimentelor trăite – memoria episodică. Aceasta stă la baza structurării identității biografice. Alte aspecte se referă la cunoștințe generale – memoria nominală. Memoria procedurală se referă la învățarea și reținerea acțiunilor, comportamentelor, conduitelor.

Memoria stă la baza orientării, reprezentărilor și imaginației. Stările de dezorientare sunt corelate strâns cu disfuncții ale memoriei. Amintirile și reprezentările pot fi automate, voluntare și involuntare, directe și indirecte. Uneori ele se pot manifesta involuntar și repetitiv, obsesiv. Imaginarul se bazează pe datele mnestice și pe reprezentare, dar realizează o nouă sinteză în perspectiva posibilului. Sinteza imaginativă e necesară și operantă în rezolvarea oricărei probleme, teoretice și practice. Capacitatea imaginativă stă și la baza creativității umane. Pe lângă memoria inclusă în însăși actul perceptiv, „memoria de lucru”, cea de foarte scurtă durată, e necesară în filtrarea și

ierarhizarea informațiilor care sunt clasificate astfel în importante și neimportante, interferând cu psihologia atenției. Ea e importantă și în efectuarea actelor curente ale vieții de zi cu zi. S-a constatat că memoria de lucru e deficitară la cei predispuși pentru schizofrenie.

Între tulburările memoriei pot fi menționate și tulburări cantitative în plus, în sens de hipermnezie. Aceasta poate apare în stările maniacale, nefiind însă funcțională datorită tahipsihiei, adică a derulării rapide a tuturor funcțiilor psihice. Unele persoane cu autism pot prezenta o capacitate anormală de memorare mecanică a multor informații: de ex. țin minte calendare pe mai mulți ani sau mersul trenurilor, dar această hipermnezie nu e nici ea utilă, ansamblul psihismului nefuncționând echilibrat. Psihopatologia în aria memoriei se manifestă însă predominant în arie deficitară, termenii utilizați fiind cei de hipomnezie și amnezie. Aceasta are mai multe modalități de manifestare. Tulburările în planul memoriei, de altfel ca și în alte direcții psihopatologice, se cer evaluate în raport cu particularitățile individuale și în perspectivă dinamică, în raport cu evoluția în timp.

Amnezia anterogradă sau de fixare se referă la deficitul de înregistrare a datelor mnestică, urmat desigur de nereținerea lor. Ea poate fi condiționată de un nivel deficitar al vigilității și/sau al atenției; dar e posibilă și o tulburare centrată pe funcția mnestică. Pentru întreaga perioadă în care înregistrarea mnestică nu funcționează normal, utilizarea datelor, evocarea lor, e dificilă sau problematică.

Amnezia retrogradă se referă la neamintirea unor informații care fuseseră înregistrate și utilizate. Subiectul nu-și reamintește și nu poate utiliza date pe care și le amintea și le utilizase. Această tulburare poate apare după traumatisme craniene sau în demențe. În ultimul caz de obicei se agravează pe măsură ce trece timpul, accentuându-se „retrograd”; adică, dispre prezent spre trecut. Subiectul nu-și mai amintește date din ultimele săptămâni, apoi din ultimele luni, din ultimii ani și termină doar amintindu-și informația din copilărie.

Amnezia lacunară se referă la incapacitatea de a-și aminti date dintr-o perioadă delimitată de timp – o zi, o săptămână, una sau mai multe luni, deși își amintește informații dinaintea și de după această perioadă.

Amnezia selectivă se referă la dificultatea sau incapacitatea de a-și aminti anumite lucruri dintr-o perioadă din care-și amintește altele; ea poate fi corelată cu informații care au o semnificație afectivă specială pentru subiect.

În cazul denivelărilor patologice ale vigiliții conștiente, de obicei apare o amnezie sau o hipomnezie lacunară, în funcție de nivelul denivelării. În stările disociative de conștiință – stări crepusculare, fugi sau dromomanii patologice, stări de transă – reamintirile din perioada respectivă pot fi nule sau parțiale. Astfel de stări disociative de conștiință au fost descrise în psihopatologia clasică pentru perioade îndelungate, de săptămâni sau luni de zile, despre care subiectul nu-și reamintește nimic în stare vigیلă. În unele cazuri, el poate avea anumite reamintiri în stare de hipnoză. Problematika stărilor disociative de conștiință a fost corelată cu cea a personalităților duble sau multiple. Subiectul trăiește alternativ două sau mai multe identități diferite, având alte relații sociale și alt comportament, neamintindu-și în cursul uneia din ele de cealaltă.

Tulburările de memorie au fost corelate și cu trăirile particulare ale timpului de tip „deja vu”, „jamais vu” sau ecmnezie.

Confabulația se referă la relatarea unui eveniment nereal, pe care subiectul afirmă că l-a trăit sau îl cunoaște. Intră în joc imaginarul. De obicei reamintirile și relatările nu sunt totdeauna fidele, ele depinzând de mulți factori ca: starea subiectului în momentul trăirii unui eveniment, perspectiva din care subiectul l-a perceput, implicarea sa în eveniment, timpul ce se interpune până la relatare, capacitatea de memorare și imaginarul. De toate aceste lucruri trebuie să se țină seama atunci când se evaluează o mărturie. Mitomania definește relatări ce se referă la evenimente reale dar pe care subiectul le relatează deformat. Ele sunt

mult modificate imaginativ, în sensul punerii în valoare deosebită a participării subiectului la eveniment.

Imaginarul confabulator poate juca un rol important în elaborarea unor deliruri cu tematică fantastică, în care subiectul amestecă cunoștințele sale despre lume cu date confabulate. În psihopatologie se mai menționează sindromul Korsakoff care constă din: - amnezie predominant anterogradă, pacientul nu reține informațiile curente care-i sunt oferite, de ex. date despre locul în care se află, data, identitatea, etc; - confabulații simple care completează lipsa informațiilor mnestic, subiectul nu ezită să dea un răspuns confabulat privitor la întrebare „unde se află”; - anosognozia, adică nerecunoașterea stării de defect mnestic, subiectul este senin, calm, chiar euforic, nedându-și seama că are o deficiență psihică importantă.

2.5. Psihopatologia gândirii și vorbirii.

Cursul ideativ și tulburările formale de gândire

Gândirea e un proces cognitiv prin care omul rezolvă probleme teoretice și practice și prin care ajunge la certitudini. Ea se desfășoară în plan abstract, utilizând legi logice, ipoteze și procese de raționament prin care se reduc probabilitățile și posibilitățile neutre (improbabile, nesigure), progresându-se spre concluzie, spre soluție sau certitudine. Procesul de gândire are totdeauna o referință situațională determinată, imediat sau mediată. Gândirea se întretese mult cu vorbirea.

Vorbirea sau discursul prin care se comunică un mesaj, o semnificație, are și el o derulare în timp, prin care conținutul informativ se determină și semnificația se împlinște. Și deasemenea e corelată cu diverse situații date, direct sau indirect, prin medierea problemelor și modelelor. Ca variante mai particulare se pot menționa: - redactare de texte informative de diverse tipuri și grade de

abstracție, la care alții au acces indirect, prin lectură, cunoscând limbajul în care au fost redactate; - dialogul cu sine însuși, mai mult sau mai puțin explicit, în cadrul unei autoargumentări și/sau a unui dialog cu sine și a unei autoconvingeri.

Atât gândirea cât și comunicarea lingvistică se desfășoară după un model similar cu cel prin care se proiectează și se realizează o acțiune. Ele implică intenția subiectului, obiectivul, proiectul etapizat, parcurgerea controlată a etapelor și evaluarea rezultatelor.

La om gândirea și vorbirea se întrepătrund în mare măsură, dar nu se confundă. Vorbirea utilizează limbajul, care e o instanță culturală supraindividuală pe care subiectul și-o însușește și o practică. Limbajul are propriile sale legități sintactice, iar cuvintele au o dimensiune semantică.

În cadrul vieții psihice curente care se realizează prin manifestări cognitive variate, gândirea și vorbirea subiectului se detașează de pe un fundal, care, privind din perspectivă subiectivă, a fost comentat ca și „curs ideativ” sau „flux ideativ”. E vorba de succesiunea în plan mental a o serie de „idei”, termenul referindu-se la mai multe tipuri de trăiri psihice.

Un aspect al „ideației” constă în apariția spontană a unor gânduri, în cadrul a ceea ce s-a numit „ideație intruzivă”. Acesta poate deriva din preocupările și interesele mai de durată ale subiectului, care operează preconștient. Ele pot exprima dorințe și intenții de care subiectul nu e conștient sau care sunt blocate de un cenzor moral. Acestea au fost comentate de psihanaliză ca „inconștient refulat”. Iar cura psihanalitică a asociațiilor libere își propune să favorizeze conștientizarea lor, în vederea analizei și întreruperii conflictelor inconștiente ale subiectului.

În cazul în care subiectul e preocupat conștient de rezolvarea unei probleme sau de o elaborare creativă, în cursul ideativ pot apărea la un moment dat intuiții bruște prin care se găsește o soluție mult timp căutată; sau poate apărea o stare

de inspirație creatoare. Faptul are un echivalent în psihopatologie în apariția intuiției delirante, prin care se clarifică tema unui delir primar.

Cursul ideativ poate fi întreținut și de amintiri care pot reapare spontan în conștiință. E vorba mai ales de trăiri cu o mare încărcătură emotivă, de spaimă, teroare, rușine, etc., care reapar ca trăiri și reprezentări obsesive rememorative, în cadrul unei reacții de stres posttraumatic.

Ideația intruzivă nu are întotdeauna o ancorare în preocupări și amintiri personale. Ea poate fi expresia unei pulsații și a unei mișcări de idei în zona preconștientă, care se derulează spontan, ca o ofertă pentru problemele curente. Și din care, un filtru cognitiv poate selecta unele teme, ignorând sau marginalizând altele. Când filtrul e insuficient, poate apare o stare de mentism, care constă în izbucnirea bruscă a unui amestec ideativ necontrolat. Un alt statut îl au ideile obsesive. Acestea constau din teme uneori neobișnuite, absurde, cu încărcătură agresivă, care apar repetitiv în conștiința subiectului, împotriva voinței și opoziției acestuia. Ideile obsesive se repetă identic sau ca variații pe o temă, fiind uneori favorizate de percepția ambientală. În ultima categorie intră de ex. ideația obsesivă de contaminare în prezența lucrurilor murdare. Obsesivii resimt uneori ideea agresivă de a distruge sau a face rău cuiva, de a înjura în biserică, etc, trăire care e foarte neplăcută și pe care subiectul încearcă să o detensioneze, prin compulsii motorii sau ideatice. Tot în obsesionalitate poate apărea ceea ce s-a numit fuziunea act – gândire: subiectul e convins, în manieră magică, că dacă s-a gândit la un lucru acesta s-a și realizat și încearcă să verifice obsesiv consecințele. Sau, trăiește obsesiv impresia că dacă se gândește la ceva (e.g. să nu se întâmple ceva rău copilului) acest gând crește probabilitatea ca evenimentul să se întâmple.

Fluxul ideativ poate să mai fie întreținut de asociațiile de idei pe care le ocazionalizează percepțiile actuale și de asocierea sau derivarea ideilor una din alta, întreținute de productivitatea imaginarului.

În mod normal fluxul sau cursul ideativ se evidențiază pentru subiect atunci când se relaxează gândirea țintită și centrată de rezolvarea unei probleme; sau, comunicarea care are obiectiv definit, de transmitere a unei informații sau a unei semnificații. Astfel de stări apar în perioadele de odihnă și relaxare, când subiectul se destinde, se desprinde de problemele grave ale existenței; și dă „frâu liber” reveriei imaginative, derulării relaxate a cursului ideativ.

Pe acest fundal normal al cursului ideativ, care în condițiile obișnuite ale vieții e prereflexiv, se structurează gândirea propriu-zisă, ca proces de rezolvare a unor probleme teoretice și practice, în vederea ajungerii la adevăr și certitudini; precum și comunicare țintită, ca comunicare semnificantă de transmis cuiva. Tulburările derulării controlate și preconștiente ale cursului ideativ deja menționate, pot fi înregistrate ca și tulburări ale gândirii. Semiologia psihopatologică înregistrează însă și alte forme.

Saltul la concluzie („jump to conclusion”) constă în faptul că atunci când apar unii indici informativi problematici, subiectul sare direct la concluzie, fără a mai parcurge procesul de inferență logică și de argumentare necesar. Orice senzație corporală de durere îl conduce direct și imediat la concluzia unei boli grave; faptul că soția discută amabil cu un cunoscut apare ca un semn cert că-l înșeală, etc. Este unul din mecanismele prin care se constituie unele deliruri monotematice.

Între tulburările fluxului ideativ unele constau în ritmul derulării acestuia. În manie se întâlnește accelerarea fluxului ideo-verbal: ideile apar rapid, una după alta, e prezentă o presiune a ideatiei, care nu poate fi transpusă integral în vorbire. Asociațiile ideatice sunt superficiale, derivă una din alta sau sunt ocazionate de observații actuale. Vorbirea este accelerată și multă cantitativ apărând „logoreea”. Pe acest fond al „fugii de idei”, gândirea organizată în vederea rezolvării metodice de probleme nu poate progresa normal. În schimb

pot apărea multe idei noi, pe bază de intuiție. Vorbirea e neîntreruptă, sărind de la o temă la alta, bazându-se pe asociații superficiale.

În depresie se întâlnește o încetinire a fluxului ideativ, gândurile sunt puține, se reiau perseverent, după pauze lungi. Vorbirea e înceată ca tonalitate, redusă cantitativ, lentă.

În psihopatologie întâlnim tulburări formale de gândire și vorbire care pot fi comentate din perspectiva relaxării sau pierderii obiectivului, fie că e vorba spre evoluția spre o concluzie ideatică, fie de comunicarea unei informații. Aceste tulburări formale pot fi urmărite în primul rând prin felul în care se derulează vorbirea, care pierde din coerență.

Se pot menționa: Gândirea și vorbirea „circumstanțială”: aceasta evoluează din aproape în aproape, cu paranteze și trimiteri inutile, dar revine la direcția principală, îndreptându-se perseverent spre concluzie. Acest stil, în diverse variante, a mai fost caracterizat ca „manierist” – când se exprimă cu multe formule prețioase de introducere, legătură, politețe -, „hiperelaborat”. Expunerea poate fi încărcată și de „stereotipii”; adică de repetarea identică și inutilă a acelorași clișee expresive. S-a comentat și în cadrul Ps.D de „reducerea conținutului vorbirii”, când subiectul prezintă o lungă expunere cu un conținut comunicativ redus. Și „perseverența”, când conținutul se reia mereu și inutil, în variante doar puțin diferite. Într-o formă mai accentuată se constată pierderea direcției gândirii și vorbirii. Pentru ca, apoi, ea să se manifeste „digresiv”, adică alunecând mereu spre sensuri derivate din cele expuse, dar ne mai întorcându-se la direcția inițială.

Forma cea mai accentuată de tulburare constă în „incoerența” gândirii și vorbirii. Exprimarea este neinteligibilă deoarece apar grave tulburări gramaticale, logice și semantice în însăși interiorul propoziției, astfel încât nu se mai păstrează nici minime unități de semnificație. În acest caz sunt prezente și

tulburări semantice. Această modalitate de exprimare a fost etchetată ca „schizofazie” sau „salată de cuvinte”.

Aspecte ale dezorganizării gândirii și vorbirii care contribuie la această manifestare gravă sunt: - tulburări gramaticale sintactice și tulburări semantice; - tulburări logice; - barajul mental ce constă din oprirea bruscă a cursului gândirii și reluarea sa în altă direcție; - metismul sau izbucnirea intruzivă în conștiință a unui ansamblu nestructurat de gânduri; - asocierea cuvintelor prin apropiere fonetică și prin rime; - aspectul vag, aluziv al utilizării cuvintelor (în răspuns și în discurs); - tulburări semantice în sensul utilizării neadecvate a cuvintelor; - neologisme, utilizarea de expresii și semne cu semnificație ideosincrazică; - abstractizarea necorelată cu contextul.

Relaxarea coerenței și dezorganizarea în aria gândirii și vorbirii poate fi sesizată relativ ușor. Interpretarea e mai dificilă, dat fiind că se intersectează planul gândirii logice cu exprimarea gramatical semantică. O interpretare clasică se referă la gândirea hiperincluzivă, la baza căreia ar sta inabilitatea de a selecta, elimina și restrânge gândirea la sarcina actuală; limitele semantice și de căutare a argumentelor de etapă se relaxează, căutarea și selecția cuvintelor și fragmentelor de vorbire rămâne aproximativă, periferică. Direcția poate fi pierdută, „câmpul” semantico-pragmatic care a organizat țintirea soluției sau a semnificației comunicante se anulează; se instalează o dezordine comunicativă sau chiar un limbaj total dezorganizat.

2.6. Preocupările și convingerile anormale; delirul

Orice subiect se preocupă constant de rezolvarea situațiilor problematice în care e angajat. Unele din aceste preocupări persistă o perioadă mai îndelungată implicând planul metareprezentational, „ne-actual” al psihismului. De ex. preocuparea față de o eventuală boală sau față de infidelitatea partenerului se

poate menține luni de zile, în maniera griii fobice, a chinului obsesiv sau în manieră prevalentă. Subiectul ajunge să acorde o importanță excesivă unei astfel de probleme personale, astfel încât ea devine o „temă” , o „idee” fobică, obsesivă, prevalentă sau delirantă. În același sens poate evolua preocuparea față de o evaluare pozitivă sau negativă din partea altora, a persecuției și prejudiciului pe care persoane cunoscute sau necunoscute îl realizează, sau l-ar putea realiza, în raport cu subiectul. Delirul se definește tradițional ca o convingere anormală, nerațională și absolută într-o idee neadevărată care nu poate fi modificată prin argumente. Temele delirante se referă la preocupări față de propria sănătate, capacitate, valoare, identitate. Precum și la felul în care alții îl receptează, îl evaluează, la intenția altora în raport cu propria persoană, cea mai frecventă preocupare fiind cea de persecuție. În variante mai deosebite temele delirante se referă la raportarea generală a subiectului la societate, istorie, cosmos, transcendență. Convingerea delirantă e neargumentată d.p.d.v. rațional, e exagerată, uneori absurdă, rigidă. Ea e impermeabilă la argumente și experiență și condiționează atitudini, stări afective și comportamente anormale. Existența delirantului se concentrează pe preocupările anormale, el ne mai fiind receptiv la varietatea vieții.

Convingerile delirante derivă în primul rând din preocupările personale și în principiu sunt diferite de convingerile comunitare sau certitudinile perceptive; deși pot interfera cu acestea. Trăirile delirante se articulează frecvent cu tulburări perceptive halucinatorii și cu tulburările eului, în cadrul unui complex sindromatic paranoid.

2.7. Discernământ și evaluare

Cunoașterea lumii, a situației date și cunoașterea de sine, permite subiectului să acționeze nu doar eficient ci și cu discernământ. Discernământul constă din

evaluarea consecințelor actelor proprii ale subiectului, pentru sine și pentru alții. E implicată astfel evaluarea în viitor a cursului evenimentelor, relațiile ce sunt de așteptat între acțiunile proprii și acțiunea altora. În plus se ține seama de normativitate și valorile promovate de socio-cultura în care subiectul trăiește.

Interpretarea și evaluarea sunt procese cognitive importante pentru om, care se bazează pe informațiile culese prin selectivitatea atenției și prin percepție. Percepția, care constă din receptarea și sinteza informației actuale structurată ca formă și semnificație, reprezintă o primă etapă a evaluării. Există însă și un al doilea nivel al evaluării, care e realizat de sinele identitar în plan metacognitiv, transsituațional. Subiectul evaluează de obicei situația actuală în ansamblul ei, încă din cursul desfășurării acesteia. Și la fel, îi evaluează pe alții și se evaluează pe sine, în perspectiva transsituațională a capacității, a valorii, a identității, a încrederii în sine, a atitudinii altora față de sine, etc.

Evaluarea altora și evaluarea de sine poate fi pe de o parte caracterială, pe de alta valorică și relațională. O altă persoană poate fi evaluată d.p.d.v. al stilul său comportamental constant; dar și în perspectivă morală (bun, rău, mincinos). Precum și din perspectiva raportării sale la subiect (prietenos, atent, protectiv, ostil, dușmănos). Această evaluare stă la baza încrederii sau suspiciunii în raport cu alte persoane.

În perspectivă psihopatologică are importanță în primul rând autoevaluarea. Aceasta este negativă în depresie, când subiectul se simte incapabil și vinovat. Anxiosul și obsesivul sunt lipsiți de încredere în sine, pe când maniacalul are o încredere în sine excesivă.

Raportarea la sine se mai exprimă în psihopatologie prin egosintonie și egodistonie. Egodistonia, care constă în dezacordul cu sine, e prezentă în obsesionalitate, când subiectul are trăiri cu care nu e de acord și pe care ar dori să le îndepărteze.

Raportarea la sine și autoevaluarea e importantă și pentru a se circumscrie „conștiința bolii” (insight). Un om care are o tulburare malativă o poate neglija, chiar după ce s-a stabilit un diagnostic medical, fapt care face mai dificil tratamentul și vindecarea. Colaborarea între pacient și terapeut e un aspect deosebit de important în medicină. Bolnavul trebuie educat astfel încât să-și cunoască boala și tratamentul și să fie implicat în proiectul de tratament și recuperare în calitate de „coterapeut”. În psihopatologie, în mod natural, mulți pacienți mai ales psihotici, nu au spontan conștiința bolii. Există însă și o categorie de cazuri la care preocuparea pentru boală și pentru întreținerea unui statut de bolnav este un aspect central. Dar și aceste cazuri – de ex. în hipocondrie – subiectul nu identifică și nu înțelege de fapt existența tulburării psihice; și deci necesitatea terapiei pentru însăși tulburarea care-i întreține interesul pentru statutul de bolnav. Altă categorie, cea a persoanelor anxioase, resimt constant nevoia de protecție; iar cadrul medical e o zonă protectivă în care ei se simt asigurați; motiv pentru care o solicită. Dar solicitarea de fond a anxiosului este cea de protecție și asigurare în general; și nu de tratare a însăși anxietății. Un maniacal, un delirant și chiar un depresiv grav nu au însă această tendință. Și la fel unele persoane care suferă subiectiv mult, așa cum sunt cei cu tulburare obsesiv-compulsivă, nu se adresează diagnosticianului și terapeutului decât tardiv.

Una din problemele terapiei în cazurile psihopatologice constă în delimitarea aspectului psihopatologic și conștientizarea lui. Pacientului i se oferă informații cât mai adecvate privitor la tulburarea pe care o are. Creșterea „insight-ului” e un proces cognitiv care favorizează alianța terapeutică și succesul terapeutic.

2.8. Inteligența

Inteligența se referă la capacitatea de ansamblu a persoanei de a raționa, de a judeca adecvat teoretic și practic, folosind legile logicii, fondul de cunoștințe și informațiile situaționale. Această capacitate se dezvoltă progresiv în cadrul ontogenezei progresându-se de la operații situaționale concrete la inferențe probabilistice pe modele abstracte. Psihologia comentează variante ale capacității inteligenței, predominant abstracte, teoretice sau pragmatică, socială. Dezvoltarea insuficientă a capacității inteligenței, de diverse cauze se exprimă prin diverse grade de deficiență mentală. Evaluarea funcționării inteligenței la diverse vârste se face prin probe psihologice adecvate. Deficiența mentală, a tulburării dezvoltamentale, e diferită de autismul Kanner.

3. Facultatea (structura funcțională) conativ – afectiv - motivațională

Omul care cunoaște lumea și este orientat adecvat într-o situație dată, se manifestă în cadrul acesteia pe baza unui determinism motivațional. Motivația manifestărilor psihice umane, deși păstrează elemente fundamentale din structura motivațională a psihismului animal, este mult mai complexă. Ea e ordonată de factori normativi valorici ai culturii, de particularitățile relației intersubiective cu alte persoane; Și de capacitatea metareprezentățională, evaluativă și de decizie de care dispune individul uman.

Există și în cazul omului o „intenționalitate” de fond care, la fel ca în cazul instinctului animal care stă în spatele trăirilor actuale psihice, orientând individul spre lume, spre acțiune, spre relaționare. Acest dinamism bazal poate fi și el inhibat sau alterat psihopatologic, așa cum se întâmplă în depresie și în schizofrenia simplă. Instinctualitatea joacă și ea un rol în motivația umană; Dar influența ei directă centrată pe întreținerea unor pulsioni biocorporale, e integrată în modalități comportamentale cu semnificație socio-culturală, pe care subiectul le asimilează în cursul educației. Afectivitatea joacă un rol variat, de

alertă circumstanțială prin emoții, de orientare situațională prin dispoziții, de mobilizare prin stările de afect. Pentru motivarea omului, afectivitatea se subsumează relaționării interpersonale. Această relaționare joacă un rol esențial în motivația subiectului, atât prin atașament cât și prin mesajele deontice (de permis, interzis, obligatoriu) sau alte semnificații de modelare a comportamentului ce vin de la alții (sugestie, sfat, îndemn, etc). Însăși prezența în mijlocul societății este un factor motivațional, dominat de performanță și de valorizare socială, stimă de sine, aspirații sociale, etc.

Întreg acest ansamblu motivațional este filtrat și ordonat de funcțiile cognitive. El conduce spre motive și argumente de decizie în vederea unui proiect de acțiune, comunicare, afirmare.

3.1 Semiologia instinctualității

La om instinctualitatea rămâne un factor motivațional pulsional înnăscut, care în mod obișnuit e integrat în structuri motivaționale mai complexe. Dar poate, în anumite împrejurări să se manifeste și în prim plan, ca tendință de împlinire a unor pulsuni – nevoi, tendințe – corporale, a căror satisfacere determină plăcere și detensionare. Instinctul sexual erotic și cel alimentar apar ca mai evidente. Funcționează desigur și instinctul matern. Agresivitatea are la om multiple forme complexe de manifestare, care în cele din urmă, pot fi articulate cu tendința instinctiv biologică de asertare.

Nivelul instinctiv e integrat și filtrat la om de structuri psihice suprajacente, afective, cognitive și socializante, ordonat mai ales prin modelele culturale de comportament, prescrise și acceptate de societate. Manifestarea psihologică directă a pulsuniilor instinctive are loc de obicei atunci când se alterează această integrare și posibilitatea de control voluntar. Ea apare frecvent și la personalități dizarmonice.

Modalitățile de manifestare a pulsiunilor instinctive depind de permisivitățile sociale.

Instinctul sexual

La om sexualitatea nu se desfășoară ciclic și e în mare măsură condiționată de normele culturale. Umanitatea a prohibit incestul, a cultivat de la un moment dat pudoarea, rezervând manifestarea sexualității în spațiul intim. Mai există reglementări legate de instituția familiei care în multe culturi e monogamă, de planificarea sarcinii, protecția copilului, ritualuri și permisivități sociale.

În perspectivă psihologică pulsiunea spre act sexual este în principiu filtrată de afectivitate și de controlul pe care-l realizează discernământul cognitiv. Se diferențiază pulsiunea spre act sexual sau libidoul și efectuarea actului sexual, care se poate desfășura în raport cu variate obiecte relaționale și în diverse modalități. Manifestările aberante ale sexualității pot fi încadrate în sindroame majore sau să se desfășoare relativ izolat, mai ales în variantă compulsiv obsesivă sau impulsivă, la unele personalități anormale. Ele pot avea implicații medico-legale. Semiologic se pot distinge.

Tulburări cantitative: - Reducerea globală a pulsiunii și comportamentului sexual poate apare în anhedonia depresivă sau schizoid/schizofrenă; sau în unele stări astenice grave, condiționate psihogen sau prin boli somatice. – Reducerea capacității de erecție, de excitație sexuală; deseori poate fi condiționată psihogen prin trăiri complexe, experiențe negative, absența unor condiții sau stimulări adecvate, boli locale sau generale; de aceea cazurile se cer analizate de sexolog. Mai poate apare ejacularea precoce sau ejacularea tardivă, cu erecție prelungită. Mai rar actul sexual poate fi dureros. La femei întâlnim, pe lângă lipsa libidoului frigiditatea, constând dintr-o lipsă de plăcere a actului sexual, lipsă de orgasm, uneori dureri sau spasme ale organelor sexuale (dispareunia).

Libidoul și comportamentul sexual poate fi exagerat, dezinhibat și la bărbat și la femei. În general o dezinhibiție sexuală se întâlnește în sd. maniacal. La

bărbat un comportament exagerat cu potență crescută e etichetat ca satyriasis, iar la femei ca nimfomanie, mai ales când constă în nevoia de relații sexuale multiple și repetate. Acestea se pot manifesta și ca particularități ale personalității și se cer diferențiate de hiperexpresivitatea comportamentului seductiv și relatarea confabulatorie a unor relații sexuale multiple, pe care o dezvoltă personalitățile histrionice. Amplificarea instinctului sexual poate fi stimulat prin substanțe psihoactive și e distinctă de afectivitatea relațională.

Masturbația se referă la autoexcitație sexuală până la obținerea de orgasm, în condiții solitare. Ea poate fi de necesitate, în lipsă de partener; dar poate deveni și un comportament habitual și fixat la unele personalități introvertite, schizoide, anankaste. Se poate desfășura prin autostimulare, prin reprezentări sau imagini pornografice sau prin fetișism. Comportamentul poate căpăta caracteristici impulsive și/sau obsesiv impulsive, caz în care e urmat de sentimente de rușine și culpă. Fetișismul constă în excitație sexuală în prezența unor haine sau obiecte ce amintesc de o parteneră de sex opus, idealizată afectiv; pe care subiectul le utilizează pentru excitație și masturbare. Travestitismul constă în preferința pentru îmbrăcăminte sexului opus, situație care creează excitație sexuală. Deci se cere diferențiat de aspectele de modă vestimentară standardizate social. Voyeurismul sau scoptofilia constă în obținerea excitației sexuale doar la privirea unor manifestări sau acte sexuale. Manifestarea e în prezent greu de diferențiat psihopatologic prin răspândirea proiecțiilor pornografice. Exhibiționismul constă în excitație sexuală produsă prin exhibarea publică a organelor și zonelor sexuale, uneori însoțită de masturbare. Toate aceste manifestări dacă nu sunt prezente într-un context psihotic dezorganizant sau maniacal, în demență sau deficiență mentală, exprimă un dezechilibru al personalității, o personalitate dizarmonică, patologic psihopată. În aceste cazuri intră în discuție și identitatea sexuală, care poate fi insuficient definită la unele persoane.

Identitatea sexuală a persoanei are multe nivele dintre care unele sunt biologice: cea cromozomială, morfologică, endocrină, etc. Există și o identitate socială oficială, una psihologică ce constă în particularități afectiv-comportamentale și preferențiale. Preferințele de manifestare expresivă, comportamentelă și relaționările pot să fie în unele cazuri diferite de sexul biologic real al subiectului. Acesta este cazul transsexualismului, în care subiectul resimte o identitate sexuală diferită de cea corporală și socială. El se manifestă ca atare și dorește schimbarea oficială a sexului, prin formalități juridice, iar uneori și prin intervenții chirurgicale. Există și cazuri în care diferențierea sexuală nu e tranșată în plan morfologic și/sau endocrin.

În afara cazurilor de transexualism, se cere precizat că identitatea sexuală poate fi insuficient conturată la multe persoane, fapt ce conduce doar la particularități comportamentale și nu la manifestări patologice. Un aspect deosebit este homosexualitatea care constă în preferința afectiv erotică pentru persoane de același sex. Ea poate fi înnăscută, neînsoțită de alte manifestări psihopatologice, configurându-se ca varietate umană, pe care unele societăți o acceptă ca atare, permițând căsătoriile și familiile de homosexuali, chiar cu adoptare de copii. Tulburările homosexuale pot fi însă și egodistone sau cu dublă orientare, subiectul solicitând tratament pentru îndepărtarea lor.

Anormalități în ceea ce privește partenerul/obiectul de desfășurare a comportamentului sexual, au mai fost identificate în următoarele direcții: - zoofilie, ce constă în relații sexuale cu animale; - pygmalionismul, constând în relații cu statui sau obiecte de tip sexual inanimate; - necrofilia, constând în relații cu cadavre. Pedofilia constă în atracție sexuală și efectuare de acte sexuale cu copii și în general cu minori. Gerontofilia se referă la parteneri în vârstă pentru persoanele tinere.

Un alt aspect anormal al sexopatiilor se manifestă în direcția corelației cu agresivitatea. Clasic se descriu: sadismul sexual care constă în excitație și

satisfacție sexuală doar în condițiile chinării partenerului; masochismul sexual care se referă la satisfacție sexuală doar în condițiile suportării concomitente a unor agresiuni fizice sau morale. Sado-masochismul e comentat psihopatologic și dintr-o perspectivă desexualizată, ca satisfacție psihic-morală pe care o produce chinuirea altuia sau faptul de a fi chinuit.

Psihopatologia sexualității în sens larg comentează și diverse forme de desfășurare a relației sexuale cu partenerul, altfel decât prin relația copulației obișnuite, utilizată în fertilizare. Această varietate de relaționare este însă în prezent dispersată în stiluri de satisfacție sexuală pe care le exploatează pornografia actuală.

În ansamblu anormalitatea și particularitățile desfășurării preferințelor și comportamentelor sexuale cuprind o arie largă a vieții societății, care depășește semiologia psihopatologiei clinice. Intră în joc aspecte culturale, obiceiuri, practici ritualice – chiar sociale – tradiții, etc. În plus sexualitatea umană nu se manifestă doar direct corporal. Ea e inclusă în afectivitate și implică vasta arie de expresivitate socio-culturală-spirituală.

Instinctual alimentar

Instinctul alimentar este și el la om extrem de socializat. Nevoia elementară de aport de substanțe necesare supraviețuirii și dezvoltării – incluzând lichide, minerale, vitamine, proteine, glucide, lipide și alte substanțe esențiale – este un aspect biomedical care se include în standardele necesare supraviețuirii; împreună de ex. cu alți parametri biofizici ca aerul, umiditatea, căldura, lumina, etc.

În perspectivă biologică omul este un omnivor, care își începe viața ca orice mamifer prin sucțiunea de lapte. Varietatea tipurilor de alimentare, ca și conținut și stil, este mare în istoria umanității. Alimentarea se face în context social și urmând prescripții sociale. Mai mult, ea are un cadru de desfășurare interpersonală, în care intervine, pe parcursul ontogenezei, familia. Alimentația

contribuie la aspectul fizic, care are o importantă implicare socială, interpersonală.

În corelație cu instinctul alimentar PD menționează de obicei:

Inapetența psihogenă. Lipsa poftei de mâncare este o caracteristică de bază a stărilor depresive. În sd. depresiv scăderea în greutate datorită inapetenței e un indice de gravitate; iar revenirea apetitului e un indice de ameliorare a depresiei. În afara depresiei considerată ca sd.pt., inapetența poate fi condiționată de trăiri psihice negative reactive, de la decepție, deziluzie, epuizare, frustrare, eșec, epuizare. Chiar în condiții medicale bine definite poate interveni o componentă psihogenă, condiționată de alții, de intervenția examinărilor, etc. Creșterea apetitului alimentar poate fi și ea condiționată biologic, prin factori endocrini, de disfuncție cerebrală centrală, prin consum de substanțe, etc. Psihopatologia e preocupată mai ales de polifagie, care constă în consum crescut și necontrolat de alimente și de polidipsie care se referă la consum exagerat de lichide. Polifagia poate fi condiționată psihogen prin stări de tensiune iritabilă și anxioasă, disforie, în cadrul căreia subiectul e neliniștit și consumă nediscriminativ tot felul de alimente, mai ales dulciuri care îi creează o temporară stare de destindere. Dacă se prelungește o astfel de stare de disforie poate condiționa obezitatea. Spre deosebire de polifagie, care e un comportament constant, uneori stereotip-repetitiv-ritualic, bulimia constă din crize de consum a unor mari cantități de alimente în timp scurt, în cadrul unei stări de impuls irezistibil și necontrolat. Criza de bulimie poate fi urmată de discomfort, dureri abdominale, vărsături, iar psihic de culpabilitate, depresie anxioasă. Comportamentul bulimic are multiple variante, de la cele marginale normalității la stări anormale încadrabile în patologia impulsivă și deseori articulate cu conduite anorexice. Pentru cazurile bulimice pot exista și condiționări strict organic cerebrale; dar patologia e orientată de obicei spre endogenie psihopatologică.

Anorexia mentală constă în refuzul alimentar caloric, anormal, având ca suport o preocupare prevalentă sau chiar delirantă față de creșterea în greutate și volum corporal. Patologia e înregistrată predominant la tinerele fete în perioada instalării menarhei; Substratul psihopatologic e mai larg, corelat identității personale și a aspectului corporal înregistrabil de către alții. Tânăra fată trăiește opțiunea pentru un aspect subțire al corporalității, refuzând orice ar putea contribui la creșterea în volum și greutate. Această atitudine rejectează în mod evident maturizarea corporală și asumarea sexualității generative. Autoperceperea dimensiunilor și aspectului corporal se realizează pe toate canalele, inclusiv pe cel intern și proprioceptiv, conjugat cu cel exteroceptiv al imaginii corporale evidențiabile în oglindă și în perceperea propriului corp de către alții. Pentru a preveni creșterea în greutate pacienta urmează diete hipocalorice, își provoacă vărsături, consumă anabolizante și diareice, etc. Ca un simetric masculin al acestui simptom-sindrom psihopatologic, a fost descris în ultimul an pentru băieți „sindromul Adonis”. Acesta constă în preocuparea pentru o resimțire și un aspect corporal receptibil de către alții ca fiind de o constituție athletică, musculoasă, de tip „Hercule”. Pentru aceasta tânărul petrece mult timp efectuând exerciții fizice, urmează o dietă bogată în proteine și utilizează deseori anabolizante.

Aspecte psihopatologice în zona instinctului alimentar mai pot fi notate în ceea ce privește preferințele alimentare, care uneori pot fi bizare și neadecvate biologic. Astfel de comportamente de alimentație stranie, etichetate ca „pica”, pot apare în stările dementiale, în deficiențe intelectuale grave necontrolate și în forme grave de dezorganizare schizofrenă.

Instinctul matern

Trimiterea la instinctul matern diferă de cele făcute la alimentație și sexualitate, deoarece se are în vedere un model de raportare și comportament de durată și nu scurt, paroxistic, ca în cazul alimentării sau raportului sexual.

Esența sa e atașamentul față de progenitură, aspect corelat strâns cu afectivitatea ce e consubstanțială sinelui. Capacitate de atașament, a cărei expresie pentru adult e prietenia, afecțiunea, iubirea, are la bază o redimensionare psihologică a „eului”, dincolo de limitele sale rigid egoiste. O „reduplicare” care-l amplifică și îmbogățește. De aceea, deficitul instinctului matern, se corelează cu tulburările de personalitate în care subiectul e incapabil de relaționare intimă de durată, de identificare, empatie și „rezonare” afectivă cu celălalt. Tratarea propriului copil în mod constant doar ca un obiect de manipulat, fără implicare afectivă, e o patologie importantă, de fond, a tulburărilor de personalitate. Dar, orice stare psihopatologică poate afecta și instinctul matern, în mod specific. O atenție specifică se cere acordată depresiei și dezorganizării schizofrene.

Agresivitatea și patologia instinctiv agresivă

Agresivitatea e dificil de circumscris ca instinct și pentru animale. Comportamentul prădător al carnivorelor e parte a instinctului alimentar. Agresivitatea poate fi înțeleasă în biologie și la om ca modalitate de comportament social corelată competiției și dominanței. Relaționarea dintre indivizi oscilează d.p.d.v. social între câteva atitudini bazale pe care circumplexul Bakan le ordonează între axul dominare/dependență și axul afiliere/opoziție. Dominarea sau opozitivitatea exprimă agresivitatea competitivă care are variate modalități comportamentale de manifestare. Individul care pierde în cadrul competiției se supune sau dezvoltă conduite de evitare și îndepărtare. La om această schemă se aplică de asemenea, cu complexitatea pe care o introduce limbajul și dimensiunea metareprezentățională a psihismului. Prin intermediul acestora, agresivitatea se poate manifesta ca atitudine ostilă: de respingere, ținere la distanță, dispreț, înjosire, batjocorire, umilire, „facere de râs”, etc. Astfel de atitudini se pot manifesta expresiv-lingvistic, de ex. prin ironie. O altă atitudine agresivă poate fi desconsiderarea, ignorarea, părăsirea, neascultarea; și în general ansamblul atitudinilor ce blochează afiliația.

Agresivitatea dominației se poate manifesta și ea verbal, atitudinal și comportamental. Se poate ajunge și la comportament agresiv-fizic cum ar fi lovirea, rănirea, maltratarea, chinuirea, torturarea. Acestea se pot conjuga cu agresivitatea psihic morală și pot avea caracteristici sadice, în sensul plăcerii pe care o provoacă chinuirea altuia. Corelat se poate manifesta atitudinea și comportamentul masochist. În cadrul relațiilor pot apărea stări reactive explozive, heteroagresive violente în care subiectul nu se mai controlează cu discernământ provocând celui alt leziuni corporale sau moartea.

Comportamentul fizic agresiv poate consta din distrugerea nediferențiată, „clastică” a obiectelor din ambianță, fapt care se petrece de obicei concomitent cu denivelarea vigilității.

Potențialul agresiv, în diversele sale forme de manifestare, poate varia tipologic caracterial, poate fi potențat de unele stări fiziologice sau de consum de substanțe. El poate fi condiționat și reactiv, prin frustrări sau psihotraume repetate. Agresivitatea poate fi susținută de tematica delirantă paranoidă când pacientul, simțindu-se persecutat și atacat, se comportă agresiv „ca să se apere”. Diverse conjuncturi sociale pot crea cadre și contexte supraindividuale care furnizează manifestarea agresivității. Pluricondiționarea comportamentului uman agresiv pretinde ca agresivitatea patologică să fie analizată cu mult discernământ.

Autoagresivitatea se cere comentată în același sens ca și heteroagresivitatea. Și ea are o componentă psihică, morală și una fizică. Se ridică problema masochismului, mai ales în corelație cu depresia. Autoagresivitatea se poate declanșa impulsiv-exploziv sau deliberat, metodic. Principala problemă e cea a suicidului, care necesită un comentariu separat.

3.2 Psihopatologia în planul afectivității

Afectivitatea e dificil de definit, neexistând un consens al psihologilor și psihopatologilor în acest sens. În general se comentează în acest capitol

emoțiile, dispozițiile afective, stările de afect, atașamentul și trăirile afective corelate manifestărilor și afirmărilor socio-culturale ale persoanei.

Emoțiile sunt manifestări biopsihice adaptative pe care omul le moștenește din biologie. Ele constau din trăiri paroxistice determinate de anumite informații specifice și care implică intens corporalitatea în toate planurile sale, având și o specificitate bio-psihică, pe care omul o trăiește subiectiv diferențiat. Principalele emoții sunt cele de spaimă, furie, satisfacție, discomfort sau stare rău, de „supărare” provocată de o pierdere, desgust. Omul resimte stările emotive în plan corporal neurovegetativ și al musculaturii striate. Psihic vigilitatea conștientă este îngustată și centrată pe o anumită semnificație, având și o calitate particulară. Trăirile emotive, bazându-se pe mecanisme înnăscute, pot avea o declanșare endogenă. De obicei sunt condiționate de informații cu o anumită semnificație. Ele se corelează astfel cu dispozițiile afective și cu trăiri mai complexe, specifice omului. Criza de spaimă se corelează cu dispoziția anxioasă și cu universul foarte vast al fricii, al fobiilor. În psihopatologie ea se manifestă ca și atac de panică. Stările de rău corelate pierderilor se corelează cu dispoziția depresivă care are pentru om o gamă extraordinar de variată de manifestări. O trăire de tip emotiv specifică omului este râsul, care e distinct și diferit de trăirea și expresivitatea zâmbetului, corelată cu deschiderea agreabilă spre sociabilitate.

Emoțiile joacă un rol important în medicină deoarece, implicând funcționarea organismului în ansamblu. Dacă se repetă și nu sunt descărcate, pot favoriza unele tulburări psihosomatice. Pentru psihopatologie este importantă trăirea intensă și prelungită a emoției de spaimă care poate conduce la reacție de stres posttraumatic. Aceasta apare mai ales la persoane predispuse care sunt expuse unor amenințări grave și prelungite, de obicei colective (catastrofe naturale, evenimente sociale dramatice, răpiri și torturări, etc). Ele sunt urmate de: sensibilități fobice la tot ce amintește de evenimentul psihotraumatizant,

anxietate generalizată, insomnie de adormire, tensiune permanentă, reamintirea obsesivă a scenelor amenințătoare, tulburări psihosomatice, etc.

Un aspect specific uman e și emoția socială, ce apare în cazul manifestărilor subiectului în fața unui public necunoscut, față de care trebuie să se manifeste performant. Preocuparea obsesivă față de acest eveniment poate conduce la eșec, roșeață publică și ulterior frică de apariție și manifestare în public.

În perspectiva semiologiei psihopatologice se mai pot menționa persoane care sunt hiperemotive în general; sau în legătură cu anumite tipuri de emoții. Precum și persoane hipoemotive, care de ex. nu au emoții de anxietate în nici o împrejurare, fiind astfel capabile de comportamente particulare. Manifestarea exagerată sau anormală a emoției se poate articula cu cea a dispoziției afective.

Dispozițiile afective. Acestea se referă la atitudinea de ansamblu a subiectului față de situație și lume, care orientează într-o anumită direcție interpretarea informațiilor și comportamentul relațional. Semiologia psihopatologică comentează exagerarea și distorsiunea stărilor dispoziționale normale. Se cere subliniat că aspectul propriu-zis afectiv este doar o componentă a acestor trăiri, ce pot avea o durată variabilă, uneori foarte îndelungată. În cadrul unor dispoziții afective accentul apare pe relaționarea cu alții; acestea vor fi inventariate în paragraful următor.

În continuare vor fi enumerate câteva dispoziții afective care, în cazul în care se manifestă intens, nemotivat, persistent și decontextualizat, apar ca parte importantă a unor sindroame psihopatologice.

- Dispoziția euforică e o trăire pozitivă, ce exprimă bucurie, veselie, hipersociabilitate, încredere în sine și în viitor, optimism; poate ocupa un prim plan în sd. maniacal.
- Dispoziția disforic-iritabilă constă într-o stare de tensiune psihică, nemulțumire de tip depresiv, neliniște de tip anxios, orientare agresivă cu predispoziție la reacții explozive în raport cu ambianța în general sau cu alte

persoane; subiectul nu are răbdare și totul îl nemulțumește. Poate fi prezentă atât în sd. maniacal cât și în cel depresiv; sau poate fi condiționat de condiții medicale generale sau de suferințe cerebrale.

- Dispoziția anxioasă constă într-o stare de tensiune și neliniște cu sentimentul că se va întâmpla ceva nefavorabil în viitorul apropiat, subiectului sau celor apropiați; pe acest fond pot apărea atacuri de panică.

- Dispoziția depresivă este o trăire negativă dominată de tristețe, lipsă de speranță, dezinteres față de ambianță, evaluare negativă a prezentului și a propriului subiect în ansamblu.

- Dispoziția astenică e marcată de un sentiment constant de lipsă de energie psihică și fizică, de dificultate de a se mobiliza; e însoțit deseori de ceneștopatii.

- Dispoziția apatică constă într-o indiferență față de ambianță și situația în care subiectul se află; el e indiferent față de ceea ce se întâmplă sau de ceea ce i s-ar putea întâmpla lui sau celor de care e legat. Apatia e distinctă de depresie. Ea însă se poate corela cu alte simptome dispoziționale.

- Tocirea afectivă și anhedonia. Sensibilitatea sau reactivitatea față de evenimentele pozitive sau negative e redusă sau nulă; subiectul nu mai e interesat de nimic, nimic nu-l mai bucură și nu-i face plăcere, chiar și lucruri care înainte îl interesau sau îl satisfăceau. Anhedonia se întâlnește în depresie și schizofrenie. În ultimul caz se vorbește și de „răceală” sau „pustiire” afectivă, indiferența, lipsa de interes și rezonanța fiind maximă, uneori chiar constatată hiperlucid de către subiect.

În toate cazurile menționate, aspectul psihopatologic constă și din rigiditate prin care se menține această dispoziție afectivă și atitudine față de lume, indiferent de împrejurări, stimulări, informații, situații noi, care au o semnificație care ar necesita o altă atitudine. Afectivitatea nu mai este modulată după împrejurări, se manifestă monoton în aceeași varietate euforică, depresivă,

anxioasă, disforică, etc. Această dispoziție rigidă anormală se menține dealungul unui întreg episod psihopatologic. În altă variantă o anumită dispoziție afectivă poate domina și trăsăturile caracteriale ale unei persoane.

Un alt aspect psihopatologic constă în instabilitatea, în schimbarea rapidă și nemotivată a stărilor dispoziționale, care e însoțit și de schimbarea atitudinii față de alții și sine. Acesta se întâlnește mai ales la tulburarea de personalitate borderline, în care caz subiectul trece nemotivat în cursul aceleiași zile de la euforie, la anxietate cu solicitare de protecție, la depresie cu autopedepsire, la disforie însoțită de reacții explozive, etc.

- Labilitatea emoțională constă în modificarea frecventă a stărilor emotive și dispoziționale în funcție de evenimente minore care se succed.

- Areactivitatea emotiv dispozițională însoțită de o expresivitate mimică rigidă poate fi uneori expresia unei impregnări medicamentoase cu substanțe neuroleptice.

- Hiperexpresivitatea mimico-gestuală a stărilor emotiv dispoziționale e caracteristică personalităților histrionice, care pe această cale impresionează anturajul și atrag atenția asupra lor.

În perspectivă dinamică se mai pot aminti următoarele aspecte semiologice ale afectivității.

- Fobia constă într-o frică exagerată și nemotivată de unele situații sau persoane, care conduce la conduite de evitare sau asigurare. Fobiile se pot referi la: spații înguste, aglomerație, acte medicale, microbi, manifestarea performantă în public, boli, etc. Contactul cu situația fobogenă poate declanșa un atac de panică.

- Afectul patologic constă dintr-un comportament a cărui motivație este condiționată semnificativ de o stare afectiv reactivă care limitează discernământul și elaborarea unui comportament rațional.

3.3. Atașamentul și dinamica motivațională în cadrul relațiilor interpersonale

Specificul psihismului uman constă, între altele, și în faptul că relaționarea interpersonală joacă un rol major, în toate aspectele vieții. Faptul este fundat evoluționist, prin argumente ce susțin dezvoltarea amplă a „creierului social”. Dar și developmental, prin faptul că maturarea psihică se realizează în condițiile dezvoltării extrauterine a creierului, în contact permanent cu mama, familia și alte persoane. Această dezvoltare psihică ontogenetică are la bază înțelegerea intersubiectivă, prin conjuncția și împărtășirea privirii, ce se petrece încă din primul an. Intervine apoi, relația de atașament cu mama, ce se construiește între 1-3 ani, urmată de capacitatea de mentalizare (sau „teoria minții” - TOM) prin care copilul intuiește faptul că ceilalți au mintea lor, distinctă de a sa, având propriile dorințe, intenții, opinii, credințe. Pe această bază se construiește în cursul biografiei o colaborare negociată cu ceilalți, având la bază legătura afectivă intimă cu cei apropiați, condiționată de atașament. Relațiile cu alți oameni se dezvoltă în cursul ontogenezei pe o diagrama intim-public și având la bază câteva atitudini de bază ca: dominare/supunere, deschidere agreabilă, prietenie, dragoste/opozitivitate, suspiciunea, ostilitatea, ura, manipularea hiperexpresivă, evitarea, retragerea, etc. Aceste atitudini se exprimă situațional în raport cu anumite persoane. Dar ele joacă același rol și în relațiile de durată, în raport cu persoanele de care subiectul este mai mult sau mai puțin atașat afectiv. Toate aceste aspecte ale vieții psihice implică afectivitatea într-un mod diferit decât emoțiile și dispozițiile afective, deși se pot corela cu acestea.

În această arie problematică afectivitatea se mixtează cu atitudinile de raportare interpersonală. D.p.d.v. al semiologiei psihopatologice se pot distinge următoarele atitudini relaționale – și raportări afective relaționale – care pot avea un caracter exagerat și nefuncțional: suspiciunea, ostilitatea, ura, gelozia, indiferența, dominanța și supunerea exagerată, dragostea nereală și absurdă. Astfel de relaționări apar mai ales la cei cu tulburări de personalitate și la

deliranți. O mențiune specială necesită ambivalența afectivă: subiectul în același timp iubește și urăște pe altul.

Factorul general al sociabilității se cere și el avut în vedere. Disponibilitatea față de contactul social variază tipologic. Unele persoane sunt introvertite și altele extrovertite; doar la extreme fenomenul poate fi psihopatologic. Hipersociabilitatea gregară și nediscriminantă se întâlnește în manie. Dar și histrionicul preferă societatea pentru a putea fi în centrul atenției, iar anxiosul, deoarece prezența socială reduce anxietatea. Retragerea socială este caracteristică autismului, în toate semnificațiile acestui termen. Ea se poate datora și suspiciunii paranoide sau relaționale. Retragerea socială o întâlnim și în depresie, obsesionalitate și fobie socială.

Relaționarea interpersonală joacă un rol important în motivație prin mesaje de tip deontic care gravitează în jurul valorilor de permis, interzis, obligator. Aceste mesaje stau la baza educației și toate interacțiunile dintre copil și mamă/educatori se bazează pe ele. Ulterior, în cursul vieții, mesajele deontice ordonează întreaga viață socială deoarece ele stau în spatele tuturor normativităților ce reglează viața de zi cu zi sau procedurile profesionale, orientând și jalonând actele și manifestările subiectului. Ele rămân și baza relațiilor interpersonale, valoarea lor fiind cu atât mai mare cu cât vin din partea unor persoane pe care subiectul le stimează, iubește, apreciază, în care are încredere. Influențarea deciziilor personale se face însă ulterior mai nuanțat, aspectul imperativ al mesajelor fiind indicat de valențe precum: sugestia, sfătuirea, recomandarea, îndemnul. Astfel de atitudini fac parte din retorica socială generală dar și din dialogurile argumenative prin care subiectul cere părerea altora în vederea luării unei decizii personale. Luarea unei decizii e responsabilizantă; și de aceea, subiectul deseori acceptă variante pe care le împrumută de la stilul general de comportament al colectivității sau de la persoanele pe care le apreciază.

Afectivitatea interpersonală joacă astfel un rol important în motivația și decizia subiectului. Afectiunea și dragostea face ca subiectul să asimileze interesele și stările altei persoane ca fiind similare propriilor interese și stări.

Dincolo de afectivitatea concretă a atașamentului față de alte persoane, subiectul poate fi atașat și de entități mai generale așa cum ar fi: grupul social, partidul, biserica, patria, etc. Și aceste atașamente afective pot deveni factori motivaționali. Și la fel, atașamentul față de valori generale ca dreptate, binele, adevărul, frumosul.

4. Funcțiile realizatoare. Decizie, acțiune, comunicare (voință)

Subiectul care cunoaște lumea umană în care există și e orientat într-o situație dată, fiind motivat, acționează și comunică, rezolvând situațiile problematice în care e angajat și realizându-se.

Acțiunea eficientă și comunicarea au o aceeași structură, ce evoluează de la decizie și inițierea manifestării spre atingerea obiectivului final. O structură similară are și realizarea unei opere în plan teoretic și valoric. Contextul, tipul de interrelații și obiective, diferă însă, astfel că sunt necesare expuneri paralele. Ca punct de pornire pentru trecerea în revistă asimptomatologiei psihopatologice posibile, poate fi luată situația unui subiect, aflat într-o situație dată, care are în vedere o acțiune pentru atingerea unui scop. Etapele acesteia sunt: deliberarea, fixarea obiectivelor și strategiei, trecerea la act, acțiunea efectivă, finalizarea, evaluarea rezultatelor.

4.1. Comportamentul motor

Decizia presupune adoptarea unei motivații, a unui obiectiv și a unui plan de acțiune. Ea se realizează în condițiile unor multiple oferte motivaționale. Psihopatologia înregistrează:

Indecizia anormală. În cazul unor acte importante, cu consecințe serioase este firească o deliberare temeinică, de obicei implicând și consultarea altor persoane. Dificultatea sau imposibilitatea subiectului de a se decide, uneori pentru cele mai banale aspecte ale vieții de zi cu zi, e un simptom ce se întâlnește în obsesionalitate, în abulia psihastenă.

Ambitendența constă în oscilația între două variante opuse care sunt adoptate succesiv, începute și apoi părăsite; e prezentă în obsesionalitatea gravă și schizofrenie.

Dificultatea trecerii la act constă în faptul că, deși subiectul s-a hotărât pentru o variantă, nu reușește să înceapă acțiunea.

Proiecte alternative multiple; ele pot fi elaborate de subiectul care nu poate alege între ele și rămâne în fază abulică, de neacționare.

Hiperplanificarea acțiunii: subiectul elaborează de la început, toate fazele și subetapele acțiunii ce se proiectează, în toate detaliile sale, în mod rigid, și ulterior încearcă să aplice practic acest algoritm fix de acțiune.

Hipercontrolul și hiperverificarea constau într-o exagerare patologică al controlului firesc al comportamentului cu scop, cu verificarea repetată și exagerată a fiecărei etape parcurse.

Părăsirea proiectului. Subiectul renunță la un moment dat la proiectul început pentru a se dedica altuia; după care revine, oscilând dealungul timpului între mai multe proiecte și nefinalizând niciunul; prin faptul că nu duce la sfârșit lucrul început și-l tot amână, se vorbește de o „lipsă a voinței” sau abulie.

Dificultatea finalizării. Deși proiectul este aproape terminat sau chiar încheiat în esență, subiectul nu-l consideră ca atare și-l revede, reactualizându-l, din dorința de a face un lucru perfect; se vorbește de perfecționism.

Ansamblul dificultăților de realizare menționate mai sus se corelează cu problema etapizării și ordonării etapelor acțiunii; și cu cea a supravegherii și verificării sale exagerate.

Scurtcircuitarea deliberării constă dintr-o prea rapidă trecere la act, imediat după primul stimul provocator sau prima idee de realizare (primul impuls) fără o suficientă deliberare în perspectiva resurselor, utilității și consecințelor. Fenomenul se petrece în stările maniacale, în reacțiile explozive și în comportamentul impulsiv.

Comportamentul impulsiv constă în rapida trecere la act după apariția ideii sau tendinței de a face ceva. Subiectul sau nu deliberează sau cedează repede dacă se opune. Comportamentele impulsive sunt variate ca orientare și complexitate: de la smulgerea firelor de păr – tricotilomanie – la jocul patologic de noroc. Poate fi favorizat de oportunități – de ex. dacă se află într-un magazin pentru cleptomanie, sau de sugestia și tentația indusă de alții – de ex. în dipsomanie. De obicei apare inițial o tensiune ce se descarcă prin acțiune, urmat de o relativă satisfacție și apoi de remușcare.

Comportamentul compulsiv și ritualic constă din acte simple, repetitive cu o finalitate pragmatică redusă sau nulă, cărora subiectul nu se poate opune chiar dacă le evaluează absurditatea; sunt de obicei corelate cu trăiri obsesive, ca în cazul spălatului pe mâini sau ordonării compulsive. Ritualurile pot fi mișcări mai complexe ce se desfășoară imperativ cu sentimentul „magic” al necesității de a preveni ceva rău; sau interferând cu actele banale ale vieții zilnice.

Neliniștea psihomotorie constă în permanente mișcări ale unor părți ale corpului – mâini, ochi – sau ale întregului corp, în deplasare fără un obiectiv precis și în imposibilitatea de a sta relaxat într-un loc. E frecventă în anxietate și sd. ADHD (instabilitatea psihomotorie a copilului).

Agitația psihomotorie constă dintr-o mișcare corporală continuă și insuficient controlată, fără obiectiv și scop special, astfel încât e perturbată ambianța fizică și socială. Se poate desfășura pe fondul creșterii vitezei mișcărilor și vorbirii – tahikinezie, tahilalie – așa cum se întâmplă în sd. maniacal; în cadrul acestuia subiectul percepe clar ambianța, identifică corect

alte persoane, în raport cu care se comportă fără reticență. Agitația din delirium se desfășoară pe un fond de denivelare a vigilității conștiente cu o percepere neclară a ambianței și cu dezorientare; ea poate fi însoțită de un comportament agresiv nediferențiat, clastic, subiectul distrugând orice întâlnește în jur. Agitația din catatonie se desfășoară cu mișcări și posturi ce se repetă stereotip, putând fi însoțită de manierisme, de o comunicare dificilă și alte simptome prezente în acest sindrom.

Stuporul constă din păstrarea unei poziții fixe, uneori ciudate, putându-se însoți de areactivitate, mutism, negativism, refuz alimentar, opozitivitate sau alte simptome psihomotorii relaționale. Se poate întâlni în formele grave de depresie inhibată când expresivitatea mimico-gestuală e specifică. Apoi, poate fi prezent în sindromul cataton alături de alte simptome ale acestuia. În perspectivă etiopatogenică se poate întâlni stupor psihoreactiv, în tumori, encefalite. În catatonie poate fi prezentă flexibilitatea ceroasă (păstrarea pozițiilor imprimate) și fenomene de ecomimie și ecopraxie (imită mimica și mișcările persoanelor de față).

Comportamentul stereotip constă în repetarea identică a unor mișcări simple sau a unor posturi. Manierismul comportamental constă din mișcări hiperelaborate, inutile, netranzitive cu aspect hiperexpresiv; se întâlnește în schizofrenia cataton dezorganizată.

Ticurile sunt mișcări bruște, rapide, involuntare, a unor grupe musculare sau părți ale corpului, mână, umăr, grimase ale feței, clipit, etc. Ele nu pot fi controlate voluntar, sunt accentuate de emoții, sunt nefuncționale, putând parazita manifestările expresive motorii ale subiectului. Se pot corela cu balbismul (bâlbâitul).

Bradikinezia constă din derularea lentă a mișcărilor – inclusiv a vorbirii, bradilalia – fiind caracteristică depresiei. Ea se întâlnește și în sd. parkinsonian care poate fi prezent în psihopatologie ca urmare a administrării unor

medicamente neuroleptice. Acestea pot induce și mișcări involuntare de tip coreoatetozice sau hipertoniile de tip extrapiramidal.

Mișcări asemănătoare cu cele involuntare neurologice pot apărea și ca fenomene conversive psihogene (de tip histeric), la fel ca impotențe funcționale de tip hemiplegic, paraparetic, afonic, etc. Aceste cazuri sunt rare în clinica psihiatrică actuală. Lipsesc modificarea reflexelor și alte simptome congruente, fiind în schimb prezente evenimente psihotraumatice. În același sens semiologia psihopatologică tradițională a descris crizele de leșin psihogen, unele dintre ele mimând criza majoră epileptică; ele se produc însă în public, pacientul anunță că își va pierde cunoștința, cade fără să se lovească, are manifestări hiperexpresive, lipsesc modificări ale reflexelor, criza durează mult și „trezirea” are loc cu plâns.

Dromomania constă în deplasarea subiectului fără un scop precis, în contextul unei denivelări parțiale a vigilității conștiente; el se poate deplasa fără a produce accidente dar apare ca „absent”, nu recunoaște prietenii, se comportă ca un automat; poate avea reacții explozive sau comportamente impulsive agresive, de ex. în cadrul stărilor crepusculare din beția patologică.

Comportamentul autoagresiv poate fi reactiv exploziv sau elaborat. Ultimul caz care cuprinde și suicidul, necesită o abordare separată.

4.2. Comunicarea

Aceasta se poate realiza situațional, interpersonal social sau prin scris.

Comunicarea situațională

Orice om este expresiv prin aspectul său, înainte de orice intenție comunicațională. Expresivitatea situațională depinde totuși de poziționarea subiectului în situația respectivă. Există o diferență între un om care ține un discurs public, e atent la executarea unor operații mecanice, contemplă natura sau e supus unei examinări psihopatologice.

Expresivitatea unei persoane care e abordată situațional, chiar dacă nu e implicată într-un dialog cu examinatorul, poate oferi informații privitoare la statutul său social, profesie, nivel de autoîngrijire, constituție biopsihică, stare psihică de moment. Îmbrăcămintea, podoabele, starea de îngrijire a corpului și mai ales al feței, pot furniza primele informații. Apoi, starea de nutriție, eventuali indici de boală somatică, ritmul și coordonarea psihomotricității, pot fi informative. Interesul pentru ambianță poate rezulta din orientarea privirii. Manifestarea mimico-gestuală poate indica o stare afectivă de moment, de ex. anxietate, furie, bună dispoziție, tristețe.

În cazul unui contact comunicațional, acesta poate depinde de relația dintre cele două persoane. Subiectul poate vorbi spontan dar lipsit de logică, confuz, neinteligibil. Cel examinat poate să cunoască examinatorul, între ei pot fi relații apropiate, intime sau distante, oficiale. Sau, cei doi se pot întâlni pentru prima dată. Examinatul poate vorbi spontan, adresându-se sau nu celuilalt. Solilocvia este situația în care un pacient vorbește singur, situația fiind frecventă în autismul schizofren. Pacientul poate vorbi spontan incoherent în stări de agitație confuzivă, în stări de delirium. Vorbirea spontană, rapidă, de neoprit, cu multe cuvinte, ca logoree se întâlnește în stări maniacale; pacientul abordează examinatorul, percepția e clară și mobilă. Tot o vorbire continuă, dar dezorganizată și de neînțeles poate apare în schizofrenie.

Examinatul poate să nu vorbească spontan și să nu răspundă la întrebări. Situația aceasta de mutism se poate întâlni în multe stări psihopatologice ca: - stupor melancolic, - stupor cataton schizofren, - autism schizofren, - suspiciune paranoidă, - obnubilare confuzivă în condiții de denivelare a conștiinței, - stare dissociativă de conștiință reactiv histerică, - refuz de colaborare, etc. Expresivitatea persoanei precum și informații suplimentare pot deseori clarifica contextul sindromatic.

Examinatul poate intra în dialog și răspunde la întrebări adecvat, dar lent, încet, cu lungi pauze, cu ton scăzut. În stări depresive, de multe ori întrebarea trebuie repetată insistent. În alte cazuri răspunsul poate fi rapid, la început adecvat, dar cu debit și viteză mare, în stil logoreic; acesta se petrece în stările maniacale; după puțin timp pacientul își continuă răspunsul pe cont propriu, sare frecvent de la o idee la alta, face asociații lingvistice prin asonanță, poate face rime, recită poezii, cântă, se manifestă comportamental dezinhibat, fără reticență.

Un tip special de răspuns e denumit „răspuns alături”; din el rezultă că subiectul a înțeles ceva din întrebare dar răspunsul e neadecvat (e.g. câte degete sunt la o mână? răspuns: săptămâna are șapte zile). Se întâlnește în sd. Ganser.

Persoanele obsesive au deseori un stil de conversație hiperprotocolar, cu multe formule introductive și paranteze circumstanțiale, nepierzând însă direcția discuției și dialogului, revenind constant, dar încercând să se facă înțeleși prin nenumărate detalii nerelevante; sunt frecvente perseverențele. Un astfel de stil, mai accentuat în sens manierist, pot avea unii schizofreni.

Expunerea histrionicului este hiperexpresivă și colorată, evidențiind un imaginar bogat, recurgând la confabulație și mitomanie.

Cele mai variate tulburări în expunerea verbală se întâlnesc în schizofrenie. Tulburările de gândire și vorbire din schizofrenie au fost deja menționate. Esențială este dezorganizarea logică și gramaticală, pierderea direcției de comunicare, inadecvările semantice, putându-se ajunge la neologisme. Răspunsul poate fi „alunziv”. Expunerea poate fi vagă, neclară, plină de aluzii și divagații, lipsit de logică. Pot apare elemente ale trăirilor halucinator delirante, de depersonalizare și a altor trăiri psihopatologice întâlnite în schizofrenie.

Comunicarea e dificilă și în cazul deteriorării cognitive din demență. Pacientul nu-și poate aminti secvențe din viață, momente, evenimente, nu înțelege clar întrebarea, nu este orientat. În măsura în care se suprapune o stare

confuzivă sau de obnubilare, contactul e și mai dificil, iar organizarea expunerii e deteriorată.

Limbajul comunicațional poate fi redus în diverse grade la persoanele cu deficiențe mentale. În cazurile cu dezvoltare pervazivă autistă, comunicarea se stabilește dificil. Pacientul poate monologa, cu expresii stereotipe și manieriste, fără contact vizual cu examinatorul. Tulburarea comunicării se poate produce și din motive neurologice, în afazie. Ea poate fi parazitată de ticuri și se desfășoară particular și balbism (bâlbâială).

Nu trebuie ignorat faptul că, comunicarea poate fi dificilă și din cauza necunoașterii limbii nu a refuzului celui examinat de a colabora.

Textul scris poate evidenția toate tulburările de gândire și vorbire deja menționate. Ceea ce apare în mod deosebit în scris, este dezordinea din psihismul pacientului. Scrierea schizofrenului poate fi în diverse direcții, uneori în spirală cu litere de diverse mărimi și cu variate caractere. Pot apare scheme, schițe ce exprimă tendința la generalizare și simetrizare a psihismului; unele cuvinte sunt utilizate ca simboluri sau concepte fiind scrise cu litere mari: Adevărul, Binele, Eternitatea, etc; apar cuvinte izolate, fragmente de frază; expresiile și cuvintele se pot repeta stereotip; pot fi prezente expresii cu valoare de neologisme sau figuri simbolice cu înțeles ermetic, etc.

Scrisul poate fi expresiv pentru diverse stiluri de gândire particulară și anormală, atât ca aspect cât și ca și conținut. De fapt grafologia este o cale pentru caracterizarea oricărei persoane.

Creațiile pacienților psihici, plastice, literare, filosofice, etc, pot fi marcate formal sau în conținut de stările psihopatologice.

Nu doar modalitățile de exprimare cu intenție comunicativă pot furniza date despre starea psihopatologică; ci orice manifestare spontană și persistentă. Modul în care subiectul își aranjează lucrurile din casă, în care se autoîngrijește,

felul în care se îmbracă, în care desfășoară actele firești ale vieții, toate pot fi deformatе în anumite direcții în stările psihopatologice.

3. Semiologia (PD) centrată pe sindrom

Sindromul e considerat în semiologie un ansamblu coerent de simptome ce se întâlnesc frecvent împreună și au o importantă semnificație clinică. În psihopatologie astfel de sindroame sunt: sindromul (sd) depresiv, sd maniacal, sd obsesiv compulsiv, sd fobic, sd cataton, etc.

Unii autori și unele curente de gândire pun accent, în circumscrierea sindroamelor, pe frecvența corelației simptomelor, degajându-se astfel o zonă centrală a simptomelor cele mai frecvente și specifice și alta periferică, a simptomelor facultative sau ocazionale.

Alți autori și curente de gândire au pus accent pe coerența ansamblului simptomatic și pe semnificația sa. Se ridică firesc problema: ce determină această coerență? În medicina secolului XIX răspunsul inițial a fost leziunea de organ. O anumită suferință a unui organ al corpului se exprimă printr-un ansamblu sindromatic de simptome. Faptul poate fi inferat și pentru psihopatologie, considerându-se că anumite suferințe ale unor zone cerebrale s-ar exprima prin aspecte sindromatice – sau subsindromatice – conducând de exemplu la catatonie și stupor, la anhedonie sau manifestări obsesiv-compulsive. Progresul în domeniul neuroștiințelor au întărit aceste ipoteze prin cunoștințele tot mai ample dobândite în cunoașterea neurotransmisiei. Astfel este clar că în anxietate e perturbată transmiterea serotoninergică, iar în depresie sunt prezente deficite în toate transmisiile aminergice (dopaminergică, noradrenergică, serotoninergică).

Patologia neurologică se pretează destul de bine interpretării semiologiei prin disfuncții ale organului cerebral. Leziuni în anumite regiuni cerebrale pot condiționa diverse forme de afazie. În mod similar suferințe în diverse zone cerebrale se pot manifesta prin simptome psihopatologice precise. Recunoașterea fețelor e dependentă de o anumită arie cerebrală, iar în

schizofrenie sau alte deliruri paranoide această zonă este și ea disfuncțională. Lobul prefrontal este responsabil de așa-zisele „funcții executive” ce constau în planificarea unei acțiuni și monitorizarea executării acesteia. Disfuncții ale acestei zone în corelație cu ganglionii bazali se întâlnesc în sindromul obsesiv-compulsiv, în care autocontrolul psihomotor e perturbat. Tot lobul prefrontal e responsabil de spontaneitatea și inițiativa în acțiune. Apatia și lipsa de inițiativă din schizofrenia negativă pot fi corelate cu o hipofuncționalitate a acestei zone.

Această abordare și interpretare nu încheie însă problema bazelor semiologiei sindromatice. În întreaga medicină se iau în considerare și reacții generale de răspuns ale organismului față de anumite situații, solicitări sau noxe. Criza de epilepsie este un mod de reacție a encefalului la diverse condiții.

Pentru psihopatologie, încă de la începutul sistematizării ei ca știință prin Jaspers, s-a ridicat problema reacțiilor comprehensive anormale. Dacă un om pierde o ființă dragă, la care a ținut mult, el devine trist, depresiv. Faptul e normal, comprehensibil. Starea aceasta de tristețe seamănă însă foarte mult cu depresia patologică. Avem în față un model care ne lămurește că sindromul depresiv patologic are un corespondent în normalitate. Patologia psihică se manifestă însă prin instalarea nemotivată, incomprehensibilă, a unei trăiri asemănătoare până la un punct cu cea normală, dar de o intensitate majoră, fapt ce face ca subiectul să fie desprins de realitatea din jur, decontextualizat, cu pierderea funcționării sociale adaptative și uneori ca un pericol vital crescut, prin nealimentare sau suicid.

După același model al derivării din reacțiile comprehensibile pot fi comentate până la un punct și alte sindroame ca: cel anxios-fobic, obsesiv, impulsiv, hipocondriac și chiar cel delirant paranoid. Totuși, conform doctrinei lui Jaspers, o parte din sindroamele psihopatologice nu pot fi înțelese și comentate astfel, exprimând tulburări formale, incomprehensibile ale structurii psihice ale persoanei.

achizițiile psihice din ultimii 10.000 ani, perioada de când omul a devenit sedentar și agricultor, inventând tot mai multe unelte și apoi scrisul.

Pentru psihismul uman transmiterea genetică modulară a capacităților psihice adaptative nu e înțeleasă rigid. Pentru multe manifestări ea e transmisă doar ca predispoziție, structurându-se postnatal. Specific pentru om e și lunga perioadă de maturizare a encefalului ce se petrece extrauterin, în contact permanent cu psihismul mamei și a altor oameni. Acest fapt „impregnează” în cursul ontogenezei psihismul său cu multe modele de comportament ale persoanelor apropiate și cu modele culturale. Ceea ce se transmite modular genetic și prin învățare de la părinți, se completează ulterior prin experiențe personale și învățare socială, prin efort propriu și educație. Pentru psihismul uman una din principalele caracteristici este, în afară de limbajul articulat, intensa relaționare interpersonală. La aceasta se mai adaugă un înalt autocontrol asupra acțiunii și manifestărilor instinctiv-afective. Pe aceste căi se consideră că persoana umană se dezvoltă ontogenetic, dezvăluind, actualizând și organizând prin experiență o serie de modalități de trăire psihică, așa cum sunt anxietatea, combativitatea, expansivitatea prosocială, depresia, suspiciunea, deliberarea evaluativă, controlul acțiunii, etc. Toate acestea au valențe adaptative. Evenimentele vieții nu „creează” stările psihice în mod reactiv. Depresia nu e creată de semnificația pierderii și nici euforia de cea a succesului. Ci, aceste evenimente „activează” modele de afirmare psihică adaptativă, pe care subiectul le are la dispoziția sa, prin selecție evolutivă și transmitere genetică pe de o parte, prin impregnare educativă și învățare socială pe de alta. Când un subiect parcurge un teritoriu necunoscut în care ar putea exista pericole potențiale, în el se declanșează o stare adaptativă de alertă care pune toate sistemele biopsihice într-o stare de funcționare ridicată, pentru a face față pericolului, în cazul în care acesta apare. Instalarea acestei stări în mod decontextualizat, adică fără o condiție exterioară care să o justifice, se manifestă ca anxietate generalizată. Dar

această trăire face parte din recuzita adaptativă a oricărui om. Problema etiopatogenetică se referă la cauzele care fac ca acest modul adaptativ să fie utilizat, să se manifeste decontextualizat. Ps.D are însă ca obiectiv doar descrierea stării respective.

La fel se pune problema pentru stările de dezinhibiție cu comportament prosocial, care se manifestă însoțite de o stare subiectivă euforică; și care, în psihopatologie ne conduc spre sindromul maniacal. Astfel de stări sunt adaptative în biologie în perioada de rut. Iar pentru oameni, în entuziasmul începerii unei acțiuni colective; sau – mai ales – în faza deslănțuită a sărbătorilor. Sărbătorile colective au o semnificație adaptativă, crescând coeziunea colectivităților, de obicei în contextul împlinirii unui ritual. Potențialul de dezinhibiție psihosocială face deci parte din recuzita de manifestări adaptative normale și necesare ale omului. În anumite împrejurări el se poate manifesta rigid, excesiv și decontextualizat, ca în sindromul maniacal.

Psihopatologia evoluționistă caută să clarifice semnificația adaptativă și a stărilor depresive. Precum și a unor manifestări obsesive, cum ar fi preocuparea pentru curățenia pielii (mâinilor) sau controlul și verificarea acțiunilor. Și la fel, pentru stările de gelozie patologică, de agresivitate sau suspiciune. Suspiciunea e considerată o funcție adaptativă esențială pentru om, corelată cu supravegherea celuilalt, dar și cu colaborarea sau afiliația.

Desigur, nu toate sindroamele psihopatologice pot fi echivalate cu manifestări necontrolate, excesive, rigide și dezadaptative a unor moduli psihici adaptativi situaționali. Unele sindroame pot exprima deficitul de dezvoltare, de achiziție developmentală a unor astfel de capacități, ca de exemplu autismul Kanner. Altele exprimă dezorganizarea formală a structurii sinelui persoanei, structurată de o coerență centrală. Totuși, această direcție de interpretare devine tot mai importantă pentru înțelegerea coerentă semnificativă a principalelor sindroame psihopatologice standard.

În continuare sindroamele psihopatologice vor fi expuse într-o ordine care are în vedere principiul că subiectul psihic, centrat de sinele său ierarhic și orientat în egală măsură spre acțiunea pragmatică și relaționare socială, se manifestă activ, implicându-se în rezolvarea unor situații problematice și a unor proiecte cu scop și sens. Sindromul psihopatologic apare ca disfuncție a unor astfel de implicări. De exemplu ca disfuncție a funcției adaptative de investigare a ambianței fizice, se instalează sindromul ADHD. Ca disfuncție a alertei în investigarea unui teritoriu necunoscut, nou și posibil periculos, sindromul de anxietate generalizată cu atacuri de panică, etc.

Prezentarea descriptivă a sindroamelor standard se poate face doar din perspectiva unor cazuri tip ideale, de referință. Sindroamele pot fi indicate inițial prin câteva caracteristici nucleare; iar apoi descrise în amănunțime, după parametri de bază care le caracterizează. Cazurile reale pot să se manifeste cu mai multe sau mai puține simptome. În realitatea clinică a episoadelor psihopatologice, diverse sindroamele standard se pot combina. Unele combinații sunt frecvente și sunt înregistrate ca atare de clinică, ca de exemplu anxietatea generalizată, atacul de panică și fobiile. În raport cu un sindrom standard, în episoadele clinice reale se întâlnesc multe subtipuri și combinații; fie între două sindroame complete, fie între două subsindrome a acestora. De aceea pentru fiecare caz e util să se întocmească liste de simptome, evaluate cantitativ.

O prezentare sistematică a sindroamelor standard psihopatologice este baza oricărei Ps.D.

Lista sindroamelor (sd.) standard

1. Instabilitatea psihomotorie – sd ADHD
2. Anxietatea generalizată și atacul de panică
3. Fobiile
4. Obsesia și compulsia
5. Ticurile

6. Catatonie
7. Abulia psihastenă
8. Impulsivitatea
9. Dependența
10. Depresia inhibată
11. Mania
12. Iritabilitatea ostilă
13. Apatia indiferentă
14. Tulburările somatoforme corporale
15. Dismorfia corporală
16. Sindromul de depersonalizare psihică și corporală
17. Sindromul halucinator
18. Sindromul derealizării și distorsiunii globale a percepției situaționale
19. Perturbarea intimității sinelui: influența, transparența, supravegherea
20. Sindromul de posesiune și dedubare a personalității
21. Delirul; paranoia schizofrenă
22. Sindromul dezorganizării motivațional comportamentale și ideoverbale
23. Sindromul amotivațional
24. Sindromul autist
25. Demența

Pentru ordonarea sindroamelor este să se aibă în vedere cele trei coordonate menționate de la început: orientarea spre acțiune pragmatică (sd 1-9), orientarea spre relaționare interpersonală (sd 18-21), centrarea psihismului de către sinele ierarhic identitar, inserat în propriul corp (sd 14-18). Tulburările dispoziției afective exprimă în primul rând o atitudine globală a sinelui în raport cu lumea – cu alții și cu sine (sd 10-14), dar ele sunt în egală măsură îndreptate spre zona acțiunii și cea a relaționării.

Trimiterile de mai sus sunt doar orientative, deoarece cele trei aspecte se corelează constant. Sinele este punctul de plecare pentru ambele direcții menționate. Sindroame așa cum sunt impulsivitatea și dependența, abulia, exprimă un deficit al autocontrolului și capacității de dinamizare, de autonomie a sinelui, care e corelată atât cu relaționarea cât și cu aspecte generale ale acțiunii. În primul grupaj de sindroame, cele mai specific orientate spre acțiune sunt sd obsesiv-compulsiv și abulic psihasten; în cel de-al treilea grupaj, cele mai specific orientate spre relaționare sunt cele paranoide și de transparență influență.

Sindroamele care se referă predominant la „sine”, (self), relevă diverse nivele ale acestuia. Unele aduc în prim plan înrădăcinarea sa corporală, altele manifestarea actuală și relaționarea și altele identitatea biografică. În toate însă se ridică problema identității, limitelor și raportării.

În sfârșit, o funcție psihică a cărei disfuncție e prezentă la o mare parte dintre sindroame, e cea a coerenței centrale.

În cele din urmă decuparea și prezentarea acestor sindroame standard e făcută nu doar pe baza unor considerente teoretice, ci și de relevanță psihopatologică, clinică. Ele se întâlnesc ca atare, în viața omului care suferă și are nevoie de ajutor. Dar, prezentarea și comentariile lor, ne fac să ne gândim și la structura subjacentă a psihismului persoanei umane, care se perturbă.

3.1.Descrierea principalelor sindroame standard

3.1.1.Sindromul instabilității psihomotorii, al deficitului de atenție și hiperkinezie. Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder – ADHD

Animalul și omul sunt ființe ce trebuie să investigheze continu ambianța pentru a supraviețui și a cunoaște, a crea. În stare de veghe, individul nu doar

reacționează la stimulii provocatori ai lumii; ci, în mod frecvent se află într-o stare de atenție investigatorie, mai ales când apar stimuli neobișnuiți care îi stârnesc 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 și una atențional vizuală, care cresc 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 corporal și prin privire în copilărie și prima parte a vieții, ulterior predominând 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 deficitară în concentrare și persistență. Dar nu e prezentă o alertă neurovegetativă tensionată cu sentimentul unui pericol iminent ca în anxietate; ci un fel de curiozitate mărită cu reactivitate crescută pentru orice stimul.

- O tendință la dezinhibiție psihomotorie, la neliniște hiperactiv impulsivă: subiectul nu e liniștit, nu e capabil să păstreze o atitudine motorie calmă și controlată, se mișcă în permanență, atinge sau apucă obiectele fără scop; 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 e mult comentat la adulți.

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.

3.1.2. 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, încordare, tensiune de așteptare investigatorie nedirecționată, 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. Ea se instalează și în cazul prezenței unor informații insuficiente, care ar sugera un posibil pericol. Precum și când subiectul resimte un insuficient control al ambianței, pentru eventuale conduite de salvare. La om anxietatea poate fi condiționată de asemenea 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. Ea are și alte condiționări corelate conflictului intrapsihic, lipsei de sprijin afectiv, pierderilor care desituacionează subiectul, incertitudinii în raport cu instanțele metafizice, etc.

Anxietatea generalizată în sensul de sindrom psihopatologic, este o trăire intensă, constând din sentimentul unui pericol neprecizat, însoțit de o stare 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 o stare periculoasă necontrolabilă;

- Îngrijorare excesivă a subiectului privitor la ce se poate întâmpla într-un viitor apropiat, lui sau celor apropiați sufletește, cu imaginarea unor eventualități sau întâmplări nefavorabile ce le-ar putea trăi; - poate apare chiar sentimentul sau imaginarea unei catastrofe iminente, a morții sau înnebunirii sale dintr-o clipă în alta; - 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, reținere 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; se impune nerăbdarea, lipsa de calm, de așezare liniștită în vederea unei activități sau a contemplării.

- În raport cu sine, subiectul se simte nesigur, vulnerabil și neajutorat, cu nevoie de protecție din partea unor persoane puternice și nevoie de contact social. Pe alții îi împarte în persoane apropiate cărora le cere ajutorul și au valențe de asigurare protectivă; și persoane necunoscute, posibil periculoase; 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, cene-stopatii, 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; - subiectul acordă o semnificație distorsionată, majoră, periculoasă, catastrofică unor informații banale, ca de exemplu palpitațiile; - deși e prezentă o stare hipervigilă, 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), tresăriri, mioclonii; - postură încordată, cu reacție de tresărire la zgomot; - imposibilitate de relaxare corporală; - iritabilitate cu hiperreactivitate la stimuli; - 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 prezență protectivă a altora.

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

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

- Dissomnie, 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 rapid, uneori cu creșterea TA; - tahipnee; - tranzit intestinal accelerat, scaune moi și frecvente, balonări, borborisme, regurgitații,

erucții, 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, încheșarea vederii, roșeață și paloare a feței; - amețeli.

Anxietatea generalizată se poate asocia cu diverse boli somatice cum ar fi hipertirodismul sau hipertensiunea arterială. Anxietatea generalizată se asociază frecvent cu atacurile de panică, mai ales ca anxietate anticipatorie sau crize de panică nocturne ce trezesc subiectul din somn. Și la fel cu fobiile, patologia obsesiv compulsivă și depresia. Înțeleasă ca „dimensiune anxioasă” combinată deseori cu „dimensiunea depresivă” ea se întâlnește în foarte multe stări psihopatologice, inclusiv în cele dezadaptative și condiționate organic cerebral.

Anxietatea poate fi și de intensitate majoră, psihotică, întâlnindu-se în patologia paranoidă, 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 neodihnitor, 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, borborisme, 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 poate fi considerat spaima intensă condiționată de pericole reale. Fenomenologic și simptomatologic el se articulează stării de anxietate generalizată.

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 în viitorul imediat; trăirea cea mai frecventă este 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, pentru a percepe normal și a gândi rațional; imaginează eventualități negative grave ale evoluției stării sale, în principiu apropierea vertiginoasă a 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 serviciu medical; - 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 neurovegetativ 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 dimineața) 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 și siguranță antianxiogenă – și nu prezintă tulburări neurovegetative importante ci manifestări conversive corporale pe musculatura striată; cele două manifestări se pot însă combina.

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 reparația acestuia.

3.1.3. Sindromul fobic; Grupajul sindromatic fobic

Fobia reprezintă în psihopatologie a trăirii fricii care este un fenomen biologic și uman normal, foarte răspândit, variat și adaptativ. 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 cu ea. Există tranziții firești între frică pe de o parte – ce se bazează pe nivelul metareprezentational al psihismului - și anxietate și spaimă pe de altă parte, 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	Anxietate anticipatorie în	Conduită de evitare – asigurare	Atac de panică (sau o trăire
--------------------------------	----------------------------	---------------------------------	------------------------------

fenomenului fobic corelat unor situații care duc la atac de panică	apropierea contactului cu situația fobogenă		echivalentă) la contactul cu obiectul fobogen
---	---	--	---

Sindromul fobic, de fapt grupajul sindromatic fobic, este comentat în raport cu tipul fobiei. Pricipalele 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 înnăscută sau mai complexă, care a fost interpretată (mai ales de psihanaliză) ca rezultând din mecanisme preconștiente ca „deplasarea”, mascarea, simbolizarea. 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 și scârba de șerpi și târâtoare. 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 înnăscută); fobia de medic (deseori indusă); fobia de medicamente, de stomatolog. Fobia de boli și cea de contaminare constituie categorii speciale.

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 vehicol, dar mai ales dacă se apropie unul, chiar dacă e foarte îndepărtat. E de precizat că în cazul fobiei de a traversa o piață goală, subiectul poate ajunge 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 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, evitant, ambivalent, fuzional, dezorganizat) anxietatea la despărțirea de mama protectoare poate fi mai mică sau mai mare. La vârste ulterioare, inclusiv în perioada adultă, 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 ființele și locurile resimțite ca protectoare, care dau siguranță subiectului; îndepărtarea condiționează nesiguranță, anxietate și chiar atacuri de panică. Situația se poate realiza fie prin plecarea ființei protectoare, fie prin depărtarea subiectului departe 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 (vizuină).

La om ea se poate prelungi dincolo de vârsta primei copilării în perioada școlară fiind o componentă importantă a fobiei de școală. Se poate manifesta prin refuzul de a merge singur în excursii, tabere, la diverse manifestări îndepărtate de casă.

La vârsta adultă se poate corela cu dependența de o persoană puternică și sigură a unor subiecți 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.

Fobia de școală a fost descrisă în perioada începutului școlarității sau la reîntoarcerea din vacanță și constă din neplăcerea de tip fobic de a frecventa școala. Uneori se manifestă la copii după fiecare sfârșit de săptămână. Deși pleacă de acasă copilul nu se duce la școală, rătăcește prin diverse locuri și nu informează părinții despre situație. Se consideră că e pluricondiționată, intervenind și evenimente, experiențe și atitudini nefavorabile experimentate la școală.

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 cu multă lume, 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 sunt reunite multe persoane, nunți, botezuri, etc. Faptul de a fi obligat să vorbească oficial în aceste împrejurări creează o dificultate în plus, la care participă și fobia socială.

În toate aceste împrejurări apare o anxietate crescândă ce conduce la atac de panică. Uneori atacul de panică apare relativ brusc, neașteptat pentru subiectul care până atunci nu a remarcat sensibilitatea sa față de spațiile publice, cu manifestări ce sugerează o intervenție medicală de urgență. După o astfel de experiență, el evită situațiile fobogene respective (departe de spațiul familial și protector, în zone aglomerate, închise, cu ieșire dificilă din ele). Parcurgerea sau prezența în 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 ele însele sunt ne semnificative; dar care sunt supraevaluate de subiect, acesta acordându-le o importanță exagerată. El se află mereu în tensiune de așteptare, atent la funcționalitatea corpului și psihismului, pentru a constata dacă respectivele semne se manifestă. Le notează detaliat, consultă mulți medici, citește literatura de specialitate. Sindromul este intermediar între anxietatea

generalizată însoțită de atac de panică, fobie, preocupare somatoformă hipocondriacă și obsesionalitate, putând aluneca mai mult într-o direcție sau alta. Se poate evalua și în direcția unor preocupări hipocondriace prevalente.

Fobiile anankaste

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

- Fobia de murdărie, de obiecte și spații ce pot fi ușor infestate: contactul cu acestea declanșează obsesia de contaminare și compulsia de spălare.

- Fobia de dezordine în spațiul intim, ce declanșează obsesia și compulsia de ordonare; subiectul simte nevoia ca toate lucrurile „să fie la locul lor”, într-o ordine fixă, cu refuzul schimbării.

- Fobii corelate cu obsesii agresive: fobia de înălțime corelată cu compulsia de a se arunca în gol; fobia de obiecte ascuțite și tăioase corelată 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, de a nu agresa un bătrân, de a nu înjura în public. Fobia obsesivă se accentuează în prezența obiectului sau situației vizate, fapt ce conduce la conduite de evitare fobică.

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

Fobiile se articulează 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.

3.1.4. 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 eventualele posibilități nefavorabile 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 comportamentul neglijent al subiectului. Nesiguranța privitoare la efectele eventual nefavorabile ale acțiunilor proprii, poate condiționa verificări repetate. Cele menționate pot fi câteva aspecte ale trăirilor normale a căror echivalent psihopatologic se întâlnește și în sd. obsesiv-compulsiv.

Sindromul obsesiv-compulsiv – OC - se manifestă prin trăiri subiective și comportamentale neplăcute recurente, involuntare, pe care subiectul nu le dorește și care ar dori să scape, 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, nepotrivite situației, 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, rumații, reprezentări, frici, disconfort, intenții de act) care apar spontan și care, deși deranjante și criticate, nu pot fi îndepărtate voluntar. 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? Ideea obsesivă se detașează din fluxul ideatic continuu care subține gândirea obișnuită, care stă la baza intențiilor, soluțiilor, ideilor originale și creatoare; și care uneori se impune ca idee intruzivă, mai ales când vigilența conștientă se relaxează. Problema apariției obsesiilor constă pe de o parte în relaxarea filtrului care controlează și ierarhizează cursul ideativ, pe de altă parte în gruparea lor în jurul unor teme recurente.

- 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 din cauza sa, a unei acțiuni nocive, pe care ar fi putut-o face. Există și compulsii care nu sunt precedate de obsesii, ci de o tensiune psihică însoțită de încordare și senzații corporale greu de precizat, furnicături, arsuri, etc. Executarea compulsiei reduce pentru moment tensiunea și disconfortul creat de obsesii sau de starea de tensiune ce-l precedă. Se comentează și compulsiiile “ascunse”, mentale; de exemplu un act mental 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. 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 (încăpățănare), 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 hiperluciditate 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, cum ar fi cazul obsesiei 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 compulsiile. 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 printr-o politețe oficioasă. Față de sine se raportează printr-o exagerată autoanaliză și un 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. Aceasta se datorează în parte preocupării exagerate față de detalii și hiperreflexiei care face ca subiectul să controleze și să supervizeze cu atenție toate microetapele desfășurării unui act obișnuit, care de obicei se desfășoară spontan, necontrolat, firesc. 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, manifestată mai ales în compulsiile de a face rău, uneori chiar de a omorî, inclusiv propriul copil. E de subliniat poziționarea subiectului la un pol opus față de trăirile paranoide, în care el resimte atitudinea ostil agresivă a altora împotriva sa.

- Trăirile obsesiv-compulsive 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 (cu tematică corporală); de la compulsiie spre comportament impulsiv; de la trăire obsesiv-compulsivă spre ticuri și alte mișcări involuntare neurologice.

Tradițional patologia obsesiv-compulsivă a fost plasată în grupul tulburărilor anxioase. În raport cu anxietatea generalizată, manifestările obsesiv-compulsive transgrevează nivelul situațional nemijlocit de trăire, manifestându-se în instanța metareprezentatională a psihismului, chiar într-o modalitate mai accentuată decât trăirile fobice. La acest nivel această simptomatologie se întretese cu cea din sindromul abulic, care urmează să fie comentat; și se articulează cu problematica disfuncției „coerenței centrale”, ce va fi prezentată în marginea sindromului dezorganizant și autist.

Cea mai utilizată scală de evaluare a sd.OC e Y-BOCS. Prezentarea ei rezumativă e instructivă.

Y-BOCS este o scală de evaluare a sd. Obsesiv-compulsiv care are două secțiuni :

Prima secțiune inventariază pe baza unei liste, prezența simptomatologiei obsesive și compulsive, separat pentru prezent și trecut. Lista conține :

Obsesii agresive : - teama de automutilare; - de a vătăma pe alții; - imagini violente sau înspăimântătoare; - teama de a spune cuvinte obscene sau insulte; - că ar putea face ceva jenant sau penibil; - că va da curs impulsurilor nedorite (criminale); - de a fura; - că va fi răspunzător pentru faptele rele făcute de alții.

Obsesii de contaminare : - dezgust față de secreții corporale; - preocupare față de murdărie sau microbi; - față de contaminări cu radiații, deșeuri; - cu substanțe din gospodărie (detergenți): - de insecte; - reziduuri lipicioase; - că se va îmbolnăvi din cauza contaminării; - că se vor îmbolnăvi ceilalți prin răspândirea contaminării.

Obsesii sexuale : - gânduri și impulsuri perverse; - privitoare la incest și pedofilie; - la homosexualitate; - sexualitate agresivă.

Obsesii de colecționare/teaurizare; Obsesii religioase (scrupulozitate) : - obsesii de sacrilegiu sau blasfemie; - preocupare cu moralitatea (corect/fals, cinstit/necinstit);

Obsesii legate de simetrie și exactitate : - acompaniate de gândiremagică sau nu. Obsesii variate : - nevoia de a ști sau a-și aminti; - teama

de a spune unele lucruri: - imagini intruzive (nonviolente); - sunete, cuvinte, muzică intruzivă; - deranjat de anumite zgomote; - numere norocoase/ghinioniste; - culori cu semnificație specială; - temeri superstițioase. Obsesii somatice : - preocupare în legătură cu boala; - preocupare cu aspectul unor părți corporale.

Compulsii de curățenie/spălare – spălarea excesivă a mâinilor : băi, spălat pe dinți, toaleta excesivă, curățarea articolelor de gospodărie; - măsuri de prevenire a riscurilor de contaminare. Compulsii de verificare : - verificarea închiderii ușii, a aragazului, instalațiilor; - că ceilalți să nu fi fost vătămați; -să nu fi fost vătămat; - să nu fi provocat o nenorocire; - să nu fi comis o greșală; - verificări legate de obsesii somatice. Ritualuri de repetare : - recitare sau rescriere; - repetarea unor activități de rutină; Compulsii de numărare; Compulsii de ordonare/aranjare, Compulsii de colecționare/tezurizare, Compulsii variate: - ritualuri mentale; - excesivă efectuare de liste; - nevoie de a întreba, a se confesa; - nevoia de a atinge, a freca, a bate (în lemn); - ritualuri implicând clipitul; - verificări pentru a preveni vătămarea proprie; - comportamente alimentare ritualizate; - comportamente superstițioase; - tricotilomania; - alte comportamente automutilante/autoagresive.

A doua secțiune inventariază intensitatea tulburării, separat pentru obsesii și compulsii, care evaluează cu 5 nivele de intensitate impactul patologiei asupra vieții de zi cu zi. Astfel, pentru obsesii se are în vedere : 1. Timpul ocupat cu gândurile obsesive; perioada de timp fără obsesii; 2. Interferența cu activitatea zilnică cauzată de gândurile obsesive; 3. Distresul cauzat de gândurile obsesive; 4. Rezistența la obsesii; 5. gradul de control al obsesiilor. Aceleași domenii sunt inventariate și pentru compulsii.

Scala Y-BOCS arată că preocupările în direcția construcției scalelor psihopatologice cantitative poate conduce la o importantă detaliere și precizare a

simptomatologiei. De aceea, un manual de Ps.D poate beneficia de coexistența unei colecții cât mai detaliate de Scale de evaluare psihopatologic cantitative.

3.1.5. 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, ecolalice, compulsive și obsesive diverse. 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 propriului corp și ecopraxia.

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 stări de tranziție. De asemenea, ticurile nu îndeplinesc condițiile comportamentului impulsiv, deși se apropie de formele simple ale acestuia (tricotilomania, gratajul 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.

3.1.6. Sindromul cataton

Catatonia 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 (repetitiv stereotipă), 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. Unele aspecte ale fixării și nemișcării într-o poziție bizară se numesc “posturi”.
- Negativism și opoziționism: subiectul se opune mișcărilor imprimare, de ex. încercării de a mobiliza antebrațul, de a-i deschide gura; nu răspunde la comenzi; uneori răspunde executând mișcări opuse (deschide gura la comanda de a o închide)
- Flexibilitatea ceroasă: subiectul păstrează pozițiile imprimare de alții diverselor părți ale corpului.
- Fenomene de ecou: ecolalie - imită vorbirea interlocutorului, ecomimie – imită mimica interlocutorului, ecopraxie – imită actele interlocutorului.
- Agitație catatonă: subiectul se mișcă în permanență dar în mod stereotip, repetitiv, 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. Comportamentul poate fi “manierist”, în sensul unor mișcări netranzitive, hiperelaborate și bizare.

În sindromul cataton se combină două aspecte: - o inhibiție psihomotorie, cu detașare de ambianță și manifestări stereotipe; - o interrelaționare cu alții pasivă, dependentă, sumisivă.

Sindromul cataton interferează cu cel depresiv și cu cel al dezorganizării comportamentale și al dependenței sumisive. El are variate modalități de manifestare transculturale. În prezent se analizează cu atenție atât bazele sale neurofiziologice cerebrale cât și semnificația sa în cadrul psihopatologiei concepută evoluționist.

3.1.7.Sindromul abulic psihasten

Una din dimensiunile de bază ale psihismului uman a fost considerată de mult timp capacitatea subiectului de a se decide relativ liber și a-și controla acțiunea până la realizarea finală; fapt comentat sub expresia psihologică-tradițională de voință. Neuroștiințele abordează o parte din aceste aspecte în conceptul „funcțiilor executive”.

Decizia, trecerea la act și persistența în acțiune, controlul acesteia precum și finalizarea se pot desfășura problematic, deficitar. Psihopatologia descriptivă întâlnește următoarele simptome, agregate într-un sindrom:

- 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 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, deși are proiecte și chiar optează pentru variante.

- Autocontrolul exagerat se referă la atenția crescută față de felul în care se desfășoară acțiunea, cu verificări și evaluări repetate. Atenția analitică 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 „hiperreflexiv”, exprimă nesiguranță, 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, „abulici”. Uneori subiectul se încapățânează însă să persiste, perseverează, chiar cu repetate întreruperi și reluări, apropiindu-se încet de final. Poate intervine perfecționismul, în sensul că subiectul nu declară etapele sau acțiunea ca încheiate, dorind să le execute cât mai bine, perfect. Sau, chiar dacă a terminat cu bine cele începute are sentimentul straniu al neterminatului, al „neîmplinitului”, „așa cum trebuie”. Verificările și evaluările repetate sunt prezente și la acest nivel. Încheierea acțiunii poate lăsa 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, care a fost deja 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. Verificările din sindromul abulic sunt corelate mai ales acțiunilor banale ale vieții de zi cu zi; închiderea ușii, stingerea luminii, oprirea apei, etc. Psihoterapeuții cognitivști au comentat faptul că în multe din aceste cazuri e implicată o problemă relațională, cea de a nu face rău altora prin neglijență: incendiu, inundație, furt, etc. Sindromul abulic se poate întâlni în

afara obsesionalității și în clinica depresiei. Dar mai ales în cea a schizofreniei dezorganizant deficitare. În formele grave de schizofrenie, abulicul nu mai face nimic, nu se poate decide să treacă la nici un act, stă și vegetează tot timpul.

Hiperreflexia lucidă merită și ea o atenție specială, asupra căreia au insistat cognitiștii și fenomenologii. Ea poate fi prezentă, subiectul autoanalizându-se continuu, în inactivitate, în timpul hiperelaborării deciziei; Dar și în timpul execuției, în formele paucisimptomatice ale schizofreniei. Această hiperreflexie e corelată cu lipsa spontaneității, astfel încât actele banale ale vieții zilnice subiectul trebuie să le execute cu deliberare permanentă și cu efort controlat. Acest aspect simptomatic se întâlnește și la unii obsesivi gravi, care execută extrem de încet comportamentele automate ale vieții zilnice (sculatul, spălatul, îmbrăcatul, alimentarea, plecarea de acasă); astfel încât se ajunge la o încetineală deosebită a derulării vieții zilnice.

3.1.8. 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 și mult deliberată precum și cele în care ea este luată rapid fără multe analize, se articulează între ele și 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 maniacal.

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 alții. Și/sau, prin imposibilitatea subiectului de a se opune pulsionii ce o resimte. Decizia e luată în urma unei tensiuni, a unei

pulsiuni 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. Pulsiunea 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, fiind fascinat de actul ce-l execută. Actul impulsiv are o finalitate hedonică; desfășurarea lui și mai ales rezultatul produc satisfacție de moment subiectului, îl detensionează. 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; 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 în care însă secvențialitatea este scurtă și repetarea frecventă. 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 raportat la propriul corp 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 refera 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. În cazul diverselor addicții, perioade de abțință pot fi urmate de perioade de addicție, intrarea în stare de dependență și consumul realizându-se după modelul impulsiv.

- 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 addicție

comportamentală.- Cumpăraturul 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 iritabil agresivă.

- Comportamentul interpersonal impulsiv cu diverse modele de raportare, se întâlnește la persoanele disarmonice 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 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 iritabilă sau instabilă și factori declanșatori, chiar dacă sunt minimi. În bulimie sau dipsomanie impulsul se poate naște endogen, iar perioada de luptă cu acesta redusă. Piromania poate avea o perioadă mai lungă de elaborare și deliberare. Cleptomania poate fi favorizată de circumstanțe, de ocazie (prezența într-un magazin, într-un loc în care sunt lucruri interesante). La fel, cumpăraturul 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 ambianță decât patologia obsesiv-compulsivă; stimularea, șansa și seducția pote juca un rol important. Ritmul de desfășurare este de asemenea diferit de cel din cazul sindromului obsesiv-compulsiv, cu care se poate plasa în continuitate, în cadrul unei dimensiuni a spectrului obsesiv-compulsiv.

3.1.9. Sindromul de dependență, adicție

Viața și sănătatea omului depinde de multe aporturi exterioare și variate comportamente personale, fără de care nu ar fii 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 anumite 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, subiectul pierzând capacitatea de autocontrol comportamental.

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; și - în direcția unor addicții comportamentale. Există și o dependență anormală, psihopatologică de alte persoane, care se desfășoară predominant în planul tulburării de personalitate. Addicția de alcool care a fost studiată cel mai mult, poate fi luată ca model în comentariul acestui sindrom. 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 cantitatea cât și modul de consum și împrejurările de consum (își „pierde libertatea” în raport cu consumul);
- Tendința la creștere a dozelor, prin scăderea toleranței, cu nevoia unei doze mai mari pentru a obține acelaș 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 absența aportului – tensiune, anxietate, iritare, depresie –, putându-se ajunge la o 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 reapare, accentuat;

- Starea psihică modificată prin consum nu e adaptativă; apar modificări ale funcțiilor psihice – cognitive, instinctive, afective, comportamentale – și perturbări dezadaptative în comportamentul interpersonal. 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, etc;

- 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, disvegetozice, deshidratare, tremor, fenomene neurologice (crize comițiale), etc.

- După starea de sevraj, dacă aceasta e depășită, sau dacă abținerea 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 în ultimul timp se studiază tot mai mult adicția comportamentală. În cadrul adicției comportamentale se

comentează: Addicția de muncă, fenomen descris inițial în Japonia; Addicția de privit la TV și mai recent preocuparea față de internet, cu consecințe nefavorabile asupra dezvoltării psihice în cursul ontogenezei și a integrării în societate. În ultimul timp se comentează în termeni de addicție mare parte din comportamentele ce devin prea frecvente, intense și sunt disfuncționale (ex: addicția de jogging). La acest nivel se cere analizată tranziția dinspre „pasiunile” și „hobby-urile” obișnuite ale oamenilor și addicție. Aceste preocupări addictive sunt diferite până la un punct de cele obsesive și cele prevalențiale (de exemplu preocuparea față de aspectul corporal).

Un fenomen clasic este addicția 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 addicția 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.

Nota I.

Cele opt sindroame comentate până la acest nivel rezultă predominant din perturbarea orientării active a subiectului spre acțiune. Tulburarea proceselor de investigare a ambianței se exprimă în ADHD, cel al explorării, unui teritoriu necunoscut, posibil periculos, în alerta anxietății generalizate și atacul de panică; sindromul fobic accentuează patologic conduita de comportament într-o lume în care există pericole cunoscute. Sindromul obsesiv-compulsiv și cel abulic psihasten exprimă o distorsiune în deliberarea și controlul acțiunii planificate, în stăpânirea ideății intenționale și a controlului actelor ce derivă din aceasta. Ticurile sunt expresia perturbării controlului motricității intenționale, iar

catatonie, o blocare totală a comportamentului tranzitiv, raportat la ambianță; precum și o modalitate particulară de relaționare cu alte persoane, evidentă în fenomenele de negativism, opoziționism și ecou psihic. Sindromul impulsiv exprimă scurtcircuitarea deliberării, într-o direcție opusă față de abulia psihastenă; Direcția comportamentului impulsiv e variată, spre lumea din jur, spre anumite demersuri de raportare la alții sau de comportament, spre consum de substanțe sau raportare la propriul corp. Dependența blochează și ea libertatea de decizie și de autocontrol comportamental; iar în unele aspecte ale ei, implică alte persoane.

Psihopatologia se exprimă și în domeniul de manifestare al psihismului în care în prim plan este raportarea la sine și la alții. Acestea se agregă în alte grupaje sindromatice.

3.1.10. Sindromul depresiei inhibitate

Depresia patologică are ca echivalent în normalitate tristețea ce apare ca urmare a oricărei pierderi; sau, în perioada unor importante epuizări sau bilanțuri psihice, care reorientează subiectul spre refacere și reorientare existențială. 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, deoarece sindromul se manifestă în acest caz mai specific și tipic decât în depresia neliniștită și agitată, care de obicei exprimă o mixtură cu anxietatea generalizată sau cu alte sindroame. Depresia inhibată poate fi caracterizată prin dispoziție tristă, anergie, lipsă de speranță, autodeprecieri, ideeație suicidară, retragere socială, inhibiție și bradipsihie generalizată. În continuare se va prezenta o descriere detaliată a acestui sindrom.

Din punct de vedere subiectiv individul trăiește:

- o dispoziție afectivă, tristă, cu o calitate deosebită a trăirii subiective în raport cu tristețea normală, uneori cu dificultate sau incapacitate de a plânge; lipsă de speranță: viitorul nu are sens, el „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 preocupări, evenimente, persoane, relații și viață socială; reducerea sau absența oricăror dorințe, intenții, interese; reducerea sau absența proiectelor de acțiune, a planurilor de viitor; lipsă de energie, oboseală (astenie), 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), derealizare; e orientat spre negație generală; nu există sens, rost, bucurii, sănătate, valoare, identitate, corp funcțional, viață, etc (Sd. Cotard).

- În perspectiva timpului trăit subiectul nu mai are încredere în viitor, este 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 monotematic; 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 de dorit, se manifestă 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; ideație redusă cantitativ, lentoare a cursului ideativ, gândire ineficientă, stereotipă cu revenirea la aceleași teme; decizie intelectuală dificilă; rezolvarea de probleme e înceată și neproductivă.

Din punct de vedere comportamental și expresiv: Mișcările 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, putându-se ajunge la mutism; reacționează încet, tardiv și scurt sau deloc la solicitări de orice fel; decizie dificilă, trecere la act e lentă se realizează cu dificultate, abulie; reducerea 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 sub forma literei "omega", mâinile pe piept sau abdomen; preocupări și 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 cu 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, 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 sau cu unele simptome ale sd. maniacal. 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 – sau dimensiunea de trăire depresivă - 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 concentrarea atenției, indecizie (subiective, obiective)

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 cantitativă, care au fost amintite și 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 următoarele domenii 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.

Prezentarea sd. depresiv poate ocaziona și un comentariu privitor la factorii psihosociali care sunt implicați în declanșarea tristeții normale sau a depresiei patologice. Acești factori nu pot fi considerați “cauza” tulburării depresive psihopatologice dar au fost incriminați, atât de Jaspers cât și de Freud – și de toți

psihopatologii de atunci încolo – ca și contribuind într-un fel la condiționarea stării depresive.

Depresia umană normală și anormală este corelată tradițional cu trăirea unui eveniment de pierdere. E vorba în primul rând de pierderi în plan interpersonal social, pierderile în plan material jucând de obicei un rol prin repercusiunile lor în plan social. Pe primul plan de gravitate e cotată pierderea unei persoane de care subiectul a fost intens atașat afectiv pe timp îndelungat. De exemplu pierderea partenerului de viață, a copilului, a prietenului apropiat. Intensitatea atașamentului și durata conviețuirii se conjugă de obicei. Pierderea poate fi prin dispariție, moarte, plecare, despărțire nedorită. O altă dimensiune e reducerea importantă, în sens de pierdere, a rețelei de suport social. Aceasta cuprinde ansamblul persoanelor de care subiectul se simte legat, cu expectanța că l-ar ajuta material și/sau afectiv în perioada de criză; și care chiar îl sprijină, eventual și în viața de zi cu zi. Astfel de pierderi apar după catastrofe, depărțări, emigrări, schimbări ale habitatului. Situația e destul de firească pentru persoanele în vârstă. Un alt aspect îl reprezintă pierderea statutului social, o denivelare a poziției sociale care asigură subiectului stima celorlalți și o serie de avantaje. Și la fel pierderea statutelor sociale, profesionale și de prestigiu, care asigură inserția într-o rețea socială, ocuparea cu sens a timpului personal; și, prin acestea, stima de sine. Pierderea stimei de sine joacă un rol esențial în apariția depresiei la om. La această pierdere pot contribui multe evenimente de viață care conduc la rușine, la sentimentul de dezonoare, la convingerea subiectului că alte persoane nu-l vor mai respecta. Astfel de trăiri favorizează suicidul. În aria fenomenelor de pierdere se pot inventaria și eșecurile, când subiectul pierde ceea ce spera să obțină; sau consideră că merită să obțină. Decepția, deziluzia, înfrângerea au de asemenea o semnificație de pierdere. Pierderea capacităților de funcționare sau creație și boala în general, se înscriu și ele pe lista pierderilor. În sfârșit, pentru om contează și pierderea idealurilor, personale sau colective, a

credințelor și convingerilor în valori și în adevăr. Toate acestea conduc la amputarea dimensiunii temporale a viitorului, a deschiderii, cu speranță, spre un sens existențial.

3.1.11. Sindromul maniactal

În normalitate mania are corespondent în stările de expansivitate, însoțite de energie crescută, curaj și performanțe pozitive, realizate fără oboseală și mai ales decă sunt însoțite 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. Începutul promițător al unor proiecte colective de acțiune poate fi marcat de trăiri asemănătoare.

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

Simptomalogia 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 superlative: “mă simt foarte bine”, “sunt fericit”. Alteori poate fi prezentă o stare de tensiune, de iritare. El este optimist și are mare încredere în viitor. Maniactalul elaborează și afirmă multe proiecte sau planuri, fiind convins că le poate realiza. Orice situație îi apare ușor și simplu de rezolvat. Nu problematizează prezentul și viitorul.

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

Părerea despre sine este bună; simte că are multă energie și forță; nu e obosit deși doarme puțin; sentiment de capacități și abilități crescute; are încredere în sine, în propriile capacități; stimă de sine crescută, se simte valoros, important, cu un sentiment de 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 (și ar 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 persistență; 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; ideatie 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 cu 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 acțiune 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 strident în ținută, îmbrăcăminte, podoabe. Uneori e neglijent în îmbrăcăminte. Se poate dezbrăca de haine fără pudoare. 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. Gestică 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 sexual 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 nu le finalizează, infidelitate sexuală, consum de alcool sau droguri, 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.

Nota II.

Sindroame așa cum sunt cel depresiv, maniacal, anxios, exprimă un mod de trăire și raportare situațională globală a subiectului la sine, lume și alții. El se resimte poziționat într-un anumit fel față de aceste instanțe, cu o anumită atitudine specifică ce colorează și angrenează toate aspectele trăirii și manifestării sale. Depresivul are o proastă părere despre sine, se simte incapabil, vinovat, viitorul n-are sens, alții contează doar pentru a-l blama. Maniacalul se simte puternic și a toate capabil, viitorul e deschis pentru orice realizare, alții contează doar pentru a-l admira și a-i fi de folos în planurile sale. Anxiosul se resimte vulnerabil și incapabil de apărare, viitorul imediat e încărcat de pericole, alții pot fi protectori sau dușmani. Apaticul își este suficient sieși, indiferent, lumea nu-l interesează decât eventual pentru unele utilități, alții pot fi eventual instrumente de manipulat. Aceste trăiri ce caracterizează tipuri de raportare globală a subiectului la realitate, au în prim plan resimțirea nemijlocită a poziției proprii în raport cu lumea, fără o elaborare discursiv tematică. Subiectul se resimte ca centrul unei situații aparte. Esențială e trăirea și nu elaborarea discursivă a unei probleme, sau convingerea într-o temă, într-o idee, așa cum e cazul în delir. Depresivul „se simte” incapabil și vinovat. Dacă el ajunge să formuleze că este vinovat pentru sărăcia mondială sau războaiele lumii, atunci se afirmă ca patologie delirantă și nu doar ca patologie dispozițională.

3.1.12. 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, e “nervos”, 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, corelată cu o dispoziție afectivă neutră. Dar cel mai adesea se exprimă în combinație cu o dispoziție anxioasă, depresivă sau maniacală.

- 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 conjunkturală, situațională. În psihopatologie ea se manifestă de obicei prin perioade sau episoade în timpul cărora sunt prezente 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 lua 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. Aceasta, deoarece se referă la alt tip de dispoziție afectivă decât cea anxioasă, depresivă, euforic maniacală sau indiferent-apatică, originându-se în raportarea agresivă față de lume și față de alții; la un pol opus față de deschiderea “agreabilă” spre comunicare și cooperare.

3.1.13. Sindromul apatic, anafectiv

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 exprimată prin anafectivitate sau răceală afectivă. Atunci când e indiferent față de altul subiectul nu e impresionat de suferința acestuia, nu rezonază afectiv.

Indiferența accentuată și neargumentată față de lume și alții împreună cu anafectivitatea, stau la baza sindromului apatic, care se caracterizează prin:

- Deficit de emotivitate, de reacție afectivă adecvată față de toate evenimentele semnificative și mai ales în relațiile interpersonal sociale. Lipsește emoția de surpriză în fața noului și cea de anxietate în fața situațiilor nefamiliare, potențial periculoase. Deasemenea 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. El nu reacționează emotiv nici în fața unui pericol evident pentru toți.

- 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 personalitățile patologice ca cea antisocială; sau la “psihopatul” descris de Cleckley. La această ultimă cazuistică s-a constatat experimental lipsa reacției emotive de frică în fața situațiilor periculoase, fapt ce explică angajarea neproblematizantă în acțiuni

riscante. Dar această hipoemotivitate se însoțește și cu o lipsă de atașament, de rezonanță afectivă, de generozitate, milă și sentimente de culpă.

Nota III

Subiectul se raportează la lume și își resimte identitatea pornind de la înrădăcinarea sa în propriul corp, pe care îl percepe în continuu ca pe un suport.

Pentru persoana umană trupul are o dublă valență: - cea de corp biologic, obiectiv, care s-a născut, prin care el se multiplică, care se poate îmbolnăvi și care va muri; - și o valență antropologică, subiectivă, de centru din care pleacă toate intenționalitățile sale, îndreptate spre lume, spre alții și spre sine.

Corpul propriu e resimțit de subiect ca un spațiu special și intim în care se localizează interioritatea subiectivității, ce are în față obiectivitatea lumii exterioare și pe ceilalți oameni.

Prin intermediul trupului, subiectul acționează și comunică cu alții. În interioritatea corpului suport, delimitat prin “schema corporală”, sunt resimțite plăcerile și durerile. Limitele corpului, ca “imagine corporală”, joacă un rol special în relaționarea cu alții și în susținerea identității subiectului, pentru sine și pentru societate. Aceste aspecte se regăsesc în diverse sindroame psihopatologice și justifică preocuparea constantă a persoanei pentru propriul corp, grija sa pentru acesta.

Psihopatologia preocupărilor față de corporalitate se exprimă mai ales în trei direcții. - Ca grijă pentru sănătate. – Ca grijă și preocupare pentru apariția corporală în raport cu alții. – Ca trăire neobișnuită a limitelor sinelui corporal, simptomatologie care se evidențiază mai ales în sd. de depersonalizare.

3.1.14. Sindroamele somatoforme ale grijii pentru sănătate

Grija pentru sănătatea corporală are mai multe modalități de manifestare:

- a) Trăirea unor senzații neplăcute în interiorul corpului
 - Somatizarea.

Subiectul trăiește frecvent și intens 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 (sd. Brignet). Senzația generală e de obicei de anergie, astenie. Corporalitatea e resimțită neplăcut și în anxietate și depresie.

- Algia psihogenă

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 examiner. Dar trăirea și afirmarea ei e un argument important pentru preocupările privitoare la sănătatea corporală.

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

b) Preocuparea tematică pentru sănătatea corporală

- Hipocondria

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 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, decât în anumite împrejurări. 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.

S-a descris și un sindrom al preocupării pentru sănătate – denumit sd. Münchansen – care constă în tendința insistentă a subiectului pentru a fi considerat și acceptat ca și caz medical de către instituțiile abilitate. Pentru a realiza acest obiectiv anormal, subiectul relatează simptome nereale, falsifică analize, se comportă astfel încât unele probe să dea rezultate neobișnuite; Prin acest comportament ajunge să fie internat timp îndelungat, derutând specialiștii.

c) Manifestări corporale neobișnuite care atrag atenția altei persoane asupra unor posibile boli somatice.

- Conversia somatică

Conversia 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 doar în prezența altor persoane; - nu apare 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 afirmate 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, etc. Poate exista o tranziție spre fenomene psihosomatice.

Preocuparea anormală față de sănătatea corporală orientează persoana spre consult și îngrijire medicală. Sindroamele menționate mai sus se diferențiază de cazurile în care dominantă e simptomatologia anxios-fobică, depresivă și obsesivă, ele fiind de obicei centrate de o idee prelevantă. Toate, împreună, sunt mari consumatoare de servicii medicale.

3.1.15. Sindromul dismorfic senzitiv. Disfuncția preocupării pentru apariția corporală

În cadrul raportărilor interpersonal sociale persoana folosește limbajul vorbit și scris; dar și expresivitatea sa corporală. Aceasta constă în limbajul mimico-gestual care e utilizat situațional. Sunt expresive și îmbrăcămintea, podoabele, sau aspectul general al corpului, mai ales al feței, al extremității cefalice. Prin limbajul expresiv corporal și prin aspectul său, subiectul poate atrage atenția asupra sa, poate impresiona pozitiv, poate fi captativ. Și la fel, subiectul e preocupat în mod normal, preconștient și conștient, 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 subiectului – părerea, convingerea centrată de o idee supraevaluată – că aspectul său corporal,

în primul rând cel al feței, nu este armonios, firesc, echilibrat, frumos, atractiv. 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 pacientului că este prea gras sau prea slab, fără mușchi puternici, fapt pentru care practică excesiv exerciții.

- În apropierea sindromului dismorfofobic se plasează și sindromul de anorexie mentală. Aspectul central al acestuia constă în dorința tinerelor fete (proporția e 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 menstrei, 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, prezentând 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 expresivitate publică a corporalității trăite.

- Tot în apropierea dismorfofobiei se plasează sptomatologia ereutofobică asociată 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 ideație prevalentă sau delirantă; dar se poate manifesta și în cadrul unor sindroame obsesiv sau anxios fobice.

Nota IV.

Subiectul își trăiește și își resimte identitatea pe de o parte situațional, pe de altă parte transsituațional, ca identitate biografică și socială.

Orice om aflat în stare de veghe se află în permanență angajat cel puțin într-o situație problematică, a cărei rezolvare susține pentru el timpul prezent, actualitatea, ce se afirmă deasupra trecutului memorabil și a viitorului imaginat. În fundalul acestora se conturează durata identității biografice. Raportarea la prezent se face dintr-o perspectivă metareprezentatională, care îi permite subiectului să evalueze critic situația, pe alții și pe sine.

Identitatea biografică și cea actuală, care e centrată de percepție, sunt flancate pe de o parte de identitatea corporală, pe de altă parte de cea socială. Subiectul se înrădăcinează în primul rând în propriul său corp, a cărui percepție continuă și a cărui formă relativ constantă, îi asigură un nivel bazal de identitate. Pe de altă parte, prin nume și prin actele care-l reprezintă oficial, prin statutul, rolul și rețeaua sa socială, prin originalitatea manifestărilor publice, el își afirmă identitatea personalității sale în plan socio-cultural.

Identitatea este un aspect esențial al persoanei fiecărui om, ea fiind recunoscută ca atare de către alții și resimțită în plan intim de către subiect. Anormalitățile identității subiectului se întâlnesc în multiple tulburări psihice. Există însă și sindroame în care această perturbare ocupă un loc central.

3.1.16. Sindromul de depersonalizare psihică și corporală

Depersonalizarea constă din sentimentul subiectiv al pierderii identității corporale și psihice. La aceasta contribuie sentimentul alterării vitalității, unității și limitelor. În viața curentă subiectul nu reflectează asupra acestor aspecte, care sunt sintetizate la nivel preconștient. El se resimte în normalitate în mod spontan ca un agent diferit și delimitat în raport cu lumea și cu alții, abordând realitatea dintr-o perspectivă subiectivă și intimă, dar implicându-se în același timp în relaționarea socială și în acțiuni productive crescătoare.

Depersonalizarea vizează sinele corporal și cel psihic.

Depersonalizarea corporală constă din tulburări ale percepției propriului corp în perspectiva limitelor sale, a vitalității și a unității. 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 cum crește până în tavan, degetele se lungesc, corpul în ansamblu poate fi perceput mic, punctiform;
- 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;
- 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;
- 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 fragmentării sau dedublării corporale; subiectul resimte și crede că corpul nu mai e unitar, parcă e format din părți care nu sunt bine articulate, este dedublat.

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”;

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 sub incidența delirului.

Simptomele ce sunt reunite de obicei în sd. de depersonalizare psiho-corporală, exprimă o trăire particulară care e dificil de plasat în zona unei funcții psihice delimitate. Tulburarea e în esență cognitivă, fiind marcată de simptome de tip perceptiv, ce ar putea fi plasate între iluzii și halucinații. Dar intervine de obicei și o convingere mai mult sau mai puțin delirantă, privitoare la aceste distorsiuni ale trăirilor firești. Apoi, resimțirea identității cu sine e un fenomen care în esență e transituțional, fiind corelat sinelui metareprezentational. Trăirea afectivă e de obicei cea a unui sentiment de ciudățenie, straniețate, mirare, neînțelegere, apropiat de anxietate și depresie. Dacă intervine devitalizarea, depresia se poate corela cu apatia. Comentat ca mai sus, sd. depersonalizării e specific trăirilor psihotice, mai ales din schizofrenie, delir și zona de patologie depresiv delirantă. Negarea existenței și funcționării organelor interne sau a corpului în întregime se întâlnește în sd. delirant Cottard.

Trăiri din seria depersonalizării se mai întâlnesc în corelație cu patologia obsesiv-psiastenă gravă; și, paroxistic, în marginea atacurilor de panică. În patologia obsesivă e mai pregnant sentimentul vulnerabilizării limitelor corporale față de murdărie, microbi și agenți invizibili.

Problema limitelor psiho-corporale poate fi înțeleasă și într-un sens mai larg, pe care tulburarea obsesiv-compulsivă îl exemplifică prin personalitatea anankastă. E vorba de nevoia de delimitarea psiho-socială de alții, prin politețe

și „ținere la distanță” oficială. Precum și prin tendința la zgârcenie, colecționarism și sistematizare a colecțiilor.

Nota V

Raportarea subiectului față de lume prin intermediul situațiilor problematice, presupune un contact informativ actual cu ambianța. Acesta se conjugă în permanență cu fondul de cunoștințe existent la un moment dat în subiect, așa cum derivă acestea din moștenirea genetică organizată psiho-corporal și din biografie. Nivelul informațiilor funcționale actuale oscilează în permanență, el fiind minim în somnul profund și amplu în cursul raportărilor active. Informațiile actuale pe deoparte se oferă sau se impun; pe de altă parte sunt căutate și structurate pe baza modelelor realității pe care proiectele de acțiune le organizează, utilizând fondul mnestic. Așa cum apare evident în cogniția perceptivă, subiectul se bazează pe o informație constantă privitoare la propriul corp-sine, care se raportează la o informație variabilă ce se decupează din ambianță, din lume; și care-i include și pe alții. Datele informative actuale nemijlocite, așa cum ele se impun sau sunt selectate și configurate, fac parte dintr-un model al realității, pe care structura situației problematice îl conturează. „Perceperea” situațională, inclusă în această structură a raportării la lume prin situații problematice, se poate manifesta în variate modalități. Principalele sd.pt. ce se configurează din această perspectivă sunt: sd. halucinator și sd. distorsiunii semnificației prezenței subiectului în situație.

3.1.17. Sindromul halucinator

Aspectul specific al halucinației ca fapt psihopatologic constă în neoformația perceptivă formală. Adică în faptul că subiectul are o percepție care formal nu are o bază în informația actuală. Percepția, în ansamblul ei, se referă la structurarea informației nemijlocite, organizată ca formă și semnificație. Cele două aspecte ale percepției sunt solidare. Totuși, în patologie, ele pot fi parțial dissociate. Halucinațiile, care au fost comentate în secțiunea psihopatologiei centrate pe simptom, exprimă accentul pus pe prezența perceptiv formală a realității. Esențial e faptul că subiectul vede un obiect care nu e prezent sau aude voci care vorbesc despre el atunci când nimeni nu vorbește în jur. Tranziția spre firesc și obișnuit a trăirilor halucinatorii vizuale o face, pe de o parte visul din somn, pe de altă parte reprezentarea imaginativă. Visul este o trăire de tip perceptiv vizual, în cadrul unor scene ce implică subiectul, care e trăit pe fondul de negativitate informativă a somnului. Imaginarul reprezentativ bogat al unor persoane, poate impune trăiri similireale, cu importante caracteristici perceptive, pe un fond de reducere a informațiilor actuale solicitante. În cadrul experiențelor de deprivare senzorială prelungită, trăirile de tip halucinator vizual au fost constatate frecvent. Un alt aspect de tranziție îl constituie paraeidolia când subiectul percepe clar obiecte și scene, pe fondul unor informații vagi (nori, mușgai).

Halucinațiile auditive sunt de obicei corelate cu dialogul interior, pe care subiectul îl poartă constant cu sine și cu persoanele „introjectate” dealungul biografiei, în instanța pe care Bowlby a denumit-o „internal working model”. Faptul că „vocile” capătă pregnanță perceptivă și un conținut neobișnuit sunt aspecte pe care psihopatologia trebuie desigur să le studieze. Există însă suficiente situații intermediare, între care: sonorizarea gândirii, halucinațiile psihice, halucinațiile auditive funcționale (pacientul aude voci care-l amenință pe fondul zgomotului produs de trecerea unei mașini). De altfel, în majoritatea ariilor senzoriale, mai ales în cele diferite de văz și auz, continuumul dintre

halucinații, halucinație funcțională și iluzie este frecvent constatabil. Aceste aspecte sugerează: - disfuncții ale filtrului (atențional) perceptiv; - o perturbare a plasării trăirilor de tip imaginativ-perceptiv între „spațiul exterior” și „spațiul psihic interior”; - tulburări în procesarea informației, cu izolarea unor elemente perceptive care ajung să fie suprasemnificante. Acest ultim proces are desigur diverse intensități și moduri de desfășurare, pe care psihopatologia tocmai trebuie să le descifreze. De ex. se face distincție între suprasemnificarea anxioasă a unor senzații corporale pe care le trăiește un anxios-fobic; și semnificarea halucinator delirantă a unor senzații gustative, pe care un delirant le interpretează ca acțiuni de otrăvire organizată de familie.

3.1.18. Sindromul derealizării și al distorsiunii globale a semnificației perceperii situației

Subiectul vigیل trăiește în permanență în situații determinate la care aderă mai mult sau mai puțin, pe care le percepe mai clar sau mai vag. El poate resimți în mod variat semnificația de ansamblu a situației actuale în raport cu sine. Sindromul distorsiunii perceperii situaționale în ansamblul ei are mai multe modalități de manifestare, care de obicei se înscriu în patologia psihotică, de multe ori în corelație cu delirul.

- Derealizarea. Subiectul percepe corect realitatea din jur, dar ea îi apare ciudată, stranie, nereală, „ca prin vis”, „ca de pe altă planetă”; are sentimentul că oamenii nu se comportă firesc, „parcă joacă teatru”, „sunt marionete trase pe sfoară”, etc. Sentimentul de irealitate intrigă subiectul, îi creează o stare de mirare, uneori neliniște, perplexitate.
- Fenomenele de referință simple. Acestea constau în faptul că diverse percepții banale sunt resimțite ca având o semnificație neobișnuită,

stranie, ce are o legătură ieșită din comun cu subiectul; astfel încât el intră în alertă. Diverse culori, cifre, cuvinte, apariții de persoane cunoscute sau necunoscute, fenomene atmosferice, sunt receptate cu mirare, uneori cu neliniște și stupefacție, ca semnale referențiale misterioase.

- Fenomene de referință relaționale care implică atitudinea altor persoane. Acestea constau în faptul că manifestările naturale ale unor oameni, sunt resimțite și interpretate ca adresându-se special subiectului, ca având o semnificație deosebită pentru el, gravă. Astfel, unele expresii dintr-o discuție, comentariile neutre pe care le fac alții 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, că pe toate aceste căi i se transmit mesaje.

- Dispoziția delirantă bazală, - „anastrofa” lui Conrad – constă în sentimentul pacientului că „se întâmplă ceva în jur”, ceva nelămurit dar excepțional, care-l privește în mod deosebit. E vorba de o bulversare a subiectului prin trăiri de referință speciale. 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 totul se învâрте în jurul său, că se va produce ceva important și semnificativ pentru sine. De aceea, se află într-o stare de tensiune, de așteptare încordată. Pe acest fundal o amintire, o intuiție dar cel mai des o anumită percepție, care e corectă d.p.d.v formal, precipită brusc o convingere delirantă. Acest mod de instalare a delirului a fost etichetat drept „delir primar”; iar percepția în cauză a fost numită „percepție delirantă”.

Distorsiunea globală a perceperii ambiantei situaționale reprezintă de obicei o stare psihopatologică psihotică ce precede delirul, un fel de stare „predelirantă” sau „paradelirantă”. Aceste trăiri se diferențiază de convingerea delirantă înțeleasă într-un sens restrâns, prin faptul că încă nu e formulată explicit o temă prin care să se circumscrie ideea neadevărată în care subiectul crede patologic.

De asemenea, ele se diferențiază de trăirile halucinatorii prin faptul că nu se referă la neoproducții perceptive formale. Subiectul nu percepe obiecte, oameni, evenimente care nu există în jurul său. Tulburarea perceptivă apare în prim plan prin particularitatea semnificației globale a situației pentru subiect.

3.1.19. Sindromul de transparență-influență și de supraveghere

Acesta constă în sentimentul pierderii libertății de a controla deciziile proprii și trăirile intime, de a se simți autorul propriilor trăiri și acte, capabil de a-și proteja gândurile și intenții de cunoașterea și influențarea a lor de către alții.

- Fenomenele de influență (pasivitate, dirijare xenopatică, înlocuire a voinței) constau din:

- 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 mental, 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 ex. 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 transparentă psihică în raport cu alte persoane constau din:

- 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 transparență, supravegherea și controlul pătrund în însăși intimitatea psihismului subiectiv.

Fenomenele de supraveghere patologică

Fenomenele de supraveghere patologică din parte altora, se corelează cu simptomele de transparență psihică, pe care într-un fel, le preced. Ele derivă din faptul că în viața curentă unele persoane pot ajunge, în diverse condiții sociale, să fie supravegheate constant și exagerat de către alții .

Punctul de plecare psihopatologic se află în trăirea fenomenelor senzitive, de referință relațională, într-o variantă și intensitate anormală. Subiectul are sentimentul de a fi în centrul atenției altora, care privesc în mod special subiectul, îi acordă o atenție deosebită, îl evaluează și comentează, discută despre el.

Sentimentul patologic al supravegherii se poate manifesta în diverse modalități. O variantă constă în impresia urmăririi de către alte persoane, pe stradă sau în locuri publice. Apoi, pacientul poate fi convins, în manieră delirantă, că este supravegheat de la distanță prin diverse mijloace tehnice: îi este ascultat telefonul, este fotografiat, filmat, înregistrat cu camere video

montate în locuri publice și în casă, etc. O altă variantă constă în substituirea de persoane din sd. Capgras. Pacientul e convins că o altă persoană a căror identitate e percepută corect a fost substituită cu un străin pentru a-l supraveghea în intimitate. De ex. soția a fost înlocuită de o sosie. Sau, diverse persoane pe care le întâlnește sunt de fapt același urmăritor, care ia diverse înfățișări (sd. Fregoli). Sau, are impresia că, în absență, i se umblă prin casă, i se controlează apartamentul, corespondența, etc.

Fenomenele de supraveghere patologică indică perturbarea structurii intim-public a psihismului individual. Simptomele de transparență psihică apar ca o continuare a acestora în intimitatea psihismului.

Nota VI

În sd. halucinator întâlnim o tulburare centrată de o neoformație perceptivă, aspectul formal predomină. În unele cazuri, ca în halucinoză, nu e prezentă nici o modificare de semnificație, subiectul asistând mirat sau curios la percepțiile ireale pe care le are. În sd. de referință, fie că e vorba de aspecte perceptiv nepersonale ca de ex. culori și numere, fie că e vorba de persoane ce se exprimă într-un anumit fel sau de texte percepute, în prim planul patologiei este semnificația deosebită a celor percepute; semnificație care de obicei e neclară, dar e trăită cu sentimentul că vizează direct subiectul pentru un eveniment important. Fenomenele de transparență și influență nu sunt trăiri perceptiv, dar sunt resimțite ca fenomene relaționale particulare și neobișnuite pentru subiect. Sentimentul punerii sub supraveghere îmbină unele aspecte perceptiv nedeformate și/sau ne semnificative cu o trăire relațională particulară: de ex. dacă subiectul e convins că e filmat sau înregistrat, orice detaliu perceptiv minor poate fi decupat și valorizat ca și suport al acestei acțiuni. Toate aceste fenomene se plasează într-o zonă intermediară între tulburarea perceptiv formală halucinatorie și convingerea delirantă bazată doar pe intuiție. Delirul

sistematizat se articulează de patologia perceptivă de obicei prin iluzii; sau prin decuparea din context a unor detalii perceptive reale și suprasemnificarea lor, în direcția expectanței delirante. Studiarea de către psihopatologia clinică a acestei zone de articulare dintre halucinoză și delirul bazat pe intuiție e importantă, pentru a nu se comenta nediferențiat distincția dintre tulburările cognitive situațional perceptivă și convingerile patologice nelegate de informațiile situaționale. În plus, se cere ținut cont de faptul că gândirea omului operează cu limbajul noțional, fapt care complică problematica patologiei semnificației. Acest fapt a fost deja menționat la sd. de depersonalizare. Ansamblul acestei problematice e important pentru semiologia delirului și pentru comentariul „psihozei”.

3.1.20. Sindromul de posesiune și dedubarea personalității

Subiectul se resimte și se afirmă ca o ființă unitară, cu o identitate bine definită atât subiectiv cât și în plan social. Această unitate e rezultatul unei sinteze neîntrerupte ce se petrece din perioada ontogenezei și continuă toată viața. În perioada 1-3 ani, în cadrul procesului de atașament descris de Bowlby, copilul asimilează imagoul matern, astfel încât își reprezintă mama și-i resimte prezența protectoare și când ea nu e de față. În cursul întregii vieți, subiectul ține seama în opiniile și deciziile sale, de atitudinile și sfaturile persoanelor pe care le respectă și de care e atașat, inclusiv când acestea nu sunt de față. Dealungul vieții orice subiect se mai identifică cu eroi ideali, prezenți în realitatea ambientală, istorică sau fictivă, pe care caută să-i asimileze și să-i imite, să se comporte în conformitate cu punctul lor de vedere.

O tradiție ancestrală, care a făcut ca omul din toate timpurile să se raporteze la o instanță supranaturală, sacrală, a susținut comunicarea dintre credincioși și spiritul sau ființele transcendente. În cadrul religiilor elaborate, acestea sunt

ființe care ocupă o poziție în ierarhia celestă; sau ființe demonice. În cadrul credințelor popularea acestea pot fi diverse spirite, totemice, animaliere sau fantastice, datate cu putere deosebită. Pentru credincioși comunicarea cu aceste ființe transcendente e posibilă și reală; iar deseori el resimte influența lor sau poate, în stări de rugăciune sau transă, să comunice sau să se identifice cu ele.

În concluzie subiectul este în permanență influențat, într-un fel sau altul, în comportamentul său de către alții, inclusiv de ființele supranaturale în cazul în care le reprezintă pregnant și crede în ele. Această influență se petrece în spatele sintezei pe care conștiința o realizează, în spatele sentimentului firesc că, în cele din urmă, el este autorul responsabil al actelor sale.

- Sindromul de posesiune a fost descris în psihopatologia tradițională, mai ales în sec. XIX. O serie de cazuri se refereau la călugărițe sau persoane credincioase care simțeau sau erau convinse că sunt posedate de diavoli sau spirite. Mișcările, comportamentul și exprimările erau atribuite, de către subiect și de cei din jur, ființei care s-a introdus în corpul pacientului și îl posedă; motiv pentru care se încerca alungarea acestui spirit prin slujbe religioase. Fenomene similare au fost interpretate ulterior ca stări de transă histerică.

Stările de transă, cu afirmarea posedării subiectului de către spirite au o îndelungată tradiție istorică. Ele continuă să se manifeste și în prezent ca fenomene psihopatologice transculturale la populații la care credința în spirite e foarte puternică. Modalitățile de manifestare sunt variate.

Una din manifestări constă în convingerea subiectului că s-a transformat în spiritul respectiv. Se citează astfel cazul comportamentului Windigo la indienii din nord-estul Canadei. Ei cred într-o ființă mitologică cu acest nume care are o inimă de gheață și e avidă de carne umană. Indianul atins de boala Windigo se identifică cu acesta, are grețuri și cere să fie omorât pentru a nu mânca carne de om. În același sens a fost răspândit la populațiile indoeuropene convingerea

transformării în lup, licanthropia. În perioada evului mediu a existat la scandinavi convingerea că unii luptători numiți *besserkeri* se pot transforma în timpul luptei în lupi feroși, ucigând mulți dușmani și devenind eroi.

Fenomenul posesiunii de către spirite a fost invocat și de către șamani, în procesul de comunicare cu instanțele transcendente.

Manifestările de posesiune de către spirite și de transformare în animale este în prezent extrem de redus în lumea occidentală, fiind foarte rar înregistrată ca și fenomen psihopatologic. În schimb atât în sec. XIX cât și în anumite perioade a sec. XX, în unele societăți s-a descris un fenomen al dublei personalități. Un subiect trăiește o perioadă de timp într-un anumit loc, cu un anumit nume, profesie, relații sociale, deci cu o anumită identitate. Pentru ca, alternativ, să trăiască în altă perioadă de timp în alt loc, cu o altă identitate. Legătura conștientă dintre cele două identități erau considerate minime. S-au descris și persoane cu multiple identități. Acest fenomen nu se articulează cu patologia psihotică ci cu cea a tulburărilor de personalitate și a nevrozelor.

În contextul celor menționate mai sus se cere precizat că unitatea sintetică a identității psihismului este de fapt un ideal. Orice om are perioade în care se confruntă cu sine și ajunge în starea egodistonice a conflictului și dezacordului cu sine. Patologia obsesiv compulsivă derivă, ca o accentuare patologică, din această egodistonie constituțională. Psihopatologia a înregistrat și o comentare a „dublului” unei persoane, un alter-ego care există în paralel cu el, comițând de obicei fapte opuse intențiilor subiectului.

S-au descris cazuri, în marginea psihopatologie (uneori a ficțiunii literare) în care „dublul” unei persoane e perceput heautosopic, iar subiectul asistă la comportamentul acestuia, care e diferit de comportamentul său obișnuit.

3.1.21. Sindromul delirant

Delirul a fost circumscris de Jaspers ca o convingere infailibilă și rigidă, ce are o extraordinară evidență pentru subiect și se referă la o temă sau idee neadevărată, imposibilă; Rigiditatea face ca această convingere să fie impermeabilă la orice argument sau evidență, astfel încât delirantul nu mai poate comunica adecvat cu alții, ajungând, ca psihotic, la alienare. Deși tematica delirantă trimite la unele aspecte ale problematicii persoanei, prin caracteristicile sale delirul rupe subiectul de cursivitatea biografiei sale și-l plasează pe o altă orbită existențială, alienată.

Pentru Ps.D e important ca analiza delirului să se facă avându-se în vedere formele pure și tipice. Ceea ce înseamnă referirea la delirul monotematic sistematizat (d.m.s). Acesta a mai fost etichetat ca delir paranoiac. În aceste cazuri tematica convingerii delirante e unică și centreează preocupările și existența persoanei, iar alte fenomene psihopatologice lipsesc sau sunt minore. În delirul paranoiac convingerile se organizează lent progresiv, capacitatea de argumentare logică se păstrează în bună măsură. Dar ea e simplistă, neacceptând variante, eventualități; motiv pentru care s-a vorbit de un delir „hiperlogic”. Ideea sau tematica delirantă ocupă centrul personalității și absoarbe interesele, preocupările și comportamentele subiectului. Argumentele și dovezile nu pot modifica convingerea delirantă.

Cele mai frecvente teme din d.m.s. sunt prezentate în tabelul de mai jos.

Figura 7

Sistematizarea tematică a delirurilor monotematice sistematizate

Raportare la corp la sinele corporal Interior corpural	Suprafață corporală	Relaționare interpersonală	Raportare la sine, ca identitate, capacitate, valoare
d. hipocondriac	d. erotoman	d. de descendență ilustră	
d. dermatozic (Ekbom)	d. de gelozie	d. de substituție familială	
d. de contaminare	d. paranoic	d. de invenție	

d. din anorexie	d. de substituție Capgras	d. de capacități și calități excepționale
d. dismorfofobic	d. senzitiv-relațional	d. de bogăție
d. osmotic	d. de vrăjire	d. de misiune specială
d. de posesiune zoopatică		d. de vinovăție
d. de negare a funcționării corporale		

Temele delirului monotematic sistematizat derivă din preocupări normale ale subiectului, care caută soluții pentru situații problematice. În primă instanță nu e vorba de o soluție practică ci de o clarificare subiectivă, de obținere a unei certitudini. De ex. în cazul prezenței unor simptome somatice ca oboseală, inapetență, insomnie, palpitații, disfuncții abdominale, etc în mod firesc se ridică problema existenței unei boli. Examinările pot clarifica situația. Dar preocuparea poate persista sub formă de anxietate fobică, obsesionalitate sau ideeție prevalentă. În ultimul caz tema bolii se impune în prim plan și devine preocuparea principală a subiectului. Totuși la acest nivel ea nu e absurdă și se păstrează o anumită permeabilitate la argumente. În schimb dacă se ajunge la o convingere delirantă, tema devine aberantă, certitudinea absolută și permeabilitatea la argumente nulă. De exemplu subiectul e convins și afirmă: „sunt bolnav de SIDA și am infestat întreaga omenire”.

Convingerile din d.m.s. se cer diferențiate de preocupările și opiniile din cadrul dispozițiilor atitudinale afective anormale ca cele anxioase, maniacale sau depresive, care nu ajung să se cristalizeze tematic discursiv. Anxiosul poate fi preocupat intens de eventualitatea bolii, dar el nu ajunge să creadă fanatic în

tema „am un cancer care se va transmite 30 de generații”. În starea maniacală nedelirantă, subiectul are o bună părere despre sine și e convins că poate realiza lucruri deosebite. Dar nu se centrează tematic pe convingeri ca: „sunt geniul care coordonează toate geniile din lume”, „am descoperit soluția pentru criza mondială”, „pot vindeca orice om de orice boală doar punând mâna pe el”. Astfel de convingeri tematice pot contura tabloul clinic al unei manii delirante, sau pot centra o patologie delirantă propriu-zisă în măsura în care tabloul maniacal nu e prezent. Esențial e faptul că în delir convingerea e centrată de o idee, de o temă, ce poate fi formulată discursiv. Corelația d.m.s. cu distorsiunile câmpului perceptiv și cu halucinațiile nu e pronunțată. În principiu halucinațiile lipsesc. Se acceptă însă intervenția unor distorsiuni perceptivă care uneori sunt subclinice, de ex. a unor iluzii. Și deasemenea a unor halucinații minore, mai ales funcționale: gust special al mâncării, mirosuri speciale, cenestopatii și senzații cutanate, sexuale. Delirul poate conduce la o atenție crescută pentru anumite detalii perceptivă care apar ca desprinse din context și încărcate cu semnificații speciale.

Delirul hipocondriac poate fi întreținut de cenestopatii și de alții psihogene. Delirul dermatozic (Ekbom) constă în convingerea că mici paraziți se mișcă sub piele, subiectul având senzația corespunzătoare și consultând insistent dermatologii. Delirul de contaminare apare de obicei în formele grave de patologie obsesiv-compulsivă și constă în convingerea că agenți invizibili, microbi, virusuri, detergenți, diverse substanțe din gospodărie sau „murdărie”, penetrează tegumentele și contaminează organismul. În anorexia mentală a tinerelor fete există o preocupare prevalentă pentru aspectul corporal, cu dorința ca acesta să rămână suplu, evitându-se creșterea corporală; preocupare, care poate căpăta uneori o intensitate delirantă. În sindromul dismorfofobic se manifestă o preocupare prevalentă pentru existența unui aspect corporal expresiv neatractiv, urât, dismorfofic, care ar fi receptat negativ de către alții. Și această

preocupare poate căpăta o intensitate și o formă delirantă, ducând la comportamente aberante care ocupă tot timpul, la cereri absurde de intervenții chirurgicale, etc. Delirul de posesiune zoopatică sau demonică are de obicei implicații transculturale și poate fi cuprins într-un complex sindromatic mai amplu. De asemenea, delirul de negare a funcționării organelor (sd. Cotard), care este de obicei inclus în anumite forme de depresie psihotică.

Delirul de descendență ilustră se însoțește de elaborarea unor argumente discursive ample, marcate de obicei de confabulație; El indică o problematizare a identității. Delirul de substituție familiară se referă la inautenticitatea părinților; uneori delirantul optează pentru alt părinte „autentic”, tematica putându-se combina cu cea de descendență ilustră. Modificarea identității părinților, care ca aspect sunt corect percepuți, apropie această tematică cu cea din delirul Capgras. Acesta constă din convingerea că persoanele familiare sunt substituie cu străini pentru a-l supraveghea continuu (iluzia Sosia); sau diverse persoane din jurul său reprezintă de fapt același spion care ia diverse înfățișări (iluzia Fregoli). Delirul de invenție este din aria celor megalomane și se poate centra pe diverse subiecte: descoperirea unui perpetuum mobile, remediul cancerului, secretul nemuririi sau întineririi. Se poate centra pe capacități excepționale.

Tematica megalomană se mai poate centra pe capacități excepționale, pe teme de bogăție, poziție socială, inteligență, frumusețe, creativitate, realizări ieșite din comun. Subiectul își poate susține convingerile prin argumente confabulate.

Tematica de misiune specială are de obicei un caracter religios, referindu-se la instituirea sau propagarea unei noi religii, propovăduirea salvării universale, misiuni etice sau socio-politice de excepție. Uneori acești „idealiști pasionați” pot face prozeliți.

În cadrul tematicilor relaționale se evidențiază delirul erotoman, care constă în convingerea că altă persoană de sex opus, de obicei cu o poziție socială înaltă, s-a îndrăgostit de subiect și dorește cu tot prețul să se unească cu el sau să-l sprijine în aspirații. Orice evidență sau argument nu pot modifica această convingere care conduce la comportamente stridente social. Delirul de gelozie depășește preocuparea prevalentă destul de frecvent în societate privitoare la infidelitatea partenerului, datorită absurdității și fanatismului său, care se poate încheia cu acte agresive; inclusiv crimă.

Un aspect special îl constituie tematica de suspiciune și persecuție. Aceasta își are punctul de pornire în trăirile senzitiv relaționale, în cadrul cărora subiectul are impresia că se află în centrul preocupării celuilalt. Această preocupare poate evolua în convingere delirantă ce constă în tema că alții îl comentează nefavorabil, că este în centrul comentariilor negative, al disprețului, umilirii și bătăii de joc generale. Trăirile delirante de tip senzitiv-relațional se corelează frecvent cu tematica dismorfofobică, cu aria tematică corelată acesteia prin care subiectul resimte că, corporalitatea și aspectul său este abordat și comentat nefavorabil de către alții. Pornind de la acest nivel tematica delirantă se poate dezvolta în direcția urmăririi și a punerii sub observare a intimității. Denumirea de tematică paranoidă este atribuită tradițional convingerii în atitudinea ostilă a altora. Aceasta poate avea diverse modalități: intenția sau acțiunea eficientă de a crea un prejudiciu material subiectului și celor apropiați, privarea de libertate, supunere la chinuri și torturi, condamnarea la moarte sau tentative de omorâre, de transformare malefică, etc.

Delirul reprezintă un sd. central al psihopatologiei. Multe alte sd. se articulează de el; ajungându-se la complexe sindromatice de diverse configurații ce se manifestă în episoade psihopatologice și tulburări psihiatrice bine configurate clinic.

Delirul monotematic sistematizat se corelează în primul rând cu dezvoltările prevalențiale, centrate de o idee supraevaluată, care se dezvoltă de obicei la persoane particulare sau dizarmonice. Multe tulburări centrate pe teme corporale și chiar relaționale se încadrează în această clasă în care tranzițiile sunt graduale. Se poate menționa hipocondria, preocuparea corporală din anorexia mentală, dismorfofobia, gelozia și chiar erotomania. Preocuparea prevalentă, la rândul ei, se poate plasa într-un continuu cu preocupările anxios-fobice și obsesive. În acest sens, în cadrul spectrului tulburărilor obsesiv-compulsive, pornindu-se de la preocuparea pentru contaminare, Hollander a introdus o direcție de tranziție graduală spre convingerile delirante.

O altă situație în care trecerile pot fi graduale o constituie tulburările de dispoziție depresive și maniacale, care conțin în mod structural o ideație deformată a subiectului privitoare la poziția sa în raport cu lumea, alții și sine. Depresivul în mod firesc se autodepreciază și se consideră vinovat într-o manieră exagerată, care poate fi etichetată de cele mai multe ori ca prevalentă. Uneori, se poate ajunge în cadrul acestor tulburări și la un delir congruent, în cazul în care convingerea absurdă e formulabilă tematic și susținută cu multă tenacitate. De exemplu un depresiv poate considera că e vinovat de toate războaiele din istoria omenirii iar un maniacal că a rezolvat problema crizei mondiale și a fost numit președinte al ONU. Depresivul și maniacalul pot prezenta idei supraevaluate sau delirante și pe teme necongruente, de ex. paranoide.

Jaspers a încercat să facă o diferență între convingerile „deliroide” (wahuhafte) și delirul propriu-zis, care ar reprezenta o schimbare radicală în structura personalității realizată printr-un „proces psihopatologic” care induce o discontinuitate în funcționarea psihismului, mutare pe o altă orbită.

O altă articulare frecventă a patologiei delirante este cu tulburările perceptivă. În cazul delirurilor monotematice sistematizate se consideră că acestea lipsesc. Sau, sunt reduse la iluzii, delirul constituindu-se mai ales prin intuiție delirantă sau interpretări delirante a unor percepții ce sunt desprinse din context, ca detalii decontextualizate și supraevaluate în direcția anumitor semnificații. Prezența cuplului delir-halucinații este însă destul de frecventă în psihopatologie, mai ales în cadrul tematicilor relaționale paranoide. Poate fi vorba uneori de halucinații funcționale. De ex. un pacient e convins că cei din familie vor să-l otrăvească deoarece simte un gust neobișnuit în mâncare. Sau vecinii acționează împotriva sa prin gaze otrăvitoare. În delirul dermatozic Ekborn subiectul e convins că e infectat cu insecte ce umblă pe sub pielea sa, deoarece afirmă că le simte deplasându-se. Cele mai frecvente sunt halucinațiile audio-verbale, prin care subiectul se aude strigat, amenințat. Delirul paranoid halucinator a fost tot timpul acceptat în istoria psihopatologiei ca distinct de patologia schizofreniei paranoide.

O altă situație particulară în care delirul se poate corela cu halucinațiile sunt stările oniroide, care intervin mai ales în delirium. În aceste cazuri pe prim plan sunt halucinațiile vizuale. De asemenea în unele experiențe de „transă”, care în prezent apar mai ales în ambianță transculturală, subiectul e convins că e în contact direct cu spirite sau ființe supranaturale, pe care le poate și percepe vizual sau auditiv. Și care uneori îl posedă și îl dirijează.

Situații mai complexe apar în tabloul clinic care e clasic considerat ca îndreptându-se în direcția „paranoidiei schizofrene”. Acesta are de obicei o tematică relațională de persecuție și poate să se combine cu mai multe sau mai puține simptome din următoarele sindroame, ce au fost comentate ca stare „paradelirantă”;

- Derealizarea și distorsiuni de ansamblu a câmpului perceptiv (trăiri de referință, dispoziție delirantă)
- Fenomene de punere sub supraveghere și de transparență influență
- Halucinații auditive comentative

O parte din simptomele cuprinse în aceste sindroame au fost reunite de K. Schneider într-o listă cunoscută sub denumirea de „simptome de prim rang Schneider”, a căror prezență ar indica schizofrenia în lipsa unor cauze organice. În prezent această simptomatologie, prin ea însăși nu mai e considerată specifică schizofreniei, putând apărea, cu diverse intensități și durate și în alte tulburări clinice ca: - psihoza scurtă și tranzitorie, - tulburarea schizo-afectivă; - tulburări bipolare; - psihoze delirante persistente.

În privința implicării sd. delirant în schizofrenie, acesta e frecvent în formele clinice paranoide ale acesteia. Dar, schizofrenia, așa cum a fost configurată ea în tradiția psihiatriei europene e un tablou clinic complex, pentru identificarea căreia nu ajunge prezența unui delir halucinator. Formele tipice s-ar caracteriza prin:

- Prezența întregului complex al „paranoidiei schizofrene” menționate mai sus, care să fie manifest, bine exprimat și cu o durată suficientă (peste 1 lună)
- Prezența complexului sindromatic dezorganizant și deficitar, care include: - sd. de depersonalizare somatică și psihică; - sd. de dezorganizare motivațional comportamentală și ideo-verbală; - sd. deficitului de intenționalități, amotivațional apatic, autist, cataton.
- În plus, în schizofrenie se consideră că sunt de obicei prezente deliruri și halucinații multiple; în combinație variată cu tulburări dispoziționale (anxietate, iritabilitate ostilă, stări expresiv euforice sau depresive), etc.

Conceptul de schizofrenie rămâne deschis unei conceptualizări care polarizează aproape tot ceea ce e esențial în psihopatologia etichetată ca „psihotică”.

3.1.22. Sindromul dezorganizării motivațional comportamentale și ideo-verbale

Acest sindrom a fost comentat ca și caracteristic schizofreniei de o serie de psihopatologi, culminând cu Bleuler, care a dat denumirea bolii pornind de la expresia grecească de „schizis” care înseamnă fragmentare. După o perioadă de dezinteres, sd. dezorganizant s-a replasat în centru atenției în ultimele decenii, atât în urma analizei factoriale a simptomatologiei schizofrene (Liddle)* cât și a impunerii conceptului de deficiență a „coerenței centrale” atribuit autismului Kanner*. Conform concepției celor ce s-au ocupat de problemă, sd. dezorganizant exprimă afectarea unei funcții generale de sinteză ce se exprimă normal în realizarea unui obiectiv structurat, organizat, ordonat și ierarhizat. Ideea unei ordini ierarhice, a unei structuri funcționale ierarhizate ce caracterizează existența unui individ într-un context relațional, este o temă vastă a ontologiei, pe care psihologia persoanei umane o preia inevitabil, aplicând-o la psihopatologie tocmai în domeniul „coerenței centrale”.concepte ca cele de ordine ierarhică, delimitare între interior și ambianță, integrarea părților (detaliilor) într-un ansamblu coerent în perspectivă pragmatică și semnificantă, sunt necesare sistematizării unei simptomatologii cu care psihopatologul se întâlnește în practica sa.

Există cel puțin două direcții în care „coerența centrală” se dovedește un principiu eurastic util și explicativ pentru psihopatologie. Una are în vedere însăși structura ierarhizată a sinelui, care se delimitează de lumea cu care totuși se interrelaționează constant. Al doilea se referă la realizarea unui obiectiv

pragmatic sau comunicativ. Acest al doilea aspect stă la baza manifestării subiectului în situațiile problematice pe care trebuie să le rezolve. Dezorganizarea structurii ordonate și organizate ierarhic, în vederea atingerii unui obiectiv, se exprimă psihopatologic în sd. de dezorganizare motivațional-comportamentală și ideo-verbală.

- Dezorganizarea în perspectivă motivațional comportamentală reunește simptomele care exprimă deficitul de legătură și coerența în acest plan. Se pot menționa:

- Comportamente și expresii nemotivate și neadecvate: subiectul comite un act agresiv pe care nu-l poate explica și pe care ceilalți nu-l înțeleg; se îmbracă neadecvat, cu haine groase pe căldura caniculară; râde în împrejurări triste. O parte din aceste comportamente ciudate și bizare se poate baza pe un deficit de argumentare și raționament ce derivă din dezorganizarea în plan ideativ semantic. De ex. el se poate urca la o adunare pe masă pentru „a fi la înălțime socială”, poate râde la împrejurări triste meditănd la eternitatea existenței, etc.

- Indecizia, ambivalența majoră, ambitendența, toate conducând la inactivitate și uneori imobilitate, exprimă dezorganizarea structurii cursive a unei acțiuni, ce începe cu decizia și trecerea la act, urmată de efectuare și finalizare. Bleuler a reunit această simptomatologie sub denumirea generală de „ambivalență”.

- Comportamentul și expresivitatea stereotipă, manieristă, ritualică. Aceasta se referă la decuparea unor componente firești ale comportamentului care, se dezimplică din cursivitatea desfășurării acțiunii, se independizează și se repetă inutil. Sau, poate fi vorba de desprinderea fazelor pregătitoare și intermediare ale acțiunii din desfășurarea lor naturală și individualizarea, însoțită de o atitudine hiperanalitică și atenție exagerată față de detalii. Stereotipia și manierismul se pot referi și la posturi. Împreună cu unele aspecte ale ritualurilor,

ele se pot manifesta și în comportamentul lingvistic, exprimând o „hiperpregătire” a acțiunii și comunicării efective. Unele din aceste manifestări pot lua forma unei perseverări patologice, ineficiente. E posibilă o articulare cu patologia de tip obsesiv-compulsiv.

- Deraierea intenției de acțiune și comunicare exprimă pierderea direcției sintetizatoare și a coerenței, care permite o succesiune adecvată a etapelor ce evoluează spre un final. Astfel de etape sunt configurate în orice proiect intențional de acțiune sau comunicare. Iar diversele secvențe sunt realizate într-o anumită ordine. În cazul în care vizarea intențională e doar relaxată, comunicarea și/sau comportamentul se manifestă prin circumstanțialitate; adică, se produc devieri, alunecări circumstanțiale exagerate cantitativ și deseori hiperanalitice, corelate unor amănunte, în unele etape ale desfășurării acțiunii sau comunicării; dar subiectul revine apoi la direcția principală pe care o continuă. În cazul deraierii propriu-zise, direcția acțiunii sau comunicării se pierde și pacientul alunecă, din aproape în aproape, prin similitudini superficiale, detalii sau alte argumente, în direcții care nu mai au legătură cu intenția inițială.

- Dezorganizarea comportamentului și comunicării constă în imposibilitatea de a menține o direcție intențională; chiar dacă ea e la un moment dat formulată, se trece fără argumente explicite sau comprehensibile la alte fragmente de comportament sau comunicare, fără legătură între ele.

- Nefinalizarea și apragmatismul este o consecință a tuturor tulburărilor deja menționate; imposibilitatea de realizare a unui act intențional sau a unei comunicări țintite, face ca subiectul să nu se poată articula de viața celorlalți, de viața socială și comunitară. El rămâne pentru ceilalți ineficient, incomprehensibil, bizar, imprevizibil, detașat de comunitate.

- Comportamentul abulic major, poate fi o expresie exterioară a dezorganizării motivațional comportamentale. Subiectul stă fără a face nimic, iar

intermitent se manifestă imprevizibil și incomprehensibil. Manifestările sindromului cataton și a celui autist, interferează și se conjugă cu elementele acestui grupaj sindromatic.

- Dezorganizarea în plan ideo-verbal

Simptomatologia ce se manifestă în acest plan reia pe cea a dezorganizării motivațional comportamentale, în măsura în care e vorba de comunicarea verbală sau scrisă, care are ca model actul voluntar. E vorba de un proiect, o decizie, un plan comunicativ cu etape succesive, ce se cer parcurse, spre un final. Și în acest caz, la fel ca în cazul comportamentului pragmatic, se poate evidenția indecizia, stereotipia și manierismul repetitiv, circumstanțialitatea și deraierea, dezorganizarea cursului gândirii și vorbirii. Și ca final, necomunicarea autistă.

Ca particularitate în raport cu acțiunea pragmatică sunt de luat în considerare următoarele. - Faptul că limbajul articulat se bazează atât pe logică, cât și pe o structură gramaticală definită. - Faptul că limbajul are o componentă semantică, care pe de o parte e definită prin convențiile ce dau profilul unei limbi anume, pe de altă parte exprimă o specificitate proprie a conținutului semantic, care se corelează în mare măsură cu dimensiunea intensională a conceptelor logice. Între specificațiile dezorganizării ideo-verbale se poate menționa:

- Exprimarea verbală poate fi puțin sau deloc comprehensibilă pentru alții, în raport cu cadrul lingvistic utilizat. Un pacient cu dezorganizare ideo-verbală poate vorbi concomitent în mai multe limbi sau dialecte, amestecând în mod aleatoriu cuvintele și expresiile.

- Subiectul poate folosi neadecvat semnificațiile cuvintelor sau expresiilor plurisemice. Sau, le poate folosi într-un sens extrem de concret sau extrem de abstract. El poate folosi și semnificații neuzuale ale expresiilor lingvistice. Sau, poate folosi semnificații ideosincrazice, care au înțeles doar pentru el.

Deasemenea poate folosi neologisme verbale sau expresii și semne pe care le-a inventat și le înțelege doar el. Poate desface analitic și recombina elemente lingvistice uzuale, dându-le semnificații particulare.

- Prin dezorganizare în plan semantic vorbirea pacientului poate apare ascultătorului ca: vagă, neadecvată, bizară, aluzivă, stranie, cu semnificații ambigue.

- Adăugându-se dezorganizarea în sens de nerespectare uzuală, convențională a regulilor gramaticale, exprimarea pacientului apare ca dezorganizată. Această dezorganizare suprapune tulburarea gramatical semantică peste dezorganizarea comportamentală, deja menționată.

- Dezorganizarea ideo-verbală implică și perturbări în planul gândirii ideatice, care e mediată prin limbaj. Corelația între abstract și concret este perturbată, cu tendință spre extremități: aspecte hiperabstracte se impun subiectului alături de aspecte hiperconcrete, în lipsa unui context semantic și a unui discurs argumentativ și comunicativ de fond, care să le justifice.

3.1.23. Sindromul amotivațional

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 interese, 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.

Sindromul amotivațional se întâlnește în depresie, schizofrenie, precum și în sd. cataton, care e comun amândurora. În depresie se însoțește de hipertimie negativă, lipsă de speranță, autodeprecieri, vinovăție, ideație suicidară. În schizofrenie se corelează cu sd. abulic, sd. apatic anafectiv, cu sărăcirea gândirii și vorbirii, cu asociabilitate anhedonică, configurând dimensiunea deficitară a acestei tulburări.

3.1.24. Sindromul autist

În mod normal orice om intră spontan în contact cu alții, 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 ceea ce se întâmplă în viața comunitară, afirmându-se cu inițiativă și eficiență în raport cu alții.

Autismul a fost introdus ca și concept psihopatologic de către Bleuler pentru a caracteriza “închiderea în sine patologică” a schizofrenului, care trăiește în lumea sa proprie, dezorganizată și bizară, fără a putea comunica cu cei din jur. După impunerea DSM-III s-a renunțat treptat la această înțelegere a termenului și la utilizarea sa în schizofrenie. Deși în psihiatria actuală au reînceput trimiteri la acest înțeles, noțiunea este utilizată în prezent pentru autismul Kanner, care se evidențiază în prima copilărie. Și în marginea căruia s-a elaborat conceptul de “spectru autist”.

Sindromul autismului infantil –și al spectrului autist – se caracterizează prin:

- Deficiența calitativă a interacțiunii sociale care se caracterizează prin deficit în comportamentele non-verbale de reglare a interacțiunii cu alte

persoane, inclusiv în cadrul dialogului, (privitul feței și mai ales a ochilor, expresia facială, ținuta corporală, gesturile, modularea vorbirii); deficiență în stabilirea de noi relații cu alte persoane, lipsa zâmbetului relațional; lipsa tendinței spontane de a împărtăși bucuriile sau realizările proprii cu alții; lipsa de reciprocitate emoțională și socială.

- Deficiențe și particularități anormale în comunicarea verbală. Însușirea corectă a limbajului e dificilă, dar în multe cazuri e posibilă. Limbajul, chiar dacă e bine însușit, e deficitar în funcția sa comunicativă. Aceasta, atât prin organizarea conținutului, cât și prin stilul de adresanță, intonație, ritm, modulare. Limbajul e marcat de stereotipii, manierisme, abstractizări. E dificilă și inițierea sa cu scop comunicativ sau implicarea în dialog. Unele cazuri prezintă exagerată capacitate de memorie mecanică: învață mersul trenurilor, calendarul pe mai mulți ani, etc. În sd. Asperger și unele cazuri din spectrul autist în care se dezvoltă o bună inteligență, ce poate fi performantă în domenii abstracte, subiectul poate desfășura discursuri destul de coerente și lungi, fără a fi însă interesat dacă ceilalți îl ascultă, sunt interesați sau au înțeles.

- Preocupările și comportamentele sunt reduse și stereotipe, repetitive. Interesele și preocupările sunt limitate la numai câteva, anormale ca intensitate și focalizare. Comportamentul este inflexibil, cu tendință la rutină și repetitivitate. Subiectul poate desfășura mișcări manieriste netranzitive (ca de ex. de aspectul „bătăilor aripilor de fluture”). Frecvent apare un comportament ce constă în simpla atingere și apucare a obiectelor; eventual atingerea altor persoane. Se manifestă o pronunțată rezistență la schimbarea ambianței spațiale: obiectele din jur trebuie să rămână într-o poziție și ordine fixă; mutarea lor declanșează crize de agitație. Se manifestă interes pentru jocuri mecanice, constructive, geometrie, matematică, uneori muzică. Există o preocupare pentru părți ale obiectelor și detalii, cu dificultatea sau imposibilitatea de a percepe ansambluri coerente. Exemplul tipic constă în focalizarea atenției asupra unor

părți ale feței mamei fără a putea percepe configurația de ansamblu a acesteia și sentimentele ce le exprimă. Uneori subiectul reacționează intens lasunete ușoare rămânând areactiv la zgomote puternice.

Cele trei aspecte se intersectează și se intercondiționează.

Spectrul autist, care este mult studiat în prezent, cuprinde și cazuri în care manifestările menționate mai sus sunt mai puțin pronunțate, mai ales în cadrul a ceea ce se numește „spectrul autist lărgit”, ce are în vedere rudele autiștilor diagnosticabili medical. Inteligența poate fi bună, uneori cu performanțe excelente în domenii tehnice, abstracte, matematice. Majoritatea optează pentru profesii tehnice și de cercetare, în care au legătură mai mult cu mecanisme și abstracții decât cu oameni. Raportarea interpersonală directă rămâne deficitară: la fel ca rezonarea afectivă în raport cu alții. Se reîntâlnesc trăsături de personalitate care au fost comentate tradițional ca și caracteristice tulburării de personalitate schizoidă.

Actuala concepție privitoare la sd. autist, ca stând la baza unei psihopatologii developmentale de diverse intensități, e orientată spre nedezvoltarea unor funcții psihice de bază, a unor structuri modulare psihice adaptative. Principalele două sunt: Capacitatea de mentalizare (Theory of Mind) prin care copilul, după trei ani, intuiește intențiile celuilalt în situație, îi citește starea mentală actuală. În al doilea rând, deficiența funcției de sinteză a „coherenței centrale”, care ordonează ierarhic și sintetizează structura sinelui, funcțiile cognitive și cele de raportare la ambianță, în direcții pragmatice și relaționale. În cazul schizofreniei, unde autismul a fost inițial descris, nu e vorba de o nedezvoltare, ci de o patologie care începe la un moment dat și are o durată limitată. Cu toate deosebirile existente este evident că multe manifestări care sunt în prezent acceptate ca și caracterizând autismul Kanner, au fost descrise inițial în schizofrenie, unde se reîntâlnesc și în prezent, mai ales în forma dezorganizată a acesteia. Așa sunt

stereotipiile și manierismele, dificultatea comunicării nonverbale și verbale cu alții; și chiar, în unele cazuri, intoleranța la schimbare (în unele forme catatone de schizofrenie) sau preocuparea excesivă față de detalii.

Intră astfel în discuție, în ambele cazuri perturbarea și disfuncția aceluiași structuri funcționale, dar în modalități diferite. Într-o manieră atenuată, multe din aceste simptome se regăsesc în obsesionalitate. Iar în formele grave ale tulburării obsesiv-compulsive, simptomatologia e deseori similară. Se deschide astfel perspectiva unei studieri mai detaliate a „funcției coerenței centrale” și a disfuncției ei în acest grupaj de sindroame.

Nota VII

Sindromul dezorganizării amotivațional comportamentale și ideo-verbale se poate combina cu cel amotivațional și cu elemente ale celui autist în formele deficitare dezorganizante de schizofrenie; uneori pot fi prezente și aspecte ale sd. apatic și cataton. Acest tablou psihopatologic, la rândul său, se poate combina cu cel schizo-paranoid.

3.1.25. Sindromul demential

Procesul dezvoltării psihice ontogenetice a individului, implică achiziția progresivă de noi capacități relaționale și pragmatice, de noi cunoștințe și competențe și de o tot mai bogată și determinată identitate psihosocială, odată cu practicarea unor roluri sociale tot mai complexe. Acest proces natural este contrabalansat de pierderea acestora, mai lentă sau mai rapidă, globală sau sectorială. Faptul se petrece într-un mod firesc la vârsta a treia.

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

Deteriorarea dementială 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 viață 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 dificultății în efectuarea eficientă și responsabilă 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 reperele 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.

Declinul funcțiilor cognitive, la vârsta a treia, poate fi lent progresiv, trecându-se printr-o fază a disfuncției cognitive minore, subclinice.

Sindromul demential poate fi accentuat temporar de episoade de delirium și poate fi marcat de delir, halucinații, anxietate, depresie.

3.2. Sindroamele psihopatologice în practica clinică

Sindroamele psihopatologice descrise se pot întâlni izolat, într-o formă tipică și de intensitate medie. Durata, intensitatea și forma de manifestare poate fi însă variată, în cursul aceluiași ep.pt.; sau în episoade succesive, uneori combinându-se cu particularitățile personalității. Apoi, diverse sd.ps. așa cum au fost ele descrise, se pot combina în cadrul aceluiași ep.pt. sau a unora succesive, caz în care se vorbește de comorbiditate sau coocurență. Aceasta e mai mare pentru unele sd.pt. care pot fi considerate ca făcând parte din aceeași clasă. Aceste probleme sunt importante practic, pentru circumscrierea nosologiei, terapiei și cercetării. Vom discuta pe scurt unele aspecte ce se întâlnesc des în practică și care i-au preocupat pe specialiști.

O problemă frecvent evocată e cea a sd.pt. ce fac parte din clasa – sau clusterul – anxietății. Să luăm în considerare următoarele :

Fig.8

Atac de panică AP	Anxietate generalizată AG	Agorafobie AGF	Fobia spațială FP	Fobia obsesivă FO	Reacția de spaimă
Depresie					
Tulburarea de personalitate dependentă, evitantă, anacastă tp.d,e,a (Clusterul					

C)

Toate manifestările menționate în tabel pot apare independent, cel puțin în cadrul unui ep.p. Dacă episodul durează mai mult sau episoadele se repetă, diverse coocurențe sunt deseori prezente. Agf. se combină frecvent cu AP astfel încât DSM-IV descrie două subtipuri de Agf : cu și fără atacuri de panică. Deși se comentează existența unei tulburări independente de panică, studiile asupra acestei entități sunt așa de puține, încât identitatea ei e discutabilă. AP poate apare pe fondul unei depresii de intensitate ușoară, chiar subclinică. AP din AG apare de obicei noaptea trezind pacientul din somn pe când în Agf apare când subiectul se află în mijlocul mulțimii și aglomerației. In patologia fobică AP apare de obicei la întâlnirea cu obiectul fobogen. Combinația dintre AG și D e așa de frecventă încât există propuneri insistente de a se decupa o tulburare anxios-depresivă ca entitate specifică independentă; și nu sub forma comorbidității. In perspectivă longitudinală, cu cât tulburarea se prelungește, cu atât apar mai multe elemente ale complexului anxios.

Patologia obsesiv-compulsivă (TOC) se articulează doar parțial cu complexul anxios, de obicei prin fobiile anankaste. AP sunt mult mai rare și pot fi considerate de obicei ca o comorbiditate. In schimb, coexistența depresiei este identificată până la 80% din cazuri. Din aceste motive OMS nu a urmat linia din DSM-III-IV și a plasat TOC într-o poziție separată în cadrul SNN ICD-10. Faptul e susținut și de cercetările ce vizează spectrul TOC.

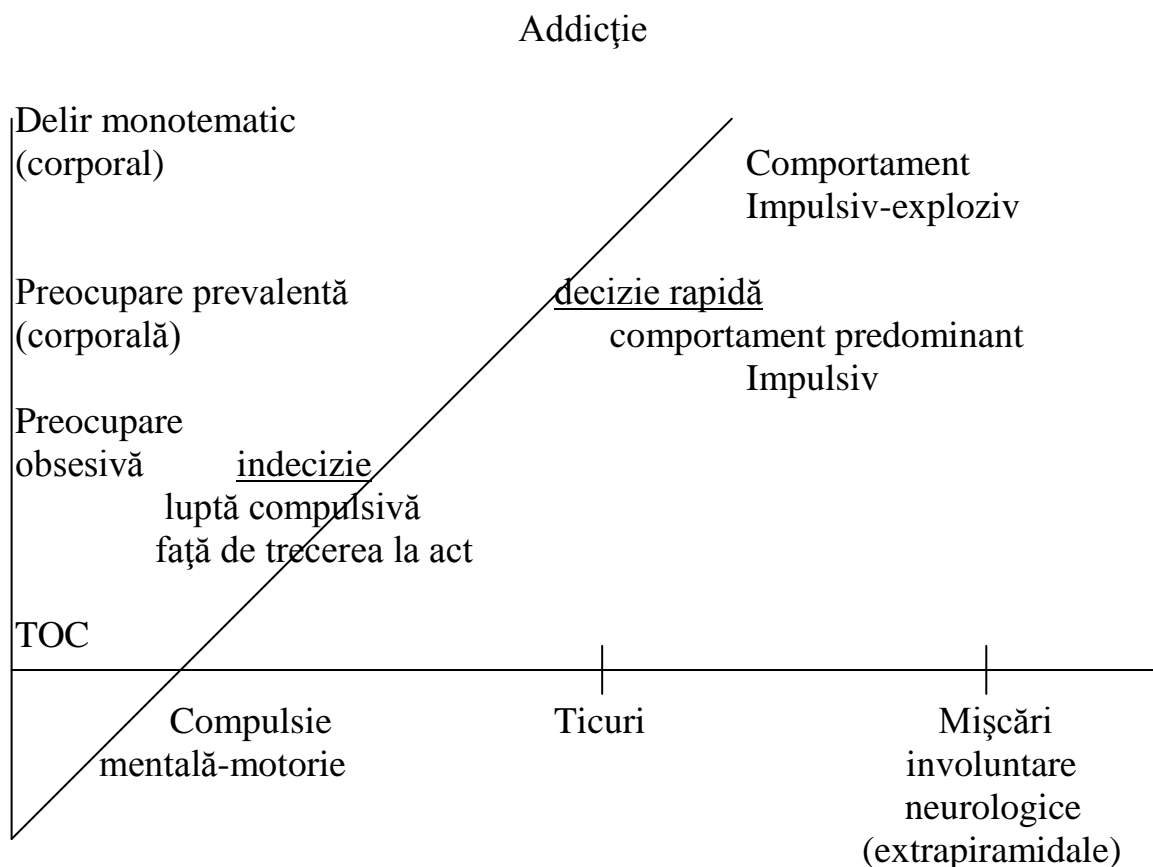
Corelația dintre tulburările anxioase, depresive și OC pe de o parte și a tulburării de personalitate din clusterul C, este o veche constatare mereu reconfirmată. Ea a permis, în psihopatologia developmentală, să se identifice o mare grupare a tulburărilor “internalizate” opuse celor “externalizate”. Această partajare e utilizată și în unele cercetări din psihopatologia adultului (Krueger).

În sfârșit merită menționată și sugestia lui Tyrer, de a grupa ansamblul patologiei cuprinse în tabelul menționat, în măsura în care sunt și tulburări similare familiale, într-o supraclasă nosologică pe care a denumit-o „cotymie”.

Comentariul semiologic al patologiei anxioase nu epuizează analiza acesteia d.p.d.v. al psihopatologiei clinice. În joc pot fi aduse, pentru înțelegerea manifestărilor, evenimentelor de viață trăite, biografia, capacitățile de coping cu stresul, conflictele intrapsihice, rețeaua socială, compensările și decompensările, ambianța interpersonal socială. Iar în perspectivă medico-psihiatrică se poate discuta despre genetică și neurotransmițători, despre implicarea patologică cardio-vasculară și endocrină, alimentație, adicția de substanțe psihoactive, perioade fiziologice de viață, comorbiditate somatică etc. Pentru toată această înțelegere clinică, e nevoie însă de un inventar corect, exact și nuanțat a manifestărilor simptomatice-sindromatice ale patologiei anxioase.

Psihopatologia clinică a ultimelor decenii, inclusiv semiologia, au acordat o mare importanță ideii de “continuum”. În cazul de față e vorba de “dimensionalitate” semiologică. Aceasta are mai multe înțelesuri dintre care principalele sunt : a) continuumul dintre aspectul normal și cel patologic al manifestării; b) continuumul între manifestări distincte psihopatologic, uneori chiar contrare; c) continuumul între simptomele episodice și trăsăturile de personalitate. Problematika continuumului joacă un rol important în actuala orientare a nosologiei psihiatrice în direcția spectrelor malade. Un tip aparte de problematică a apărut odată cu comentarea de către Hollander și a echipei sale a spectrului tulburării obsesiv-compulsive (STOC). Acesta e prezentat ca evoluând în trei direcții.

Figura 9



TOC are o componentă motorie. Compulsia e un act motor simplu pe care subiectul îl execută de obicei pentru a contracara o trăire subiectivă obsesivă neplăcută. De exemplu obsesia de contaminare, determină spălatul compulsiv al mâinilor. În compulsia obișnuită se păstrează o cotă parte de control, de luptă a subiectului cu tendința la act, uneori el reușind amânarea acesteia sau înlocuirea

cu un comportament mai puțin vizibil sau compromițător. De exemplu în fața unei compulsii de a profera injurii în biserică, uneori subiectul reușește să părăsească încăperea fără a da loc injuriei; sau, o pronunță cu voce scăzută și gura acoperită. Ticul e o mișcare involuntară simplă care de obicei nu e corelată direct cu o semnificație subiectivă și pe care subiectul nu o poate controla. La fel sunt unele mișcări ritualice și manieriste. In boala Jules de la Tourette se întâlnesc la același pacient obsesii, compulsii, ticuri sau ritualuri, fapt ce sugerează o bază patogenică comună.

La fel, mișcările coreiforme sunt involuntare și nelegate de trăirea unor semnificații, condiționate de o afectare a nucleilor de la baza creierului. In Coreea Sydenham întâlnim însă concomitant mișcări coreiforme, obsesii și compulsii. Acest continuum dintre tulburarea psihomotorie din TOC și mișcările involuntare din unele suferințe neurologice, a făcut ca STOC să se întindă și în această direcție.

Pe de altă parte compulsia, care e egodistonă și implică o luptă parțială a subiectului cu el însuși, e în principiu distinctă de comportamentul impulsiv, în care decizia e imediată, scurtcircuitată, fără deliberare. Există însă și cazuri intermediare. De exemplu în cleptomanie sau jocul patologic de noroc. Inițial subiectul caută să reziste tentației de a acționa. Dar după o luptă cu sine mai scurtă sau mai lungă, el cedează. Și apoi, se comportă un timp impulsiv și necontrolat, fapt care îi produce un fel de satisfacție, destinându-l. După care se oprește și regretă. E comentată astfel o altă direcție în care se poate dezvolta STOC, uneori combinându-se cu adicția față de unele comportamente aberante. In sfârșit, preocupările obsesive legate de corporalitate din TOC, pot avea și ele diverse intensități și forme de manifestare, între care pot apare tranziții. Astfel, preocuparea față de contaminare, cea hipocondriacă sau dismorfofobică, pot fi trăite anxios-fobic, obsesiv-compulsiv, prevalent sau delirant. E o a treia direcție a STOC a lui Hollander.

Ideea de STOC cu cele trei direcții ale sale se bazează nu doar pe aspectul semiologic al tranziției între manifestări ci și pe studii care indică similitudinea în ceea ce privește apariția și evoluția clinică, răspândirea familială, respondența terapeutică etc. Totuși, aspectul semiologic e important și interesant deoarece indică tranziția dintre manifestări care, până la un punct sunt separate sau chiar opuse. De altfel, o altă direcție posibil de tranziție e și cea avută în vedere tradițional, între TOC și patologia anxios fobică.

Mai menționăm un caz interesant și important în semiologia psihopatologică. E vorba de cel mai răspândit sindrom psihopatologic adică de depresie. Sd.depresiv se poate combina aproape cu oricare alt sd.pt. El are de asemenea multe subtipuri. Iar în funcție de intensitate, poate fi mascat de altă simptomatologie.

În mod tradițional semiologia comentează ca variante sau subtipuri, depresia inhibată (DI), cea anxioasă și cea disforică, iritabilă, rezultând din combinarea cu sdr. de anxietate generalizată sau cu cel iritabil ostil. O anumită interpretare le-ar putea considera pe toate ca subtipuri independente. La fel pot sta lucrurile în cazul conjuncției cu anergia astenică. Mai interesante sunt cazurile în care se întâlnește o “anestezie afectivă”, o incapacitate de a se bucura anhedonică, ce face ca subiectul să “sufere că nu poate suferi”. Aceste cazuri au fost comentate ca fiind afectate de o “depersonalizare melancolică”, ce dă “o calitate diferită trăirii subiective”. Clasic, ele erau înregistrate între variantele psihotice de depresie, chiar în absența delirului halucinator.

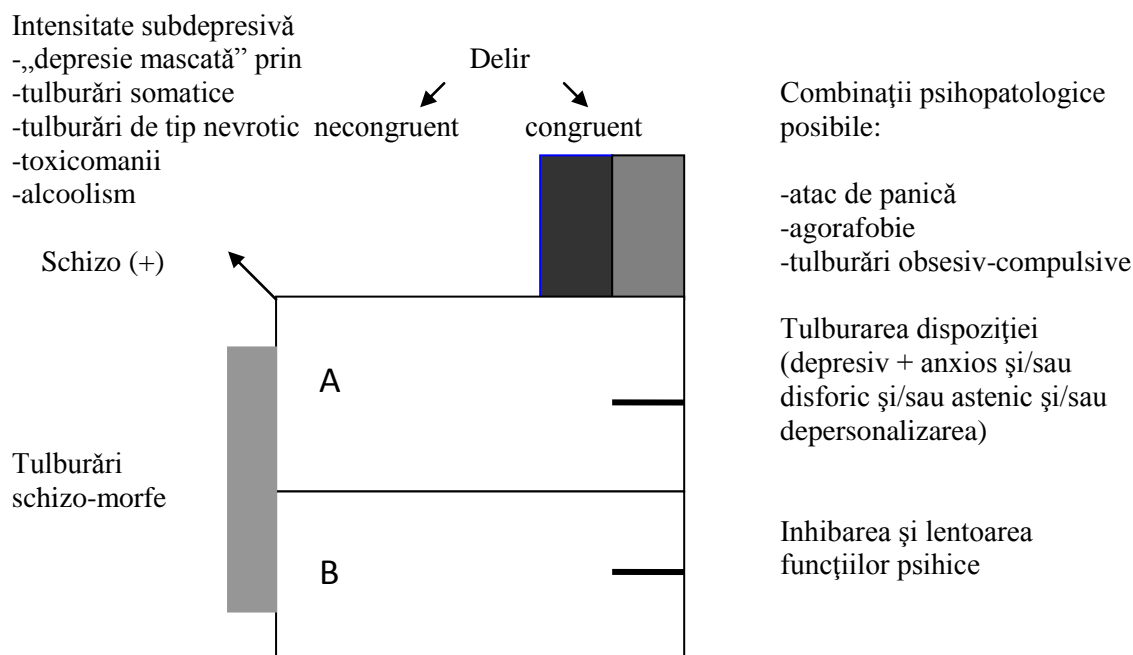
Trăirile depresive se conjugă firesc cu o resimțire neplăcută a corpului, cu cenestopatii și preocupări hipocondriace. În cazul prezenței pregnante a unor sd. somatoforme se ridică problema: care e eventuala conjuncție și contribuție la acestea a unei eventuale depresii concomitente? În formele accentuate ale depresiei inhibate, se poate ajunge la stupor melancolic; interferența cu sd. cataton se pune, desigur, iar în ultimul timp statutul nosologic al catatoniei e tot

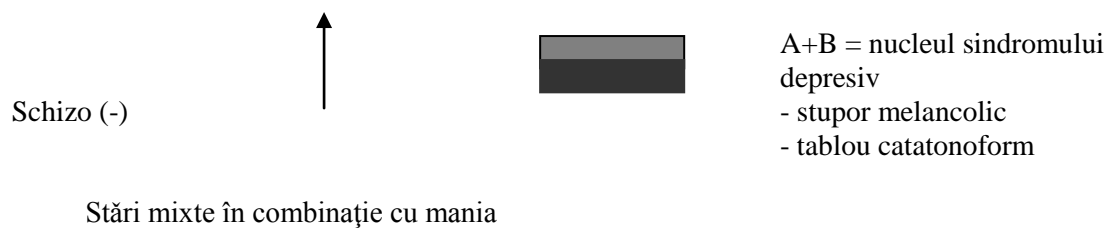
mai mult discutat în cadrul proiectului DSM V. Tot în unele forme grave, preocupările obișnuite ale depresivului privitoare la autodeprecieri și vinovăție, pot căpăta o intensitate și mai ales o “formulare” delirantă congruentă. În această perspectivă e necesar să existe un consens acceptat de specialiști, pentru a afirma existența delirului doar atunci când pacientul prezintă o “formulare tematică absurdă și trăită ca o convingere de neschimbat prin argumente”. Și aceasta pentru a diferenția ideea înțreținută de dispoziția depresivă, care până la un punct e o expresie implicată în tulburarea dispozițională. Delirul în depresie poate avea și o tematică congruentă hipocondriacă sau cenestopată, cu negație și enormități, ca în sd. Cotard.

În sfârșit, cele mai interesante combinații semiologice în cazul depresiei apar în cazul interferenței sale cu trăirile maniacale, cu tematica delirantă necongruentă a paranoidei și cu prezența fenomenelor de prim rang Schneider. Acestea sunt însă probleme nosologice mai complexe, care depășesc un simplu comentariu semiologic.

Figura 10

Interferențe între sd. depresiei inhibitate și alte sd.pt. așa cum apar ele în clinica psihiatrică





Aspecte de semiologie psihopatologică în evaluarea personalității

Semiologia psihopatologică s-a dezvoltat în secolul XIX prin observarea bolnavilor psihici internați în azile. În prima jumătate a secolului XX când s-a constituit psihopatologia ca știință prin Jaspers, Freud, Janet și alții, s-a avut în vedere și cazuistica extraclinică, de obicei din cabinetele de tratament și serviciile de expertiză. Astfel a apărut ideea de reacție comprehensibilă anormală prin Jaspers și cea de tulburare de personalitate/psihopatie prin Kretschmer și Schneider. Deși Schneider a încercat să desprindă problematica psihopatiilor de clinica psihozelor endogene, - chiar prin utilizarea unor denumiri străine de psihiatrie - , corelația dintre episodul psihopatologic și terenul personalistic s-a reafirmat odată cu viziunea neokrepeliniană a DSM III (1980). Aceasta a plasat cele două tipuri de manifestări anormale pe axe distincte de diagnostic. Faptul a condus la impunerea unei reutilizări a terminologiei psihiatrice pentru caracterizarea fondului personalistic, vorbindu-se de tulburarea de personalitate (t.p.) schizoidă, paranoidă, obsesiv-compulsivă, etc. Deși demersul din DSM III a fost unul administrativ, a reapărut problema clinico-psihopatologică lansată în prima jumătate a secolului XX de către Kretschmer, a unei continuități etiopatogenice și expresive între anormalitatea psihică ce se manifestă cu ocazia episoadelor și cea care se exprimă constant, prin stilul de relaționare și acțiune zilnică a celor cu tulburări de personalitate. Această idee s-a concretizat în ultimii ani în tendința “spectrelor maladive”, care urmăresc cazuistic atât manifestările clinice cât și cele subclinice, episodice, prodromale, precum și fondul personalistic, pentru a constitui modele globale antropologice a unor tipuri de patologie. La această viziune a contribuit și orientarea dimensională a psihologiei și psihopatologiei, care a venit să completeze orientarea categorială.

În cazul t.p., atât în sistemul american DSM III-IV cât și în cel WHO ICD-10 se are în vedere o caracterizare generală și o definiție tipologică.

Caracterizarea generală a t.p., valabilă pentru toate tipurile, subliniază deficiența și disfuncția în relaționarea interpersonal socială, care se manifestă constant, în viața de zi cu zi, în variate contexte, persistând după maturizarea ontogenetică mult timp, uneori toată viața. Caracterizarea generală are și exigențe negative, de excludere a deficienței mentale și a autismului Kanner. Deci, a caracteristicilor deficitare de fond ce rezultă din personogeneză și vizează subdezvoltarea intelectuală și/sau a capacităților relațional-comunicative. O altă exigență negativă este excluderea tulburărilor psihice episodice, chiar prelungite. Precum și a consecințelor defective ale acestora, inclusiv dacă sunt condiționate etiopatogenic de tulburări somatic cerebrale. Aceste exigențe negative, de excludere sunt desigur principale.

Revenind la caracterizarea generală pozitivă a t.p. se precizează că relaționarea interpersonală disfuncțională este accentuată ca stil și rigidă, cu deficiențe de intimitate, empatie și autocontrol. Iar comportamentul social nu respectă normativitatea socială scrisă și nescrisă, putând crea prejudecii celui alt și având deseori caracteristici delictuale și amorale. Toate acestea fac ca adaptarea și funcționarea socială să fie neadecvate, viața personală și socială din jur perturbată, deși capacitățile intelectuale și unele talente pot fi prezente. Anumite contexte, medii sociale sau situații speciale, pot compensa, cel puțin temporar, unele tipuri de t.p. În proiectul de DSM-V (care e programat să apară în 2013) se propune următoarea caracterizare generală a t.p. „Incapacitatea de a dezvolta un sens al identității selfului (sinelui) și incapacitatea de funcționare interpersonală în contextul normelor și expectațiilor culturale ale subiectului, care persistă pentru mai mulți ani și care nu sunt rezultatul altor tulburări”.

În ceea ce privește tipologia, aceasta e comentată în prezent în termeni relativ clinici, printr-un număr de categorii grupate în clustere: cluster A (paranoid, schizoid, schizotipal), cluster B (antisocial, borderline, histrionic, narcisic), cluster C (dependent, evitant, obsesiv compulsiv). A rămas mulți ani

în discuție problema acceptării unui tip depresiv. Proiectul DSM-V propune reducerea la 5 tipuri: borderline, antisocial/psihopatic (posibil cu unele subtipuri), schizotipal, evitant și obsesiv-compulsiv. Trebuie reținut că e vorba în cele din urmă de un diagnostic medico-psihiatric și nu general caracteriologic, așa că tipologia va reține trăsături de personalitate care nu doar sunt pronunțate și participă la disfuncția socială ci au unele similitudini sau chiar tranziții spre aspecte semiologice, care se exprimă în episoadele psihopatologice. În plus, în ceea ce privește tipologia, în ultimele decenii s-au purtat multe dezbateri privitoare la noțiunea “psihopatie”, concept care se referă la t.p. care încalcă grav normele sociale și morale, ajungând de obicei la delicvență. Psihopatia a fost concepută ca un cluster special – în tradiția unor conceptualizări ca “sociopatia”, “moral insanity”, “psihopatia Clecley” – care poate grupa cazuri cu caracteristici din diversele tipuri menționate. Caracteristicile psihopatiei sunt mai pronunțate la personalitatea antisocială, dar până în prezent s-au descris subtipuri de psihopatie cu punct de plecare în toate tipurile.

Interpretarea categorială a t.p. din DSM III-IV a fost constant criticată, deoarece: - numărul cazurilor tipologic pure e rar, în realitate întâlnindu-se combinații între 2-3 tipuri; - împărțirea tipologică nu se bazează pe criterii de diagnostic unitare sau pe fundamente conceptuale sau etiopatogenice, explicite și comune; - frecvența și importanța clinic a diverselor tipuri e variată. Aceste critici au condus la o serie de propuneri de utilizare a unor noțiuni dimensionale.

Indiferent de felul în care e rezolvată problema continuumului dimensional al trăsăturilor psihologico-psihopatologice, tradiția psihopatologică clinică a menținut până în prezent o caracterizare tipologică a t.p. Acest fapt e consonant cu tradiția milenară de caracterizare și etichetare tipologică a oamenilor în general. În consens cu această situație vom prezenta un grupaj de trăsături personologice care au fost și sunt utilizate în caracterizarea persoanelor cu t.p.

Acest grupaj are în vedere caracteristici care, pentru anumite cazuri concrete, pot fi întâlnite cu diverse intensități.

Suspiciosul (paranoid). În acest caz se plasează în prim plan trăsătura de personalitate a suspiciunii, ce se manifestă constant și rigid. Subiectul e mereu neîncrezător, intențiile altora sunt constant interpretate ca răuvoitoare, are impresia că ceilalți nu sunt loiali, corecți, îl prejudiciază, exploatează, înșeală, îl atacă; sau că ceilalți se coalizează împotriva lui, atentează la reputația sa. Subiectul interpretează evenimente și expresii neutre ca răuvoitoare, ca tendințe de a-l insulta, jigni, ofensa.

Suspiciunea poate fi constant trăită de pe poziții combative, de luptă sistematică împotriva altora. Sau de pe poziții de apărare crispată, mereu în defensivă.

Indiferentul (schizoid) se caracterizează prin indiferență față de alții, față de situație și față de propria afirmare. Această atitudine psihică ce e etichetată obișnuit ca „afectivitate”, exprimă deficiențe atât în ceea ce privește reactivitatea emotivă, atașamentul față de alții sau rezonanța afectivă, cea de preocupare față de asertarea de sine, succes sau insucces. Se vorbește de o „răceală afectivă” care, în acest caz, e dublată de lipsa de interes pentru evenimente sociale. Subiectul nu apreciază părerea bună sau rea a altora față de sine. Dezinteresul față de universul interpersonal social se conjugă cu un interes crescut pentru universul tehnic, matematic și pentru abstracțiile culturii. Subiectul preferă existența în singurătate, contemplarea, lumea ficțiunii, tematica abstractă.

Dominatorul manipulator (sociopat). Se caracterizează printr-o relaționare socială dominator agresivă, calculată și eficientă. Manifestă siguranță în relațiile cu alții pe care-i domină, dirijează și manipulează, urmărindu-și propriile interese egoiste, deseori hedonice. E lipsit și el de emoție și rezonanță afectivă, fiind, „rece afectiv” și neimpresionabil, fără generozitate sau remușcări. Dar nu

e apragmatic și detașat ca schizoidul. El nu e preocupat de abstracții, ci de interese concrete, pe care le urmărește cu eficiență.

Hiperexpresivul captativ (histrionic) se remarcă printr-o crescută abilitate a comunicării neverbale cu alții. Are un stil hiperexpresiv, spectaculos, care atrage și captează atenția publică a celorlalți asupra sa, impresionându-i, și plasându-l în centrul atenției sociale. Hiperexpresivitatea poate fi teatrală, afectată, stridentă, exprimată mimico-gestual. Sau printr-un limbaj colorat, bazat pe un imaginar bogat și o narativitate atractivă. Captativitatea sa e egofilă. Poate fi corelată cu o sugestionabilitate crescută. Dar de obicei e manipulativ. Subiectul e lipsit de reale trăiri emotiv-afective, de intimitate, de rezonanță afectivă, de generozitate.

Hiperimplicatul afectiv instabil și imprevizibil (borderline). Se caracterizează prin nevoia de permanente relații intime intense cu alții, care trebuie să-i fie în apropiere. În lipsa acestora resimte un gol interior și o lipsă de identitate. Această relaționare fuzională e marcată de instabilitate și impulsivitate, cu frecvente schimbări atitudinale, de la adulație la dispreț, agresivitate, acuze, ură, rejecție, implorare vinovată, anxietate de separare, șantaj afectiv. Oscilațiile atitudinale se referă și la propria persoană. Potențialul agresiv e crescut, inclusiv cel autoagresiv, cu comportamente de automutilare și parasuicid. Impulsivitatea și instabilitatea se manifestă în diverse arii instinctiv-pulsionale și comportamentale.

Hiperemotivul (evitant) prezintă o sensibilitate crescută pentru manifestările publice, în care trebuie să se manifeste performant față de persoane mai puțin familiare și/sau oficiale. În subsidiar se află teama de eșec, de comentarii negative, o hipersensibilitate a stimei de sine. Modelul de relaționare al evitantului nu afectează manifestările sale în spațiul familial, alături de persoane cunoscute, față de care e atașat și se simte în siguranță. Conduita sa e perturbată

în situații noi, publice, în afara unui sprijin protector din partea persoanelor de atașament.

Dependentul este descris ca o persoană care resimte constant nevoia de dirijare, ghidare, protecție, plasându-se la un pol opus față de dominatorul manipulator. Dependența se referă în esență la decizii. Dar comentariile asupra tipului standard largesc dependența la opinii, atitudini și întregul stil de viață. Nevoia de a fi în permanență în apropierea unei persoane autonome, cu o crescută capacitate de decizie, de care să se atașeze și pe care să o secondeze, este considerată definitorie. Dar în acest caz nu e vorba de un atașament fuzional instabil atitudinal (ca la tipul borderline). Sau de unul care să asigure manifestarea publică (ca la evitant). Ci de o dependență globală.

Conștiinciosul formalist (anankast, obsesiv-compulsiv) este caracterizat în primul rând prin atitudinea sa față de activitate. Si doar secundar prin relaționare sa socială, interpersonală, care e marcată de menținerea unei distanțe oficiale față de ceilalți, cu respectarea standardelor publice de conviețuire (respect, politețe, conștiinciozitate, scrupulozitate). Trăsăturile specifice se referă la problematizarea acțiunii, a muncii și ordinii, cu preocupare față de detalii și perfecționism. Corelate cu aceste problematizări se mai notează: faptul de a face mereu proiecte; tendința de a ordona, organiza, sistematiza; problematizarea deciziei; reveniri repetate și verificări; faptul de a începe mai multe lucruri concomitent; dificultatea de finalizare; perfecționismul; colecționarismul, etc. Preocupare excesivă față de activitate, de muncă și conștiinciozitatea, se corelează cu dificultatea de a se destinde, de a se relaxa, de a petrece timpul cu alții, fără angajare în obiective productive precise.

Tipurile caracteriale ce au fost menționate mai sus ca organizate în jurul unui nucleu central al trăsăturilor de personalitate, se bazează pe actuala tipologie a t.p. din DSM III-IV și ICD-10. În DSM III-IV mai e menționată tulburarea de personalitate schizotipală care în ICD-10 e considerată o formă atenuată de

schizofrenie. Precum și tipul narcisic, caracterizat prin preocuparea excesivă față de o imagine de sine idealizată, cu așteptarea ca și alții să se comporte față de subiect în mod corespunzător.

Modelul caracterial tipologic a fost, așa cum s-a menționat deja, criticat din multe puncte de vedere. Ca alternativă sau complementaritate s-au propus modele dimensionale. În prezent există o multitudine de astfel de proiecte, care au avantajul de a evalua intensitatea cu care o anumită trăsătură e perturbată (accentuată, distorsionată) la o persoană cu t.p. precum și care trăsături sunt normale și echilibrate. Unele din sistemele dimensionale derivă din instrumente de caracterizare a personalităților normale. Mai importante apar două. Un sistem care derivă din „Teoria celor cinci mari factori” (FFT). Și altul care derivă din circumplexul epitetelor interpersonale.

FFT e un sistem care a rezultat din gruparea și analizarea termenilor uzuali folosiți de populație. În urma eforturilor de la mijlocul secolului XX a lui Cattell și Allport s-a ajuns la reducerea progresivă a miilor de termeni la câteva mari clase, care în final au fost grupate în cinci mari factori, dispuși între doi poli opuși și având mai multe fațete. Pentru ridicarea datelor s-a folosit mult chestionarul NEO-PI-R (Costa și McCrae), a cărei structură pe trăsături și fațete e prezentată în figura de mai jos.

Sistemul FFT s-a dovedit eficace în caracterizarea dimensională a cazurilor cu t.p. El a fost adoptat de Widigger astfel încât să se poată utiliza și termeni care exprimă modificări anormale ale trăsăturilor de personalitate.

Figura 11

Fațetele NEO-PI-R ale celor 5 mari trăsături din sistemul de caracterizare FFT

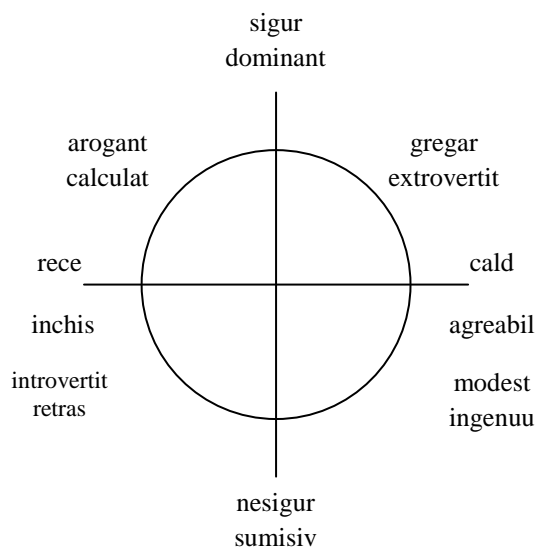
	Cele cinci mari trăsături	Fațete (și epitetul trăsăturii corelate)
E	Extroversie vs introversie	Gregaritate (sociabil) Asertivitate (presant) Activitate (energie) Canto excitația (aventură) Emoții pozitive (entuziast) Căldură (deschis)
A	Agreabilitate vs antagonism	Încredere (iertător) Directivitate (neinsistent) Altruism (călduros) Complianță (lipsit de încăpățănare) Modestie (lipsit de vanitate) Empatie (simpatizant)
C	Conștiinciozitate vs lipsă de direcție	Competență (eficient) Ordine (organizat) Datorie (atent) Tendință spre realizare (metodic) Autodisciplină (nu e leneș) Deliberare (nu e impulsiv)
N	Nevroticism vs stabilitate emoțională	Anxietate (tensionat) Ostilitate (mânios, iritabil) Depresie(nemulțumit) Conștiință de sine (rușinos) Impulsivitate (cu toane) Vulnerabilitate (lipsit de încredere în sine)

O	Deschidere vs reticență față de experiență	Idei (curios) Fantezie (imaginativ) Estetică (artist) Acțiune (cu interese largi) Sentimente (neexcitabil) Valori (neconvențional)
---	--	---

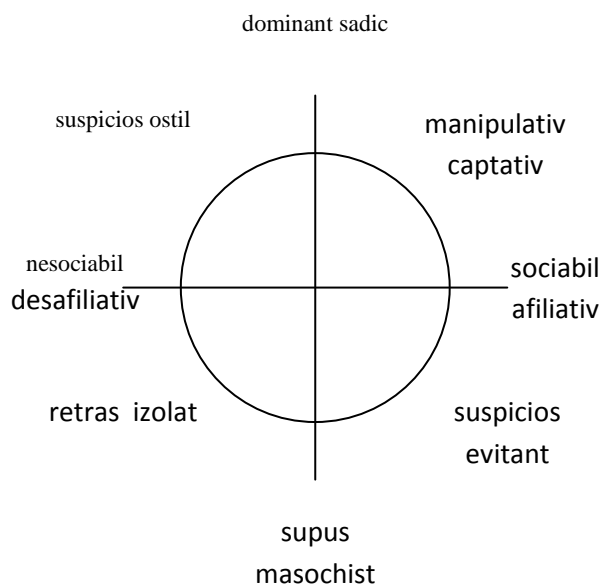
Circumplexul interpersonal pornește de la axele ortogonale ale lui Bakan, care au fost mult folosite în cercetări bio-sociologice. Ele se referă la cuplurile: dominație/sumisiune, deschidere agreabilă/retragere opozițională. Pornind de la acesta și de la doctrina câmpului interpersonal a lui Sullivan, în a doua jumătate a secolului XX s-a dezvoltat un circumplex al epitelor ce caracterizează relațiile interpersonale. La validarea acestuia au lucrat multe echipe de cercetători între care Leary, Kisker, Wiggis. Circumplexul are o bună aplicabilitate în caracterizarea persoanelor din perspectiva relațiilor interpersonale, inclusiv privitor la felul în care subiectul se raportează la sine în raport cu alții (faptul a fost caracterizat în psihoterapie de Benjamin). Circumplexul s-a dovedit și el util în caracterizarea persoanelor cu t.p., deoarece la acestea principala tulburare se manifestă tocmai în domeniul acestor relații. Trăsăturile accentuate de personalitate care stau la baza descrierilor categoriale sunt și ele în mare măsură surprinse dimensional de circumplex. Totuși, acesta ignoră felul în care subiectul se raportează la acțiunea pragmatică în general (în perspectiva deciziei, perseverenței, ordinii, finalizării) a fost și el important pentru caracterizarea unor t.p. deficiența poate fi compensată prin utilizarea unor circumplexe suplimentare care abordează și aceste aspecte. Ansamblul acestor probleme sunt schițate în imaginile din figura 12.

Figura 12

Circumplexul relatiilor interpersonale normale



Circumplexul trasaturilor particulare de personalitate



Circumplexul actiunii pragmatice

planificare ordonata
constiinciozitate munca

O plasare pe modelul circumplex a principalelor tipuri de TP

dominator
antisocial

paranoid histrionic

În ceea ce privește conceptul de „psihopatie” nu există în prezent un consens în afara operaționalizării pe care a realizat-o More și pornind de la conceptul de psihopatie a lui Cleckley. Există și o scală a gravității actelor agresiv sadice, întocmită de Stone. Se acceptă că e vorba de persoane care sunt abile social și încalcă cu ușurință normele etice, legale și morale, de persoane care au genetic și reacții emotive și anxioase reduse. Dar dinamica ce caracterizează în prezent viața socială face dificilă stabilirea unor criterii pragmatice ușor operaționalizabile. S-ar putea accepta ca următoarele caracteristici ar permite, prin cumularea lor, circumscrierea profilului unui psihopat: dominator, manipulator, egoism, lipsa rușinii, a sentimentului de vinovăție și de responsabilitate pentru persoane apropiate, neglijarea persoanelor apropiate, duplicitate malignă, comportament agresiv sadic, cu terorizarea și chinuirea celorlalți, etc. Ca și celelalte aspecte ale TP se pretinde ca aceste manifestări să fie constante, transcircumstanțiale, necompensate printr-o contrapondere moral socială cu sens valoric, neoperantă prin statut social.

Se mai cere subliniat că, caracteristicile generale și tipologice ale tulburărilor de personalitate – și ale psihopatiei – reprezintă doar unul din aspectele terenului

personalistic. Alte aspecte ale acestuia sunt: sexul, vârsta, caracteristicile bio-psiho-corporale incluzând temperamentul și la fel inteligența, fondul de cunoștințe și competențe, talentele, creativitatea, relaționarea socială, concepția despre lume și viață, și în cele din urmă, însăși ansamblul biografiei.

Utilizarea psihopatologiei descriptive în diagnostic și evaluare

În perspectivă istorică Ps.D a luat ființă în cadrul medicinei psihiatrice, pentru a ajuta la o cât mai nuanțată descriere și identificare a bolilor psihice. Eticheta socială de “om nebun” funcționează în toate culturile. Dar în cultura occidentală a sec. XIX și XX, odată ce psihiatria a devenit explicit parte a medicinei, Ps.D s-a dezvoltat progresiv timp de peste un deceniu, pentru a descrie cât mai nuanțat anomaliile psihice de comportament și trăire. Pe măsură ce în sec. XX s-a dezvoltat psihiatria de cabinet, curele psihoterapeutice și doctrinele psihopatologice, Ps.D s-a nuanțat și ea. Către sfârșitul sec. XX era clar că “tulburările psihice și comportamentale” pot apărea tranzitoriu în cursul vieții unui om, pe un anumit teren personalistic, beneficiind de îngrijire, tratament, recuperare, reabilitare și prevenție. Sistemul DSM-III ce a fost publicat în 1980, deși a avut o orientare medicală neokraepeliniană, a acceptat – cel puțin tacit – diferențierea între un episod malativ (e.g.. Episod maniacal), tulburare psihică (e.g. Tulburare bipolară) și teren personalistic anormal (e.g. Tulburare de personalitate borderline). Sistemul diagnosticului pe axe a permis să se identifice separat patologia somatică, evenimentele psihice stresante din ultimul timp și evaluarea globală a funcționării sociale. Unele din aceste distincții sunt menționate în partea introductivă a prezentei lucrări. Privind din perspectiva medicinei psihiatrice, Ps.D reprezintă însă doar un aspect al acesteia, care în Clinică este de obicei etichetat ca “semiologie”. Chiar din perspective psihopatologiei clinice, Ps.D nu abordează decât un aspect, lăsând deoparte factorii psihosociali, ce ar putea condiționa apariția și întreținerea unei tulburări. Precum și doctrinele psihologice și psihopatologice, care ar încadra într-un comentariu explicit antropologic, manifestările psihopatologice.

În cei peste 30 ani ce au trecut de la publicarea DSM-III, în actuala perioadă în care se pregătește DSM-V, psihopatologia clinică – din care face

parte Ps.D – s-a modificat destul de mult. Principala problemă, care a fost și este în studiu se referă la circumscrierea tulburării mentale, care se cere evaluată în primă instanță pe baza semiologiei. Principalele probleme care au apărut și sunt în dezbatere se referă la relația categorial-dimensional și la conceptul de “spectru maladiv”.

Întreg comentariul, pentru a fi comprehensibil, se cere referit la punctul de plecare al psihopatologiei clinice, care este episodul psihopatologic (ep. ps.). Astfel de episoade psihopatologice sunt, de ex, cele depresive, maniacale, agorafobice cu atacuri de panică, un episod de psihoză acută și tranzitorie, un ep. ps. de comportament impulsiv prin jocuri de noroc etc. Caracteristicile ce definesc un ep. ps au fost menționate în cap. 1: tablou clinic, intensitate, durată, mod de instalare și remisiune, teren predispozant, defect post-episodic, respondență terapeutică. De ex. durata joacă un rol pentru a stabili dacă o stare depresivă ce întrunește criteriile semiologice d.p.d.v. al listei de simptome, reprezintă sau nu un „caz” psihopatologic, timpul minim fiind de 2 săptămâni. Sau, dacă o tulburare psihotică ce prezintă și simptome de prim rang Schneider, poate fi încadrată în schizofrenie, timpul minim fiind de 1 lună. Privitor la teren, pe lângă aspectele demografice – sex, vârstă, statut instructiv-profesional și marital – joacă un rol tulburarea de personalitate și vulnerabilitatea, notate în DSM-III-IV pe axa II.

Un ep. ps., de ex depresiv, anxios sau centrat pe o convingere de gelozie, poate avea diverse intensități, între formele grav anormale, patologice și formele ușoare sau normale. Nașterea psihopatologiei odată cu Tratatul princeps al lui Jaspers a subliniat aceste lucruri în marginea reacțiilor comprehensibile. O tristețe justificată ca determinism și intensitate, poate fi perfect normală. În perioada în care s-a lansat DSM-III precum și de atunci până în prezent, s-au elaborat o multitudine de scale de evaluare cantitativă a stărilor psihopatologice. Ele se centrează de obicei pe un sindrom, așa cum ar fi depresia; sau pe un

complex sindromatic, care frecvent este întâlnit ca atare, așa cum ar fi depresia anxioasă, la care se pot adăuga fenomene de indecizie obsesivă. Se delimitează o listă finită de simptome caracteristice pentru respectivul sd. ps. sau complex sindromatic (de ex. tristețea resimțită și exprimată, anhedonie, lipsa de speranță, inapetență cu scădere în greutate etc.). Fiecare din aceste simptome este prezentat sub o formă care permite o evaluare cantitativă de către un expert antrenat. Evaluarea se bazează pe chestionar și observație chestionarul constă din întrebări la care subiectul răspunde fie după ce le-a citit și în scris, fie direct în fața examinatorului. Iar observarea se referă atât la perioada interviului cât și la perioada mai lungă, eventual prelungind relatarea unei terțe persoane. Pentru un caz dat, se evaluează cu o notă (de ex. Între 1-5) fiecare din simptomele incluse în listă și se face totalul. Operațiunea se repetă periodic, de ex. săptămânal. Dacă cifra totală scade, înseamnă că tulburarea își diminuează intensitatea, până la valori ce sunt considerate normale.

O scală de evaluare cantitativă psihopatologică (sc. ev. ct. pt.) se cere desigur elaborată competent, alegând acele simptome care sunt caracteristice și semnificative. Iar apoi se cere validată pe studii cazuistice. Ea permite o comparare a suferințelor din diverse locuri și a rezultatelor terapeutice evaluate de diverși specialiști, participând astfel la progresul științei, prin înlăturarea unei cote prea mari de subiectivitate.

Datorită faptului că orice sc.ev.ct.pt. este de la început un construct elaborat de cercetători, ea nu are prin sine valoare propriu-zis diagnostică. Diagnosticul se cere pus în prealabil, iar scala măsoară doar intensitatea, complexitatea și variația în timp. Totuși, diverse sc.ev.ct.pt. pot fi utilizate în cercetări populaționale screening. Dacă apar rezultate care depășesc o anumită valoare limită, cazul este reluat pentru o evaluare mai detaliată.

Utilizarea sc.ev.ct.pt. pot fi mai precis țintită pe un domeniu psihopatologic sau poate avea un profil mai larg. Astfel, există scale care

vizează doar fobia (anxietatea) socială sau doar agorafobia; alte scale vizează ansamblul patologiei anxioase, incluzând toate formele de anxietate: atac de panică, fobie, patologie de tip obsesiv-fobic sau consecutivă unor trăiri amenințătoare grave. Și deoarece depresia este foarte des întâlnită în aceste împrejurări, se pot include și itemii pentru depresie. Cu cât sunt cuprinse mai multe arii simptomatice-sindromatice, ca atât numărul întrebărilor pe care investigatorul trebuie să le pună e mai mare și aplicarea mai dificilă. De aceea s-au elaborate instrumente care vizează mai multe arii de patologie, dar fără a intra în detalii, așa cum e SCL-90, BPRS sau MMPI. Cu aceasta, problema se lărgiște în direcția întregii psihopatologii.

Evaluarea psihopatologică a unei persoane are, în primul rând, în vedere starea sa actuală. Aceasta se cere și ea circumscrisă temporal. În acest sens, sistemul pe care l-a adoptat OMS în anii 70 intitulat „Present State Examination” (PSE) se limita la o lună. Se cer apoi prezentate ariile de psihopatologie care sunt investigate. Acestea pot fi orientate spre ceea ce în psihiatrie s-ar numi “psihoză”. Așa a fost PSE-9 sau SAPS- Spitzer Edicott, care s-au centrat pe schizofrenie, patologia delirantă și cea afectivă, maniacal depresivă. Dar poate fi vizată întreaga psihopatologie, ca în AMDP. Instrumental standardizat utilizat trebuie să listeze ariile de psihopatologie pe care le investighează, pentru a se ști și despre care domenii nu s-a interesat. Apoi, această listare se cere structurată, grupată semiologic (pe clustere de simptome, pe sindroame sau pe grupaje sindromatice) și pusă într-o anumită ordine. Un astfel de efort s-a făcut cu ocazia elaborării AMDP și a SCAN. În sfârșit, unitățile de semiologie care sunt listate, se cer definite. Iar în legătură cu fiecare item, se cere precizat ce întrebări se pun.

Cam acesta a fost proiectul de standardizare a Ps.D ce s-a desfășurat, în ideea evaluării cantitative în ultimele trei decenii. Dar în același timp,

specialiștii au fost tot mai atenți la aspectul dimensional al psihopatologiei. Acesta înseamnă cel puțin trei lucruri.

- Trecerea dimensională, între stările psihopatologice și trăirile normale corespunzătoare; faptul a fost inclus în scale de evaluare în care, o intensitate mică, ne plasează în normalitate.
- Trecerea dimensională, între diverse stări psihopatologice, de ex. între anxietate și fobie, între nesiguranță depresivă și îndoiala obsesivă, între compulsie și impulsivitate.
- Trecerea dimensională între tulburări episodice și trăsături de personalitate: e.g. între faptul că o persoană e în general emotiv evitantă și faptul că are episoade de anxietate socială, care pentru o perioadă determinată o fac să fie disfuncțională social.

Aspectele menționate mai sus se complexifică dacă cazul nu e privit static ci în perspectivă developmentală. Adică a felului în care s-a desfășurat copilăria și adolescența, trecerea progresivă prin diverse etape ale vieții, de la perioada de adult tânăr până la bătrânețe. Dealungul acestor „cicluri ale vieții”, un om poate avea trăiri sufletești normale, de ex. de depresie, anxietate, euforie, obsesie, impulsivitate, suspiciune, etc, care să fie justificate și/sau încadrabile în normalitatea înțeleasă în sens larg. Unele din acestea se pot însă manifesta în același timp ca și trăsături de personalitate și stări reactive, ce se repetă mai des și mai intens decât la ceilalți oameni. De ex. un om poate avea o fire emotivă, panicardă, anxioasă, evitantă. Iar în cursul vieții, cu fiecare ocazie mai particulară, face câte o reacție anxios-fobică comprehensibilă. Până la acest punct suntem în marginea normalității, cu atenția ațintită asupra unei „vulnerabilități” crescute. La un moment dat, persoana poate face un ep.pt. anxios-fobic de intensitate clinică, care se remite. El rămâne însă același om mai particular. În cazul în care ep.pt. anxios-fobic se repetă și tot mai des și intens, el poate apare ca un om cu o tulburare psihică, care poate fi circumscris atât

categorial cât și dimensional. Dacă în familia sa, părinții sau frații au la fel astfel de manifestări, ne aflăm în fața unui „spectru psihopatologic anxios-fobic”.

Ideea de spectru maladiv e și ea un construct teoretic, la fel ca și ideea de boală sau tulburare psihică; și la fel ca sindroamele standard. Asupra acestui lucru a insistat de mult Jaspers, Glatzel și alții. Bolile, tulburările psihice, sunt în același timp realități care chinuie oamenii din jurul nostru; cât și constructe teoretice, pe care le realizează știința psihopatologică sau cea a medicinei psihiatrice. Un om ce are un atac de panică, poate beneficia de acest diagnostic. Dar, diagnosticul poate fi mai larg, în sensul că atacul de panică poate face parte dintr-o tulburare agorafobică. Dacă se ia în considerare și structura caracterială, ansamblul manifestărilor anxioase subclinice, declanșate mai mult sau mai puțin reactiv, precum și caracteristicile rudelor de gradul întâi, s-ar putea ca atacul de panică respectiv să se integreze într-o persoană ce poate fi evaluată ca făcând parte dintr-un „spectru anxios”.

Psihopatologia clinică a descris spectre psihopatologice, în domeniul bipolar, cel obsesiv-compulsiv, cel autist, spectrul delirant, etc. În plus, o persoană poate prezenta o serie de tulburări ce fac parte din spectrul anxios și să fie în același timp marcată de ciclotimie, exprimând astfel o intersecție între două spectre. A privi simptomatologia psihopatologică din perspectiva clinicii psihiatrice, înseamnă deja o altă problemă decât simpla identificare a simptomelor, sindroamelor și tulburărilor psihice.

În sfârșit, trebuie ținut cont de faptul că o persoană umană este o realitate extrem de complexă, pentru care devianța și perturbarea psihopatologică e doar un aspect. A evalua o persoană înseamnă cu totul altceva decât a identifica psihopatologia pe care ea o evidențiază a un moment dat. O persoană se caracterizează prin înțelegerile și cunoștințele sale, prin biografia și concepția sa de viață, prin profilul său moral și prin creativitatea sa.

Psihopatologul, mai ales atunci când se concentrează asupra Ps.D, trebuie să fie modest. El trebuie să-și recunoască locul delimitat pe care-l are în abordarea incomensurabilului univers, plin de mistere, al condiției umane.

Anexa I

Psihopatologia descriptivă în relațiile ei cu psihologia, medicina psihiatrică și antropologia

1.Psihismul în filosofie; 2.Stiința psihologiei; 3.Psihism uman și psihism animal; 4. Psihopatologia clinică și psihiatria. Precizări terminologice: conștiință, sine, persoană, corp; 6. Situații psihice standard ca bază pentru psihologia funcțiilor și psihopatologia simptomelor; 7. Psihismul uman natural și patologic dincolo de situația standard.

1. Psihismul în filosofie. Psihismul a fost abordat științific-filosofic pentru prima dată în cultura occidentală de către Aristotel în cartea sa “Peri psyché” (1) (tradusă în latină prin “De anima” iar în românește “Despre suflet”). Aristotel abordează psihismul ca o caracteristică generală a ființelor vii și distinge un psihism vegetal, unul animal și unul uman. Ultimul se caracterizează în plus față de celelalte două prin “nous” (termen ce a fost tradus prin “intelect” și “spirit”), facultate care are un aspect pasiv (nous pateticon) și unul activ (nous poeticon). Aceste expresii sunt utilizate în perioada scolasticii de către Toma d’Aquino ca “intelectus patients” și “intelectus agent”. Doctrina lui Aristotel despre suflet, combinată cu teoria ideilor a lui Platon reluată de către neoplatonicieni, a jucat un rol deosebit în teoria cunoașterii ce s-a dezvoltat în cadrul filosofiei creștine. Prin intermediul teologiei (și dogmaticii) mistice a lui PseudoDionisie Areopagitul și a lui Eruigena, ea a influențat fundamental gândirea scolastică și sinteza lui Toma. După Renaștere rolul ei a scăzut iar în cadrul modernității

europene teoria sufletului – “pneumatologia” – a jucat un rol minor în metafizică, inclusiv la Kant.

Gândirea greacă a mai avut o contribuție importantă la psihologie prin ideile dezvoltate de Aristotel în Etica Nichomacică. E vorba de doctrina deciziei libere și a virtuților (areté). Elevul lui Aristotel Theofrast a scris o carte despre “caractere”, ce a fost reactivată în sec. XVII în cadrul școlii “moraliştilor francezi” de către La Bruyere. Doctrina virtuților a fost dezvoltată și de stoicismul greco-roman și a jucat un rol important în etica creștină. În perioada Reformei în cadrul creștinismului au fost ample dezbateri privitor la “liberul arbitru” (disputa lui Luther cu Erasmus), dar predominant din perspectivă dogmatică. Virtuțile au avut un rol important în direcția a ceea ce s-a numit mai recent teoria motivației din cadrul psihologiei persoanei. În această direcție un rol important l-a jucat și caracteriologia, care a avut și alte surse. În vremea culturii greco romane antice, pe lângă descrierile lui Theofrast, a fost cultivată caracteriologia zodiacală (de origine babiloneană), care s-a transmis, la fel ca și fisiognomia, prin corpusul de lucrări numit a lui “Hermes Trismegistul”. Pentru psihologia persoanei din sec.XX, caracteriologia, din toate perspectivele menționate mai sus, a fost o importantă moștenire.

2. Știința psihologiei

Psihologia ca știință a apărut în cadrul empirismului sec.XIX, ca știința experimentală de laborator, prin Flechtner și Wund. Ea și-a păstrat și ulterior tendința spre experimentul, reproductibil și măsurabil în situații standard și controlabile. În cursul sec. XX, exemplu în acest sens a fost behaviourismul, dar și configuraționismul (gestaltismul). Această perspectivă, ce se reafirmă recent și prin cognitivism și cercetările din domeniul psihologiei persoanei, se plasează la un pol opus față de tendința hermeneutică a psihanalizei și fenomenologiei. Totuși, în prezent s-a conturat o destul de înțeleaptă metodologie, care să îmbine observația riguroasă sau experimentul, cu modele teoretice și cu interpretarea

datelor. Faptul e de menționat deoarece psihopatologia clinică care a avut un alt punct de plecare metodologic, asimilează actualmente și această tendință.

Psihologia ca știință s-a dezvoltat în primul rând în direcția studierii funcțiilor psihice (atenție, percepție, emoții, motivație, scheme comportamentale). Ceea ce s-a numit și se numește psihologie a persoanei, a avut multe puncte de pornire; și nici în prezent nu este un domeniu foarte ferm conturat, importantă rămânând caracteriologia și doctrina sinelui (self). Psihologia s-a dezvoltat prin studierea manifestărilor psihice ale individului și în afară de situațiile de laborator, în diverse contexte și situații. Există astfel psihologii ale profesiilor (militară, educativă, managerială, medicală etc.), ale vârstelor, (psihologia dezvoltamentală și a ciclurilor vieții), psihologie interpersonală, a cuplurilor, a grupurilor mici, psihologie socială, industrială, organizațională etc. Studiile psihologice s-au articulat însă destul de strâns și cu psihoterapia și problematica psihopatologică. O importantă direcție de cercetare a ultimilor decenii a fost etologia, orientată spre studierea comportamentului animalelor în mediul lor natural. Aceasta după ce, psihismul animalelor a fost studiat inițial de către psihologi în medii artificiale, în situații de laborator controlabile și manipulabile. Etologia a avut o mare influență asupra psihologiei dezvoltamentale umane și a atras atenția asupra fondului comun psihologic care îl au omul și animalele, așa cum sublinia Aristotel cu peste 2000 ani în urmă. Psihologia cognitivă care s-a dezvoltat mult în ultimele decenii are o orientare neoraționalistă și se bazează mult pe datele neuroștiințelor și pe modelările ce le permite inteligențelor artificiale (AI). Se dezvoltă în prezent o psihologie evoluționistă, neodarwineană.

3. Psihism uman și psihism animal; asemănări și deosebiri

Asemănările și articulările între psihismul animal și cel uman a fost sesizată de mult. Așa cum comenta Aristotel, psihismul uman își dezvoltă caracteristicile deasupra psihismului biologic pe care îl implică. Mai ales psihismul mamiferelor acoperă o mare parte din ceea ce studiază și psihologia umană. De

aceea e important să se comenteze pe scurt asemănările și deosebirile dintre acestea.

A. În perspectiva asemănărilor se pot menționa următoarele:

a. Studiarea psihismului se face atât la animal cât și la om de obicei “în situație”. Faptul nu e totdeauna comentat explicit, dar nu pot fi trecute cu vederea următoarele împrejurări de manifestare ale psihismului: - stare de veghe (opusă somului sau suspendării vigilității);- evenimentul acut (de ex.emotiv); - un proces psihic-comportamental desfășurat în timp (de ex. la un animal predator ciclul hrănirii: căutarea pradei, găsierea acesteia și lupta, consumarea prăzii, detensionarea saturației); - un ciclu de viață (de exemplu cel cuprins între hibernare, perioada de rut, preocuparea pentru naștere și prima fază a îngrijirii puilor, reinstalarea perioadei de hibernare); - cursul întregii vieți a unui individ, de la naștere la moarte. Aceste 5 aspecte, care implică perspectiva temporală a desfășurării proceselor psihice, le reîntâlnim, evident și la om. Cel puțin primele din ele exprimă clar raportarea la o situație. Și odată cu aceasta, problema orientării în situație, a înțelegerii acesteia, a poziționării active și pasive în raport cu semnificația situației pentru individ, a deciziei și rezolvării practice a situației problematice pe care ea o ridică.

b. Un alt aspect al asemănărilor dintre psihismul animal și cel uman constă în funcțiile psihice ce pot fi evidențiate și studiate. Se pot menționa atât pentru om cât și pentru animale în contextul stării de veghe opusă somnului: - funcții cognitive: atenția (și orientarea temporo spațială); percepția (formelor și semnificațiilor) obiectelor și configurațiilor situaționale; memoria și reprezentarea (situațională și de ansamblu, a cunoștințelor); - funcții dinamizante precum : pulsuniile (instinctive), stările afective (emotive și dispoziționale), motivația; - funcțiile realizatoare comportamental comunicative: decizia (în condiții de risc), comportamentul (executiv și comunicativ), evaluarea rezultatului acestora.

c. Mai intră în discuție și aspectele relaționale sociale ale comportamentului (ce exprimă structura și raportarea psihică a individului). Principalele aspecte studiate sunt: - dominarea (agresiunea) în raport cu supunerea (și retragerea, evitarea); - afilierea și opozitivitatea (dezafilierea). Aceste două tipuri de raportări au fost studiate mai ales în dinamica microgrupurilor, în care se ridică probleme ale ierarhiei, colaborării, competiției.

Există și alte aspecte comune psihismului uman și animal pe lângă cele trei mari domenii menționate, multe dintre ele fiind comentate de actuala psihologie evoluționistă. Astfel e de exemplu aspectul “modular” prin care se transmit transgenerațional pattern-uri psihologice adaptative; model modular care până la un punct poate fi urmărit și la om.

B. Diferențele dintre psihismul animal și psihismul uman sunt și ele importante. Acestea țin pe de o parte de complexitatea psihismului persoanei umane și de caracteristicile sale specifice, între care nu pot fi ocolite: conștiința reflexivă, importanța relațiilor interpersonal sociale, dimensionarea prin logos (prin capacitatea narativ autobiografică) și prin normativitatea valorică, ce permite decizia liberă. Alte deosebiri importante sunt corelate contextului uman supraindividual.

a) Psihismul biologic și cel al oamenilor, este în prezent interpretat de către doctrina psihologică evoluționistă, ca având la bază un complex de funcții adaptative ce s-au sedimentat, prin selecție naturală, sexuală etc.; și care se transmit genetic, deoarece sunt utile speciei și individului. Informația genetică este elementul de bază, în măsura în care e deschisă spre transmiterea unor informații structurante și novatoare evolutiv. Fondul genetic și instanța speciei sunt în biologie supraindividuale. Vom menționa câteva aspecte care diferențiază la acest nivel psihismul omului de cel al animalului.

Pentru om, instanțele specifice supraindividuale le folosesc pe cele biologice dar au și alte dimensiuni. În lumea umană funcționează supraindividual, pe

fundalul logosului normativ, o instanță practico-teoretică ce precede nașterea și dezvoltarea psihismului oricărei persoane. Aceasta e structurată printr-un cadru instituțional și un fond de cunoștințe și credințe culturale, care definesc o umanitate istorică. Această instanță practico-teoretică organizează mediul de formare și manifestare psihică a oricărei persoane; fiind reduplicate în psihismul acestuia. Situațiile la care individul uman se raportează, vor fi organizate de acest mediu cultural, structurat prin semnificații, care se suprapune celui fizico-biologic. Aceste situații presupun o cunoaștere bazată pe simboluri, pe semene, semnificații lingvistice structurate prin sintaxa și semantica limbajului, care susțin narativitatea, discursuri și texte ce cuprind o cunoaștere a lumii). Si de asemenea, presupun un alt mod de relații interindividuale, care acum sunt intersubiectiv-conștiente.

b. Normativitatea valorică susține nu doar specificitatea etosului uman ci și vizarea transcendenței. Cel puțin omenirea istorică s-a format și reafirmat și prin raportarea la ceea ce s-a numit sacralitate. Instanță absentă din repertoriul ambianței ce învăluie psihismul biologic și situațiile la care individul biologic se raportează de-a lungul vieții sale.

c. Cele trei zone comune pe care le are psihismul uman cu psihismul biologic sunt reformulate în interiorul specificului lumii umane. Mai precis se consideră destul de caracteristice pentru psihismul uman :

- Subiectivitatea conștientă reflexivă resimțită în intimitate, aspect pe care civilizația iudeo-creștină a Europei le-a cultivat cu precădere. Astfel, majoritatea simptomelor psihopatologice constau din trăiri subiective, resimțite reflexiv subiectiv; și puțin exprimate direct. Acest fapt a fost subliniat de la început de către Jaspers și constă din: halucinații, convingeri delirante, trăiri obsesive, frică, dispoziții afective resimțite, pulsuni, nehotărâri, rumații etc. Reflexivitatea subiectivă (“perspectiva persoanei întâi” în formulare cognitivă) este însă un aspect indisociabil a unui sens mai larg al reflexivității.

Adică, a raportării la sine pentru autoanaliză și autocontrol. Relația dintre oameni, dintre persoanele umane, este o relație intersubiectivă, care dublează relația intracorporeală. Această intersubiectivitate începe de la primele comunicări directe dintre mamă și sugar și se desfășoară apoi toată viața, după o axă intim-public. Psihismul oricărui om are o zonă intim subiectivă a secretului personal; și una publică, a comunicărilor oficiale și standardizate.

- Deliberarea și decizia “liberă”, care angajează subiectul responsabil în acțiune. Motivația și angajarea de act este mai mult sau mai puțin conștientă, în sens reflexiv. Dar ea implică și o capacitate specială a agentului de a acționa cu “discernământ”, de a evalua eventualitățile, oportunitățile și consecințele actelor sale și de a și le asuma.

- Capacitatea narativ evaluativă și de comprehensiune a semnificațiilor “umanului”, ca instanță ontică specifică. Aceasta se bazează pe logos, pe limbaj în sensul său nu doar comunicativ, ci narativ, descriptiv, asertiv și critic, evaluativ. Instanța logosului este în primul rând supraindividuală, pe ea bazându-se narațiunile mitice, legendele, istoriile, teoriile științifice, doctrinele, biografiile. Individul uman, ca subiect conștient și ca persoană, se împărtășește esențialmente din instanța logosului, definindu-se prin capacitatea sa de relatare episodică, susținută de memoria biografică. Adică, de relatarea evenimentelor la care a participat, de autodescriere și autoevaluare, relatări despre alții și evaluarea lor. Pe baza logosului subiectul se împărtășește din instanța teoretică supraindividuală a culturii în care trăiește. Și care comportă și un nivel abstract, logico-matematic și categorial. “Ceilalți oameni” precum și “sinele” (adică propria persoană) au o existență ce se definește și în această instanță. De aceea în psihopatologie, mai ales în delirul și dezorganizarea schizofrenă, “alții” și “sinele” pot ajunge să fie comentate și ca și entități abstracte.

4. Psihopatologia clinică și medicina psihiatrică

Psihopatologia clinică descriptivă se naște în cadrul medicinei psihiatrice și are caracteristicile semiologiei medicale. Medicina e una din practicile umane fundamentale care nu lipsește din nici o socio-cultură, indiferent de doctrinele interpretative care o susțin și de rezultatele sale practice. Medicina culturii Europei s-a clădit inițial pe doctrina greco-romană umoralistă – a lui Hipocrate și Galen – care avea caracteristici holiste și umorale, extinzându-se și asupra problematicii psihopatologice. Continuitatea între temperamente și boli - de exemplu în cazul melancoliei și maniei – a fost o intuiție care e mereu reactualizată. Istoria Europei cunoaște însă și o atitudine de delimitare a oamenilor aberanți comportamental în câmpuri de concentrare izolate de comunitate (marea reclusiune pe care o invocă Foucault). Azilul de psihiatrie a sec. XIX rezultă din aceste izolate umane, în care “nebunii” erau observați detaliat. Medicina localizaționistă wirchoweană (a leziunii unui substrat organic, perturbare ce se exprimă prin simptome clinice) care s-a născut în sec.XIX, s-a aplicat parțial și psihiatriei.

Perspectiva semiologică a psihopatologiei clinice a fost marcată de această ambivalență observațională. În plus, psihologia ce se năștea în sec. XIX era marcată de atitudinea “științifică” a observației exacte și a datelor obținute experimental.

Dezvoltându-se în cadrul semiologic al medicinei, psihopatologia clinică a fost preocupată și de problemele specifice acesteia. Adică de faptul de a se descrie “boli” definite categorial, pentru care există “cauze” sau determinisme specifice. Și să se sistematizeze aceste boli într-un sistem nosologico-nosografic (SNN). Ideea clasificării și sistematizării s-a pus de la început și persistă și în prezent, fiind esențială în sisteme ca DSM-III-IV.

Pe lângă perspectiva descriptiv nosologică, psihopatologia s-a dezvoltat în sec.XIX-XX și doctrinar. Doctrina romantică și cea a substructurii lezional cerebrală, doctrina energetic comportamentalistă a psihasteniei lui Janet și

psihanaliza lui Freud, sunt explicit și declarat doctrine psihopatologice. La fel behaviorismul, care s-a apropiat de psihopatologia clinică pe calea terapiei. Alte doctrine psihologice și psihopatologice sunt cognitivismul și fenomenologia, iar mai noi psihologia și psihopatologia evoluționistă. Psihopatologia developmentală e mai aproape de clinică, dar se poziționează ca și cap de serie a unui ansamblu de doctrine cum ar fi: teoria vulnerabilitate/stress, teoria sistemică, a evoluției și relaționării sistemelor etc.

Psihopatologia clinică are în comun cu știința medicală perspectiva semiologică, și cea diagnostică, în vederea unor acțiuni practice: terapie, expertize, cercetare. D.p.d.v. semiologic, ea preia de la semiologia generală ideea simptomelor, sindroamelor și entităților nosologice. Această idee se aplică doar cu anumite particularități psihismului uman. Deoarece ea se cere obligatoriu parcursă, e important să se sublinieze de la început că lectura după grila științei medicale a psihismului uman, este doar una din cele posibile. Ea este complementară lecturii caracteriologice, biografice, morale, filosofice etc. Dar, o semiologie psihopatologică trebuie totuși să i se supună.

5. Precizări terminologice antropologice: conștiință, sine, persoană, corp.

În comentarea semiologiei psihopatologice sunt necesare câteva precizări terminologice și conceptuale, dată fiind plurisemia multor termeni.

Expresia de conștiință are multe înțelesuri :

- Conștiința se poate aplica stării de vigilitate, opusă somnului cu vise, caz în care se poate vorbi de vigilitate conștientă . Aceasta se deosebește de vigilitatea animalelor în primul rând prin reflexivitate, decizie cu discernământ și evaluare specific umană a semnificațiilor culturale.

- În al doilea rând se poate vorbi de conștiința identității eului (a sinelui, a “self”-ului) care are un nivel corporal, unul al raportării la situație și altul narativ metareprezentational. Prin conștiința identității sinelui, mai ales la nivel metareprezentational, subiectul se diferențiază de lume în general și de alți

indivizi umani în special. El își atribuie sie-și și celorlalți caracteristici mentale specific umane, trăiește și afirmă caracterizări și evaluări, tentează metamorfoza propriului sine și a altora.

- În al treilea rând se poate vorbi de conștiință morală. Acest aspect se manifestă la nivelul social valoric al existenței subiectului, ca persoană, implicând identitatea sa socială și juridică. Si la fel, implică universal normativ valoric al culturii, în cadrul căreia subiectul se poate manifesta creativ.

Termenul de persoană, care are o largă utilizare în limbajul comun, e mai bine delimitat tehnic dacă se folosește la nivelul existenței socio-valorice, în cadrul consumării relațiilor interpersonale ce se desfășoară în mijlocul socio-culturii. In perspectivă psihopatologică el e cel mai adecvat utilizat pentru a comenta “tulburările de personalitate”. In acest sens, conceptul de persoană ar fi o “noțiune umbrelă”, deasupra identității sinelui (a conștiinței eului) cu toate cele trei nivele ale sale (sine corporal, sine nuclear situațional, sine biografic metareprezentational).

Toate nivelele menționate ale sinelui conștient pe care le integrează persoana, se bazează pe realitatea biofizică a corpului uman, aspect al unui individ din specia om. Individ care exprimă în mod constant manifestările biopsihice ce-l caracterizează ca animal. Oscilațiile între somn și veghe reprezintă una din aceste manifestări, vigilitatea conștientă a omului având însă particularitățile sale, așa cum s-a comentat mai sus.

6. Situația psihică standard

Pentru circumscrierea și descrierea simptomelor psihopatologice este operantă referirea la o situație psihologică standard. Aceasta se referă la: angajarea subiectului vigil în rezolvarea unei situații problematice, delimitată în timp. Ea presupune o stare de vigilitate conștientă, adecvată ca nivel și structură, în care funcțiile psihice să poată realiza eficient performanțele ce le sunt specifice. Se poate lua ca referință pentru început rezolvarea unei sarcini în

genere, problemă ce se pune până la un punct similar pentru psihismul biologic, un sistem automat de tipul inteligențelor artificiale cu autoreglare și pentru psihismul uman. E vorba deci de plasarea individului într-o situație problematică definită, și funcționarea unor instanțe receptive, decizionale, efectorii și de prelucrare a informației, pentru executarea sarcinii, care rezolvă adecvat problema. Într-o perspectivă care utilizează termeni psihologici, această situație standard s-ar caracteriza prin :

1. receptarea și ierarhizarea informațiilor de către agent, atât în mod pasiv cât și activ;
2. orientarea agentului în situație, atât spațio-temporal cât și în raport cu sine și semnificația problemei;
3. decuparea și înțelegerea unei probleme țintă, care are semnificație pentru agent;
4. evaluarea motivațională a semnificațiilor informațiilor situaționale în vederea luării unei decizii;
5. formularea unui obiectiv de realizat și a unei strategii de acțiune, fapt ce presupune și evaluarea resurselor și un calcul anticipativ al eventualităților;
6. decizia și execuția, cu continuu control și evaluare a evoluției acesteia spre obiectiv; și cu controlul comportamentului propriu și reorganizarea la nevoie a strategiilor de acțiune;
7. evaluarea rezultatului obținut.

Formularea standard se mai sus nu precizează tipul de problemă, modalitățile de obținere și utilizare a informațiilor, felul în care se realizează evaluările. Și mai ales, nu precizează durata de ansamblu a situației, de la apariția problemei la încheierea sarcinii. De asemenea, atât în cazul animalelor dar mai ales a omului, se cere avut în vedere și comportamentul în situație a altor agenți, concurenți sau parteneri, cu care se pot efectua eventuale coaliții, se poate colabora sau se poate intra în competiție.

7. Psihismul uman normal și patologic dincolo de situația standard.

Dacă trecem dincolo de aspectele foarte generale menționate mai sus și ne referim concret la o persoană umană adultă, situațiile problematice în care ea poate fi angrenată sunt foarte diverse, ca tip și durată. Se pot astfel înșira: - un conflict interpersonal conjunctural; - rezolvarea unei teme de studiu sau cercetare; - o sarcină de serviciu în cadrul activității curente; - susținerea unui examen pentru obținerea unei competențe; - procesul de curtare a unei persoane de sex opus ce se încheie cu o căsătorie; - planificarea unui copil în cadrul unei căsnicii, fapt ce conduce la nașterea acestuia. În mod evident, un subiect e angrenat concomitant în multiple situații problematice, care au propriile lor obiective, strategii, durate. Și totuși, psihologia și psihopatologia trebuie să facă referință la o situație generică standard, pentru a putea comenta funcțiile psihice și simptomele psihopatologice. Printr-o convenție tacită o astfel de situație este considerată una de durată și complexitate medie, realizabilă în cursul stării vegile, a unei zile cel mult, într-un context situațional destul de ușor determinabil, cuasiexperimental. Comentarea funcțiilor psihice de către psihologie are acest punct de plecare și de referință. Faptul va fi comentat prin câteva trimiteri precise.

Noțiunea de percepție se referă de obicei la procesul de receptare a unor informații actuale – prezente acum și aici – ce sunt integrate ca formă și semnificație; Referința tradițională e la un “obiect” exterior ce se detașează ca o figură de fond și are o anumită poziționare spațială în ambianța înconjurătoare. Astfel e percepția unei vase cu flori, a unui tablou sau a unei cărți, a unui alt om ce se îndreaptă spre subiect sau a unei fraze ce i-a fost adresată. Totuși, noțiunea de percepție este adecvată și pentru alte aspecte ale trăirilor bazate pe informațiile actuale. Se poate vorbi cu sens despre percepția de ansamblu a unei situații actuale, a semnificației ei, care poate fi amenințătoare sau favorabilă. La fel, subiectul poate percepe intențiile altui om în raport cu sine nu doar la un

moment dat, ci așa cum se configurează ele de-a lungul unei zile sau săptămâni. Percepția poate pune accent uneori mai mult pe formă alteori mai mult pe semnificația unor informații. Unele aspecte ale procesului perceptiv sunt clar conștientizate, altele sunt periferice conștiinței sau chiar preconștiente. Apoi, pe lângă perceperea mereu variată a datelor ambianței, orice subiect are o percepere constantă a propriului corp, care face parte în permanență din această ambianță. Iar într-un sens mai larg se poate vorbi de o percepere de sine. În ceea ce privește lumea exterioară, din ea fac parte și alți oameni; iar perceperea altui om diferă de cea a unei vase cu flori. Intervin propriile sale stări mentale, propriile intenții în raport cu situația dată, uneori având chiar atitudine specială față de subiectul care-l percepe. În sfârșit, visul e o trăire de tip perceptiv ce se petrece într-un spațiu interior în condițiile ocultării informațiilor exterioare. Iar reprezentările și imaginările realizează o punte de legătură cu universul perceptive propriu zis. Psihopatologia descriptivă, comentând simptomele psihopatologice, nu poate face cu totul abstracție de acest orizont mai larg al tematicii percepției.

Până la punct, un comentariu similar poate fi făcut și în legătură cu atenția. În mod tradițional, psihologia experimentală a înțeles prin atenție orientarea selectivă a psihismului în vederea obținerii de informații actuale, a realizării unei sarcini de detecție informațională; iar secundar, în vederea realizării unei sarcini. S-au avut în vedere situații ambientale scurte, imediate, cvasiexperimentale. Pentru perioade mai lungi, ipoteza de lucru avansa faptul că acestea constau din înlănțuirea proceselor atenționale scurte. În același sens ar funcționa atenția investigatorie, cea referitoare la funcționarea propriului trup și cea care caută în propria memorie. Totuși, expresia de atenție se folosește cu sens și atunci când subiectul acordă atenție „unei situații”. Sau felului în care alții „îi acordă atenție”. O altă expresie trimite la faptul că unii oameni își acordă sie-și prea multă atenție. Terminologia se poate desigur schimba, atunci când se are în

vedere un proces psihologic diferit. Astfel, preocuparea îndelungată și insistentă în raport cu o anumită temă sau problemă, a fost denumită preocupare prevalentă corelată unei idei supraevaluate. Psihopatologia face aceste diferențieri. Dar în prezent nu avem la dispoziție definiții operaționale care să precizeze de la ce nivel – să spunem temporal și de intensitate – atenția acordată unui simptom corporal se diferențiază de atenția legată de eventualitatea reapariției acestuia, bazat pe expectația prevalentă a preocupării hipocondriace privitoare la existența unei boli. Exemplele invocate mai sus solicită ca psihismul uman să fie înțeles ca organizat ierarhic, având anumite nivele, atât d.p.d.v. structural cât și ca desfășurare temporară. Faptul e important pentru o descriere și evaluare cât mai adecvată a simptomelor psihopatologice.

Cele commentate în legătură cu percepția și atenția pot fi discutate și privitor la alte funcții psihice. De exemplu felul în care se desfășoară procesul deciziei depinde de faptul dacă în joc sunt lucruri banale și de mică importanță sau probleme serioase, importante pentru destinul personal și al altora. Îndoiala poate referi la un fapt banal, ușor de rezolvat. Dar ea se poate referi și la fidelitatea unor persoane considerate apropiate. Ba chiar și filosofia a dezvoltat, prin sceptici și Descartes, o îndoială metodică privitoare la criteriile de adevăr și certitudine ale lumii. Planuri diferite de manifestare prezintă în normalitatea omului și trăiri ca anxietatea, tristețea, independența în decizii, siguranța convingerilor etc.

Funcțiile psihice au fost descrise și comentate mai ales de psihologia tradițională, a cărei dezvoltare a început sub semnul experimentelor de laborator. Referirea directă la situațiile de viață, la felul în care se desfășoară psihismul omenesc în cursul existenței sale cutumiere, implică desigur aceste funcții. Dar, ca părți componente ale unor trăiri semnificative de ansamblu. Așa sunt tristețea și anxietatea, euforia sărbătorească și îndoiala, neîncrederea în alții și sentimental pozitiv și asertiv al propriilor capacități, preocuparea față de

sănătate și față de felul în care ne privesc și ne evaluează alții, sentimental de independență și identitate cu sine, preocupările și convingerile proprii în raport cu situațiile problematice mai ample în care suntem angrenați etc. Descrierea simptomatică a tulburărilor psihopatologice, a funcțiilor psihice (atenție, percepție, gândire, motivație, comportament, comunicare) se cere conjugată cu descrierea unităților mai globale și semnificante, care sunt sindroamele psihopatologice. Acestea din urmă se cer înțelese ca modalități anormale deficitare – simplificate, decontextualizate, rigide – a principalelor tipuri de trăiri, care fac țesătura vieții de zi cu zi a oamenilor.

Pe lângă aceste trăiri globale semnificative care compun desfășurarea circumstanțială a vieții subiectului, fiecare individ uman are și o structură relativ constantă a psihismului său, ce se înrădăcește în propria corporalitate biologică și e integrată de persoana sa socio valorică. Trăsăturile anormale ale personalității pot constitui și ele un capitol de semiologie psihopatologică.

Anexa II

Aspect istorice ale psihopatologiei descriptive

1. Psihopatologia descriptivă în secolul XIX; 2. Psihopatologia descriptivă între Jaspers și Schneider; 3. Sistemul AMDP; 4. Standardizarea semiologiei în DSM III-IV, ICD-10 și SCAN; 5. Schimbarea de paradigmă în psihologie și psihopatologie la sfârșitul secolului XX.

1. Psihopatologia descriptivă în secolul XIX

Psihopatologia descriptivă (PD) s-a născut în sec.XIX și s-a sedimentat într-un secol, de la mijlocul acestuia până la al doilea Război Mondial din sec. XX.

Până în sec.XIX patologia psihică, “nebunia”, era evaluată global, “molar”, prin entități ca melancolia, mania, phrenitis, delirium, paranoia, letargia, carus și dementia atribuită câte unui caz. În jur de de 1850 acestea s-au spart în fragmente, iar prin recombinația unora din acestea a apărut noua nosologie. Carus și phrenitis au dispărut, mania și melancolia au fost complet revalorizate cu noi înțelesuri clinice iar alte entități, ca delirium, au rămas neschimbate.

Constituirea PD în sec XIX se realizează într-un anumit context istoric cultural. Bolnavii mentali erau reuniți în azile iar profesioniștii, medicii erau invitați să îi asiste. Această conjunctură duce la o atitudine observațională detaliată. Descrieri nuanțate a comportamentului și manifestărilor bolnavilor psihici au existat și înainte. Dar după 1850 observațiile fac referințe la descrierea unor “unități de analiză” care capătă denumiri și asupra cărora clinicienii încearcă să ajungă la un acord descriptiv. Mai mult, aceste “unități” se regăsesc în diverse boli, iar tratatele ce apar comentează cazuri ce fac referință la acestea.

Observarea și descrierea “unităților de analiză”, deci a semnelor și simptomelor, a fost tot timpul învăluită de un plan doctrinar. Aceasta a vizat pe de o parte perspectiva etiopatogenică. Psihiatria romantică acordă o importanță deosebită vinovăției și viciului, invocând inconștientul, visul și imaginarul. Dar și faptul că există o corelație între tulburarea psihică și perturbarea creierului s-a impus, mai ales în a doua jumătate a sec.XIX când a triumfat în întreaga medicină concepția lui Virchow a leziunii de organ, ca bază a expresivității semiologice. Planul doctrinar a vizat deasemenea și concepția privitoare la psihismul ce se perturbă. Dominante au fost psihologia facultăților și asocianismul. Facultățile erau înțelese ca funcții sau capacități psihice, de exemplu cele cognitive ca atenția, rememorarea, perceperea. Părintele psihologiei facultăților e considerat Wolf, la sfârșitul sec.XVIII. Sec.XIX a fost

dominat de tema a trei facultăți importante : intelectuale, emoționale și voliționale. Marile categorii nosologice ale epocii kraepeliniene, deci a începutului sec. XX au fost schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă și psihopatia, corespunzând în principiu împărțiri tripărtite a facultăților.

Cea de a doua doctrină psihologică, asocianismul s-a dezvoltat încă din sec XVII-lea odată cu Hume jucând mult timp un important rol epistemologic. În sec.XVIII asocianismul a stat la baza concepției lui Condilliac, care, cu exemplul său al statuii, încearcă să demonstreze cum întreg psihismul se poate constitui pornind de la o simplă percepție. Această doctrină are în vedere unități bazale ale psihismului, similare unor atomi, care prin asociere, prin combinare, dau configurațiile psihice. Pornind din Anglia, asocianismul s-a răspândit în Franța și Germania, prin opera lui Herbert care l-a influențat pe Grissinger. Asocianismul a influențat instituirea ideii privitoare la “unitățile de analiză” psihopatologice, deci a simptomelor.

PD s-a dezvoltat inițial observațional luând în considerare, la fel ca în restul medicine, aspectul fizic, neurologic, postural, expresiv și comportamental al pacienților. Începând de la mijlocul sec.XIX au căpătat o pondere tot mai mare simptomele subiective care, la începutul sec.XX, pe vremea lui Jaspers, vor trece treptat în prim plan.

O altă mutație ce s-a produs spre sfârșitul sec.XIX a fost lăgată de timpul de observație. La început aceasta nu a fost luat în considerare, ca și cum un pacient urma să sufere definitiv de o anumită simptomatologie. Ulterior semiologii au fost atenți la modificarea în timp a acesteia astfel încât Kraepelin ajunge să introducă între criteriile de definire a unei boli, vârsta de debut, durata episodului, evoluția și rezultatul final. De asemenea, intensitatea simptomatologiei a început să intereseze tot mai mult, conștientizându-se tranziția dintre unele stări psihopatologice și trăiri normale.

PD s-a dezvoltat în sec.XIX efectiv în Franța, Germania și Anglia. Terminologia ei s-a exprimat în aceste limbi. Deoarece în această perioadă studierea cazurilor scotea în evidența mereu noi “unități semiologice” terminologia a ajuns să fie tot mai prolixă. Doar treptat, în sec.XX s-a ajuns, prin tatonări și reevaluări să se sedimenteze entități semiologice care să beneficieze de o circumscriere acceptată de cat mai mulți și cu etichetări traductibile. De exemplu pentru patologia obsesivă apar să se utilizeze următorii termeni : în germană Zwangsvorstellung, Zwangshandlung, Zwangszustand, Zwangssvergänge, Sucht, Anancasmus; în Franceză : manie sans délire, monomanie intellectual, folie lucide, délire emotif, obsession; în engleză “fixed idea”, “obsession”, “imperative idea”. Mai apar termeni ca : folie impulsive, folie de doute, delire de toucher, iar Janet înglobează obsesionalitatea în psihastenie.

Bilanțul pe care îl face Berrios pentru PD din sec.XIX include elaborări semiologice detaliate în următoarele domenii :- Cogniție și conștiință, tulburări ale percepției, tulburări ale gândirii, delirium, obsesii și compulsii, retardare mentală, deficit cognitiv, tulburări ale memoriei, tulburări ale conștiinței. - Dispoziții afective și emoții : anxietatea și tulburările conexe, tulburările afectului, anhedonia; - Voința și acțiunea : tulburările voinței, sentimentul de oboseală, catalepsia, catatonie și stuporul, tremor, rigiditate, akatizia și stereotipia. Semiologia psihopatologică respectă ordonarea în conformitate cu cele trei facultăți psihice.

Deși semiologia psihopatologică e în mare măsură elaborată până la sinteza lui Jaspers din 1911, până la această dată nu e discutată nuanțat diferențierea dintre simptome și sindroame și nici cea dintre sindroame și entități nosologice.

Psihiatrii din sec.XIX au avut preocupări în ceea ce privește istoria acestei discipline și au participat activ la istoria ei. Berrios invocă două metafore. Una este cea a botanistului care adună și sistematizează realități ce există efectiv,

cealaltă e a sculptorului care crează din materia brută o statuie. PD a sec.XIX a plecat de la presupuziția că bolile psihice existau efectiv, că ele trebuiesc doar descoperite, descrise, interpretate.

Odată ce se intră în sec.XX lucrurile se schimbă însă. Nu doar că simptomatologia subiectivă trece în prim plan și corelația dintre stările psihopatologice și trăirile normale devine tot mai transparentă, dar psihopatologia urmează să se refere la viața de zi cu zi a omului, la persoana umană a cărei perturbare psihică nu mai e destinată azilului.

2. Psihopatologia descriptivă între Jaspers și Schneider

Cartea princeps a psihopatologiei a apărut în 1913 și se datorează lui Karl Jaspers purtând titlul de Psihopatologie Generală. Psihopatologia descriptivă, predominant observațională, era în cea mai mare parte constituită. În această epocă se află în plin avânt “științele umane”, la care a contribuit în mod esențial maestrul lui Jaspers într-ale filosofiei, Dilthey. Acesta pune accent pe empatie, comprehensibilitate și interpretarea hermeneutică, ca aspecte metodologice specifice acestor științe. Spre deosebire de cele fizico biologice în care predomină observarea exterioară, obiectivă. Jaspers, după ce ca tânăr medic a scris psihopatologia, nu a practicat psihiatria, s-a abilitat în filosofie și s-a manifestat toată viața ca filosof existențialist. Psihopatologia Generală a avut 7 ediții și câteva revizui. Ultimele ediții au fost îngrijite de Kurt Schneider, pentru a menține actualitatea cu progresele psihopatologiei clinice. În prima jumătate a sec.XX, psihopatologia clinică germană a fost în avangardă mondială a elaborărilor în acest domeniu. După cel de al doilea Război Mondial ea a cedat locul psihopatologiei anglo-saxone.

Psihopatologia Generală a lui Jaspers acordă un rol important PD. În esență ea este centrată pe metodologie, urmărind căile prin care poate fi studiată persoana umană aflată în starea limită a tulburării mentale. Sunt avute în vedere patru perspective de abordare.

În prim plan sunt notate simptomele subiective etichetate ca „fenomenologice”. Capitolele se referă la: - conștiința obiectelor, experiența spațiului și timpului; conștiința corpului și realității; trăirile afective, pulsunile, voința; „conștiința de sine”, „stările de conștiință”, etc. Aceste trăiri subiective și reflexive nu sunt totdeauna explicit exprimate și uneori sunt greu accesibile.

O a doua perspectivă de abordare a semiologiei e cea a fenomenelor psihice obiective, ce pot fi măsurate ca performanțe. Astfel pot fi evaluate memoria, judecata, activitatea motorie, munca. Un al treilea capitol abordează manifestările semiotice anormale care sunt efectul activității psihice, iar un al patrulea capitol care se referă la fenomene obiective semnificante pentru persoană, așa cum ar fi expresivitatea corporală, fiziognomia, grafologia felul în care el își organizează ambianța. Manifestarea ce rezultă din aceste patru direcții de abordare pot fi înregistrate ca simptome și sindroame.

Jaspers pune accent pe conexiunea semnificantă dintre trăire și exprimarea psihică a unui om și ceea ce se întâmplă în lumea din jurul lui. În măsura în care există o astfel de conexiune oamenii se înțeleg între ei, un om ajunge să înțeleagă un alt om. Iar psihopatologul se poate apropia de viața subiectivă intimă a celuilalt și să-i înțeleagă unele anormalități sau excese. Dar e posibil ca unele manifestări și trăiri ale celuilalt să nu mai poată fi înțelese, să fie incompreensibile. Așa se întâmplă lucrurile în schizofrenie și alte psihoze endogene.

În psihopatologia sa generală Jaspers abordează și atitudinea pacientului față de boala sa, față de eticheta de bolnav. Sunt avute în vedere și aspectele constante, caracteriologice ale psihismului. Dar are rezerve să utilizeze conceptul de persoană considerând că complexitatea sufletului omenesc nu poate fi ușor cuprins într-o noțiune unitară.

Jaspers a analizat legătura între unele stări psihopatologice și unele trăiri normale. Depresia, resentimentul, furia, suspiciunea, gelozia, etc pot fi până la

un punct reacții firești și comprehensibile, chiar dacă cu o intensitate anormală. Alte trăiri ale bolnavilor apar însă ca și convingeri absurde, incomprehensibile, care nu pot fi nici înțelese nici modificate cu argumente. Acest fapt se produce deoarece în etiopatogenie pot interveni și factori organici și „endogeni”. Explicația cauzală, extinsă, statistică trebuie însă conjugată cu cea comprehensibilă. Fapt ce justifică importanța metodologică a studiului de caz, a „cazului tipic exemplar”.

Pe baza inventarului semiologic, a cunoașterii determinismului și a ansamblului vieții sale psihice, un om poate fi diagnosticat și etichetat psihopatologic. Pentru aceasta e însă nevoie de a se face apel și la cunoștințele supraindividuale ale medicinei psihiatrice, care descrie boli psihice cuprinse într-un sistem nosologico-nosografic. Nosologia psihiatrică e un construct teoretic sintetic distinct de oamenii pe care-i diagnostichează. Simptomele, sindroamele, bolile cu explicațiile lor, fac parte din acest construct. Abstractizarea teoretică a nosologiei și semiologiei se cere mereu completată și nuanțată prin descrierea unor cazuri tipice.

Monumentala operă a lui Jaspers a marcat psihopatologia sec.XX. Psihopatologia descriptivă s-a văzut inclusă în două deschideri, care o depășesc. Pe de o parte bogăția psihică a existenței unui om inserată în viața altor oameni și a unei culturi. Pe de altă parte știința medicală psihiatrică cu ansamblul său de probleme teoretice și științifice, pentru care semiologia e un suport dar care în același timp îi determină un loc delimitat în ansamblul ei.

Viziunea lui Jaspers nu e însă una clinică ci general antropologică, cu accent pe individual uman, abordat în specificitatea dar și unicitatea sa. În perioada existențialismului lui Jaspers, persoana umană era valorizată în unicitatea și libertatea ei, care scapă perspectivei exterioare. Jaspers nu dezvoltă propriu zis o doctrină psihopatologică, la fel ca psihanaliza, behaviourismul, fenomenologia

husserliană etc., dar se plasează totuși în zona doctrinară a personalismului existențialist care a influențat psihopatologia germană a vremii.

*

* *

După apariția cărții lui Jaspers psihopatologia clinică a continuat să se dezvolte, bazându-se în mare măsură pe pacienții internați în spitale. Cazuistica ambulatorie s-a amplificat și ea mult, desigur. Iar mari psihopatologi ca Janet sau Freud s-au bazat în cea mai mare parte pe cazuistica de cabinet. Dar, pentru PD această cazuistică ambulatorie nu a jucat un rol important. Cazuistica internată era constituită predominant din psihoze endogene. De aceea, detalierea în PD din sec.XX s-au referit la acestea. Semiologic au fost comentate și câteva aspecte care nu au fost în atenția sec.XIX. Așa a fost pentru schizofrenie, discordanța – disociația, dezorganizarea – autismul, fenomenele senzitiv relaționale, de referință, dispoziția delirantă și depersonalizarea. Pe lângă detalierea observației s-au elaborat și reorganizări semiologice, conturându-se tot mai mult distincția dintre simptom și sindrom. Catatonie, depresia, mania, apăreau ca sindroame, Dar și fenomenul de pierdere a autocontrolului intimității, ca de exemplu cele de transparență influență. De Clerambault le-a reunite într-un sindrom pe care l-a numit “automatism mental”. Schneider a reunit o serie de simptome care include transparența, influența, referința, delirul primar, halucinațiile comentative într-un grupaj ce l-a considerat specific schizofreniei. Kanner a comentat la copii un grupaj sindromatic pe care l-a denumit autism infantil etc.

Semiologia psihopatologiei clinice așa cum e caracteristică psihozelor endogene, a fost reunită de K.Schneider într-o carte de Psihopatologie Clinică mult mai concisă decât cea a lui Jaspers. În noul orizont psihopatologic au intrat și personalitățile psihopate. Si odată cu ele, terenul particular al unor persoane, mai sensibile, care pot fi vulnerabile în anumite perioade de viață. Aceste

aspecte etiopatogenice care privesc relația între terenul personalistic și episodul malativ au preocupat psihopatologia clinică germană între Kretschmer și Petrilowitsch. Semiologia psihopatologică însă se conturase deja la mijlocul sec.XX. Ea face acum distincția între simptom, sindrom, teren psihic particular, boală și tulburare psihică, Boala are în vedere etiopatogenia, diagnosticul, terapia. Bolile sunt cuprinse în sisteme nosologice nosografice care sunt parte ale unui câmp teoretic ce se restructurează odată cu progresul cunoașterii și a mentalităților sociale. Viziunea lui Jaspers s-a menținut, diferențiindu-se.

3. Sistemul AMDP și standardizarea semiologiei

După cel de al doilea Război Mondial viața socială s-a schimbat iar în psihiatrie s-au petrecut treptat schimbări de optică și concepție. PD nu a mai descoperit noi semne iar descrierile și definițiile stărilor psihopatologice s-au stabilizat manifestându-se o tendință spre standardizare. Dar câteva probleme au rămas deschise. Una se referă la o culegere și sistematizare a informațiilor necesare unui diagnostic. Alta se referă la sistematizarea stărilor psihopatologice complexe sub forma de sindroame și la circumscrierea și sistematizarea entităților nosologice. În sfârșit o altă problemă, extrem de complexă se referă la corelarea simptomelor și sindroamelor cu structura funcțională normală a psihismului uman.

După 1950 au început să apară medicamente psihoactive eficiente, pentru studierea cărora era nevoie de a compara cazuri similare. Acesta a fost, alături de altele, unul din motivele eforturilor de standardizare a diagnosticului psihiatric.

Unul din aceste eforturi s-a desfășurat în Germania și Elveția și s-a concretizat în 1965 în sistemul denumit AMDP (prescurtare de la „Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in Psychiatrie”). El a fost ulterior revizuit și tradus în multe alte limbi. Ideea de bază a fost de a se culege standardizat informații și a le nota într-o Foaie de observație standardizată, prin bifarea unei poziții din opțiunile posibile, datele fiind prelucrate ulterior pe

calculator. Sistemul are mai multe fișe care adună informații generale despre pacient, familia sa, date biografice, date privitoare la evenimentele patogenice, antecedente psihopatologice, heredo-colaterale, internări, date ce preced evenimentul actual și descrierea stării psihopatologice actuale. Aceasta din urmă e structurată într-o fișă cu 100 simptome (și unele anexe) adăugându-se și simptome neurologice și general biologice.

Unul din coordonatorii proiectului a fost Scharfetter care a scris și o carte de psihopatologie generală în care prezintă semiologia într-o ordine, similară celeia din psihopatologia lui Jaspers. Distincția dintre simptom și sindroame nu e explicită, iar referința la normalitate, deși există, nu e clarificată în detaliu. Proiectul lui Jaspers se menține în esență.

Pentru tulburările enumerate în fișa psihopatologică există definiții. S-au elaborat și sugestii de întrebări pentru un interviu. De asemenea, s-au elaborate câteva scale de evaluare cantitativă, cu referință expresă la sindroame. De exemplu se propune evaluarea concomitentă a simptomelor caracteristice pentru depresie și manie. Se poate astfel evidenția virajul dintr-o direcție în alta.

4. DSM III-IV, ICD-10 și SCAN

DSM III a produs o revoluție în psihiatrie și psihopatologia clinică optând pentru un sistem categorial, definiții operaționale și diagnostic politetic. Tulburările sunt descrise printr-o serie de criterii, dintre care unele sunt obligatorii iar altele se constituie într-o listă din care un număr minim de itemi sunt necesari pentru a se diagnostica un caz. Dacă criteriile nu sunt îndeplinite, nu avem caz identificabil. Circumscrierea tulburărilor se bazează în esență, pe sindroame psihopatologice constând din o serie de itemi care se presupun a fi simptome. Alegerea itemilor a fost făcută de către experți, pe baza unor criterii de semnificație clinică, fără o bază teoretică.

Perioada în care s-a lansat DSM-III este una în care s-au afirmat și definițiile operaționale, interviurile standardizate și semistandardizate și scalele de

evaluare. Sistemul de diagnostic DSM-III-IV se bazează pe axe. Prima axă se referă la simptomatologia episodului actual iar a doua la tulburările de personalitate. Celelalte 3 axe se referă la tulburările somatice, evenimente de viață și evaluarea funcționării.

ICD-10 a preluat principiile DSM III-IV dar nu întreg sistemul. OMS a elaborat mai multe versiuni a manualului de diagnostic pentru tulburări psihice și comportamentale și manuale anexe. Unul din acesta este SCAN – publicat în 1992 – care vizează identificarea simptomelor psihice și neurologice. Sunt 2 volume ale manualului SCAN. Primul numește și definește simptomele, grupate în mai multe clase. Al doilea este un manual de interviu semistructurat pentru identificarea simptomelor.

Sistemul SCAN este axat pe simptome, grupate în clase sau cluster. El e un sistem modular. Acestea nu sunt identice cu sindroamele și nici cu entitățile diagnostice. De exemplu pentru depresie – pentru sindromul depresiv sau entitatea depresie majoră - sunt necesare simptome din 4 clase. Simptomele se grupează în diverse configurații, având variate intensități. Rezultatul aplicării SCAN este o configurație semiologică simptomatică și nu un diagnostic clinic.

Clasele sau clusterurile din SCAN se referă la : sănătate fizică; îngrijorare, tensiune, panică, anxietate, fobii, simptome obsesionale, dispoziție și idee depresivă etc.

Ordinea și gruparea clusterelor simptomatice urmează o anumită logică. Prima parte se referă la patologia de intensitate medie, iar a doua la patologia de intensitate psihotică și dementială. Manifestările expresive și comportamentele sunt prezentate separate. În general, pentru un diagnostic se cer asociate, configurate și interpretate toate simptomele ce au fost identificate. Sistemul se bazează pe o concepție inductivă și nu are în vedere intuiția și o logică a diagnosticării, care ar porni de la sindrom și entități malade. Sau care ar avea în vedere personalitatea în ansamblu.

Problema înțelegerii, a “comprehensibilității” stării psihice a celuilalt, nu se pune. Suntem deci, acum, destul de departe de viziunea lui Jaspers.

Sistemul AMDP, DSM III-IV, dar mai ales SCAN indică orientarea ultimului timp spre obiectivarea stărilor psihice, cu minimalizarea universului conținutului subiectiv, care eclozase puternic la începutul sec.XX pe vremea lui Jaspers. Dar, acest sistem ce s-a impus la începutul anilor 90 ai sec.trecut, tinde să se schimbe parțial în perioada 2000, odată cu noile orientări psihopatologice.

5. Schimbarea de paradigmă în psihologie și psihopatologie la cumpăna dintre sec.XX și XXI

Psihopatologia clinică, incluzând-o pe cea descriptivă așa cum apare ea sintetizată în lucrarea lui Jaspers din 1913, avea ca centru unificator eu-conștient. Conceptul de conștiință s-a dezvoltat în gândirea dogmatică și filozofică a Europei, mai ales după Renaștere. În dogmatică el a jucat un rol important mai ales în protestantism, Luther, dezvoltând amplu ideea rolului conștiinței morale (Bewusstsein). În filozofie, tema conștiinței și a eului se dezvoltă major în cadrul idealismului german prin Kant și Fichte, după ce în prealabil conceptul de „conscience” a fost lansat de Hume și acceptat în Franța. Când în sec XIX a început să se manifeste psihologia științifică și psihopatologia descriptivă, distincția dintre conștiință în sens de vigilitate și cea în sens de conștiință a realității și conștiință morală era deja stabilită. Jaspers preia această tradiție realizând o viziune asupra psihopatologiei în care subiectivitatea trăirilor și conștiința identității eului joacă rolul principal. Dar conceptul de eu-conștient avea în spate o înțelegere statică a psihismului uman. Aceasta deriva pe de o parte din corelarea conștiinței cu problematica contemplării, pe care dogmatica creștină a dezvoltat-o amplu. Pe de altă parte, din însăși felul în care se năștea noua știință a psihologiei, prin studii experimentale de laborator. În plus, simptomatologia bolnavilor psihici, descrisă detaliat de alieniștii din sec. XIX, se bazează și ea pe imobilismul pacienților din azile. Conștiința și eul, marcate

de această conotație statică, au rămas conceptele centrale ale psihopatologiei descriptive în toată perioada dintre Jaspers și DSM III-IV. Edificatoare pot fi cărțile de referință ale lui Scharfetter și Sims.

Scharfeter a fost consilierul științific principal pentru redactarea AMDP. Deci, într-o perioadă în care Ps.D încearcă să se adapteze unor noi exigențe. El a scris și o carte de psihopatologie descriptivă. Aceasta începe cu un capitol privitor la semiologia tulburărilor de conștiință, înțeleasă ca vigilitate opusă somnului cu vise. Urmează semiologia conștiinței-eului (Ichbewusstsein) care e pronunțat modificată în schizofrenie; și apoi cea a conștiinței-realității. În acest capitol sunt trecute în revistă: orientarea, timpul, memoria, atenția și concentrarea. Urmează un capitol ce se referă la psihopatologia inteligenței, percepției și apercipției și unul privitor la delir. Epuizându-se astfel domeniul cogniției, următoarele capitole abordează psihopatologia pulsivității, agresivitatea, obsesiile, actele impulsive, afectivitatea, funcțiile conative și sexualitatea. Deci, problematica dinamizantă, motivațională, realizatoare. Ordinea prezentării sugerează respect pentru tradiționala psihologie a facultăților psihice. Dar modul de abordare pune clar accentul pe subiectivitatea conștiinței eului, în tradiția lui Jaspers.

În literatura anglo-saxonă elaborarea semiologică cea mai utilizată în ultimele decenii a fost, după cea a lui Fish, cea a lui Sims, ambele recent reeditate. Structura acesteia din urmă e organizată după aceleași mari coordonate jaspersiene ca și cea a lui Scharfetter. Tabla de materii pune în frunte un capitol intitulat: conștiință și cogniție. Se subliniază astfel prezența în era cognitivismului. La început e comentată “conștiința vigilității”, apoi “conștiința realității” în care se tratează despre timp, percepție, gândire, vorbire, limbaj, intelect. După un comentariu asupra delirului, urmează “conștiința sinelui”, temă care e inițiată prin „conștiința corporalității”.

Semiologia centrată pe conștiință care începe cu Jaspers și continuă prin autori ca cei menționați mai sus – la care pot fi adăugați alții ca Cutting sau Taylor - nu pune accent pe angajarea persoanei conștiente, centrate de sinele său reflexiv, în rezolvarea de situații problematice și în realizarea de proiecte. Tema distincției dintre simptom și sindrom, deși abordată implicit, nu e comentată explicit, ca problemă. În cartea lui Sims precum și în alte lucrări de Ps.D, nu poate fi însă ocolită corelația cu nosologia. Dar sistematica nosologiei, așa cum apare ea în DSM III-IV e centrată pe sindrom. Pe când tradiția Ps.D, așa cum e organizată ea după coordonatele analiticii jaspersiene a conștiinței, urmează tradiția comentariului simptomelor, cea care derivă din perspectiva facultăților psihice. Această problemă a relațiilor dintre simptome, sindroame și nosologie a apărut ca derutantă pentru autorii sistemului ICD-10. Aceștia s-au văzut obligați să elaboreze un sistem modular, pe clustere, a Ps.D așa cum e SCAN.

Pentru a face față acestei provocări Ps.D trebuie să renunțe la pretenția directă de a juca un rol major în nosologie, bazându-se pe simptome. Ea poate servi cel mai bine demersul nosologic, subliniind rolul semnificativ pe care-l joacă în această direcție sindroamele, concentrându-se asupra corelației dintre acestea – inclusiv clusterelor subsindromatice și grupajele sindromatice complexe –și trăirile omenești normale, adaptative și creatoare. Iar pentru acestea, poate fi invocată o dublă originare sau fundamentare. Pe de o parte în structurile funcționale ale encefalului, incluse în sistemul de raportare activă și informativă la lumea umană; în această direcție se orientează cercetările cognitiviste ce se bazează pe neuroștiințe. Pe de altă parte, ceea ce în Ps.D apare ca sindroame standard, poate fi corelat cu structurile funcționale antropologice adaptative. Dar, cu grija de a înțelege „modulii psihici antropologici adaptativi” ca și cofigurându-se la un nivel de conjuncție între transmisia genetică, educația interpersonal socială și experimentele personale, care impregnează fiecare personalitate cu valențele „memelor” culturale.

Sfârșitul secolului XX a adus în psihologie ceea ce s-a numit “revoluția cognitivă” neoraționalistă. Aceasta a reactivat și nuanțat ideea de intenționalitate a psihismului conștient, care fusese lansată în sec.XIX în filozofie de Brentano și reutilizată în sec.XX în filozofia și psihopatologia fenomenologică, ce se revendica de la Husserl. Intenționalitatea pe care a pariat cognitivismul, inspirându-se tot din Brentano, e una strâns corelată cu lingvistica, cu așa-zisele “atitudini propoziționale” ce se exprimă în formulări ca: eu doresc, eu gândesc, eu vreau, eu cred, eu știu, etc. Prin această trimitere lingvistică s-a realizat o parțială desubiectivizare a intenționalității, care în fenomenologia lui Husserl exprimă doar poziționări atitudinale (“noetice”) ale conștiinței. Apelul la intenționalitate a permis “filozofiei minții” – o ramură filozofică a cognitivismului – să păstreze tradiția europeană a psihismului conștient, fără a lăsa să fie absorbită de “subiectivitatea transcedentală” a lui Husserl. Cognitivismul acceptă o “perspectivă subiectivă a persoanei întâi” concomitent cu “perspectiva obiectivă a persoanei a treia”. Această orientare a asigurat șansa psihologiei și psihopatologiei cognitive de a dezvolta ample programe de studiere a psihismului conștient, în corelație cu “științele creierului”. Elemental de legătură l-a constituit “computaționismul” inteligențelor artificiale.

Noua paradigmă științifică a cognitivismului s-a articulat cu recente direcții de investigare ale psihologiei și psihopatologiei developmentale și evoluționiste. Amândouă aceste doctrine au în centrul lor articularea dintre psihismul biologic și cel specific uman. Precum și ideea de proiect – “design” – cu referire la manifestări psihice adaptative, în raport cu solicitările ambientale. Acestea sunt supuse competiției și selecției evolutive. La acest nivel de conjuncție între psihologia cognitivă, cea developmentală și evoluționistă, s-a impus ideea de “modul psihic adaptativ” (m.p.a.). Un m.p.a., așa cum apare el în psihopatologia animală, este o unitate funcțională psihocerebrală cu valențe

adaptative, care are importante specificități în modul său de declanșare și funcționare. Pentru psihologia evoluționistă ansamblul m.p.a. este conceput ca selectat adaptativ și transmis genetic, ca potențialitate de funcționare neuropsihologică. Această potențialitate se activează și se structurează funcțional odată cu maturarea ontogenetică a encefalului, în prezența unor stimuli specifici. Se instituie astfel o schemă coerentă de comportament și trăire, cu semnificație adaptativă pentru individ și specie. De ex. alerta față de stimuli necunoscuți, reacția de frică-retragere față de stimuli periculoși, etc. Desigur, la om acești m.p.a. se află sub o amplă influență a experiențelor de relaționare intersubiectivă cu alte persoane și cu modele culturale de funcționare.

Manifestările și trăirile psihice care se organizează în jurul modelului “modular”, se bazează pe intenționalitate și pe proiecte de raportare la situații, cu diverse semnificații.

Sistemul intențional al psihismului centrat de sine, are pentru om un suport de bază în funcționarea „creierului social”. Prin intermediul acestuia, subiectul implică constant pe alții în orice rezolvare de situație problematică. O parte din m.p.a. pun accentul pe realizarea eficientă a acțiunilor pragmatice. Alții, pun accentul pe relaționare umană intersubiectivă, în cadrul colaborărilor și competițiilor firești și necesare. Dar, în ultimă instanță orice raportare la o situație problematică, într-un mediu sau într-o ambianță socio-culturală dată, e realizată de subiectul intențional, centrat de sine. Sine care e organizat ierarhic – sine biocorporal, sine situațional nuclear, sine metareprezentational, sine al persoanei culturale. Și care, susține identitate cu sine și coerența centrală. Adică faptul că subiectul rămâne identic cu sine și distinct față de lume și de alții, în spatele situațiilor problematice și a evenimentelor. Sinele subiectiv se structurează încă de la naștere, prin relația intersubiectivă cu mama și cu alte persoane, aflate la diverse distanțe psihologice față de intimitatea subiectului, în vasta structură a mediului socio-cultural.

Centrat de sinele său intențional și reflexiv, subiectul investighează activ ambianța fizică și culturală, intră în alertă în fața situațiilor necunoscute, evită situațiile pe care le știe sau le presupune periculoase. Modalitățile anxios-fobice de raportare la lume pot fi înțelese ca module psihice adaptative. Acestea sunt parțial înnăscute, parțial se structurează biografic în cadrul relațiilor intersubiective din mediul culturii. Aceste m.p.a. se pot manifesta în anumite împrejurări exagerat, rigid și decontextualizat. Ele pot fi atunci etichetate ca sindroame psihopatologice, așa cum ar fi: ADHD, anxietate generalizată, atac de panică, fobii. La fel, o stare de tensiune combativă sau de energie crescută în vederea unor performanțe deosebite sau a cuceririi partenerului sexual, poate fi considerat un m.p.a. Funcționare exagerată, rigidă, decontextualizată a acesteia exprimă însă o stare psihopatologică de furie sau un episod maniacal. În cele din urmă expresivitatea dezinhibată cu sociabilitate gregară este un fapt adaptativ uman, care menține euforia sărbătorească. Fără selectarea transgenerațională a capacității de mobilizare, ori dezinhibare pentru performanțe în care subiectul să nu obosească ușor, și manifestând o sociabilitate în care să fie cuceritor, diapazonul adaptativ al psihismului uman ar fi mai redus. Aceste potențialități modulare creează însă și fondul din care se selectează episoadele hipomaniacale și maniacale. În ultimul deceniu psihopatologia evoluționistă a consacrat nenumărate studii funcției adaptative a depresiei. Venind dinspre biologie, valențele adaptative ale acesteia sunt multiple: De la conservarea energiei prin hibernare, la reorganizare biopsihoenergetică după înfrângere sau eșec. Și până la descurajarea agresorului prin conduitele de sumisiune. Această temă a adaptabilității și „utilității” manifestărilor de tip depresiv, este abordată din nenumărate perspective. Ea are o tradiție și în ideea psihanalitică a „travaliului de doliu”. Desigur, depresia anormală, psihopatologică e de nedorit. Ea se cere identificată și tratată. Dar depresia nu doar că derivă – sau poate fi comparată cu – „o stare reactiv comprehensivă”, cum susține Jaspers. Se poate susține și că ea

își are originea în declanșarea și activarea disfuncțională – decontextualizată, rigidă, simplificată și neadaptativă – a unor funcții care, prin ele însele, sunt utile și adaptative. Și pe care, de aceea, psihismul persoanei „le are la dispoziție” ca pe niște instrumente pe care le poate utiliza. Același lucru se poate susține și pentru verificările obsesive, sau pentru originarea într-o funcție adaptativă bioculturală a spălatului pe mâini; Acesta s-a selecționat dealungul a sute și poate mii de generații deoarece era util igienei corporale și abluțiunii ritualice.

Același mod de înțelegere și interpretare se aplică în ultimul timp tot mai mult și pentru patologia relațională, de suspiciune, ce poate evolua între anxietate fobică, trăiri obsesiv-compulsive, prevalențiale și delirante. Nu doar gelozia poate intra în acest regim, ci mai ales suspiciunea paranoidă, sentimentul de punere exagerată sub observație și cel de atitudine ostilă. Competiția este esențială pentru afirmarea și evoluția existenței umane, la fel ca și colaborarea cooperantă. Ori, acestea nu sunt posibile fără cunoașterea intențiilor celuilalt, uneori în cele mai intime detalii, așa cum o demonstrează „teoria minții” (ToM). Fiecare om îl supraveghează în mod spontan pe altul și caută să-i „citească gândurile”. Și în mod similar, „alții”, precum și grupul social, supraveghează mereu și în mod spontan subiectul, caută să-i cunoască intențiile și proiectele. Subiectul e tot timpul conștient de acest fapt și se străduiește să „apară” în public așa cum ar dori ca alții să-l recepteze. El își păstrează secretele doar pentru persoane de care se simte apropiat. Toate aceste funcții adaptative umane, naturale și utile, pot fi trăite distorsionat, disfuncțional, rigid, decontextualizat, psihopatologic. Subiectul poate avea impresia sau convingerea că alții îl privesc deosebit, că e în centrul atenției, spionat, urmărit, pus sub supraveghere în mod special pentru a i se cunoaște intimitatea, că „i se citesc gândurile” de către alții. Și la fel, că este dușmănit, persecutat, că alții intenționează să-l distrugă. Desigur, derivarea trăirilor paranoide din modalități normale și adaptative, nu clarifică de la început în ce constă însăși faptul psihopatologic. Dar această

abordare cognitivă evoluționistă permite să se abordeze științific mai degajat chiar și acele domenii, care pentru psihopatologia lui Jaspers apăreau ca și incompreensibile.

În psihopatologia umană, multiple cauzalități și mecanisme pot conduce la nedevoltarea unor funcții sau la pierderea și dezorganizarea structurilor psihismului, care se dezimplică, scapă de sub control și se desprind din integrarea lor în structuri funcționale mai complexe. Studiarea acestora este un obiectiv al psihopatologiei clinice. Procesul de dezorganizare poate conduce la destructurarea „coerenței centrale”, a identității sinelui, a limitelor sale și a asamblării nivelelor sale ierarhice. Deasemenea, poate conduce la o dezordine și aplatizare în receptarea și utilizarea informațiilor, la de diferențierea dintre ceea ce e esențial și ceea ce e neesențial. Și astfel, la fixarea atenției subiectului pe detalii ne semnificative. Sau, la saltul etapelor pe care un proces psihic normal trebuie în mod firesc să le parcurgă. Multiple aspecte psihopatologice au la bază acest proces de destructurare, dezordine, dezorganizare, dezimplicare, scurtcircuitare, deficit de sinteză, ordonare ierarhică. Actuala psihopatologie clinică are un important domeniu de studiu în față. Pentru aceasta o psihopatologie descriptivă detaliată și coerentă, poate fi un important sprijin.

În prezent există o conjunctură favorabilă și d.p.d.v. doctrinar, prin convergența progresivă dintre abordări care inițial erau distincte și distante. Astfel, cognitivismul actual se corelează nu doar cu neofenomenologia și neopsihanaliza, ci și cu psihologia și psihopatologia dezvoltamentală și evoluționistă într-o evidentă tendință de sinteză.

Privind cu seriozitate domeniul Ps.D, el se relevă ca un univers plin de probleme și extrem de stimulant pentru inițiativa de cercetare. Chiar dacă ceea ce spune Ps.D pare doar o sumă de informații utile didactic celor ce vor să se inițieze în psihopatologie și psihiatrie, pe măsură ce persoana interesată de domeniu privește lucrurile cu o mai mare luare aminte și începe să reflecteze, se

deschide un amplu orizont de întrebări, în care cercetătorul înțelept e invitat să progreseze.

Figura 12

Tabel cu structura principalelor sinteze de psihopatologie descriptivă din ultimele decenii

În acest tabel sunt prezentate capitolele principalelor sinteze de psihopatologie descriptivă din ultimele decenii, în ordinea pentru care autorii au optat. Numerotarea se referă la lista lucrărilor, ce e prezentată la capăt.

1	2	3	4
AMDP	SCAN	Sims	Scharffeter
stare psihică			
tulburări (tb.) ale conștiinței	sănătate fizică (tb. somatoforme, disociative)	tb. conștiinței	conștiința (vigilantă, luciditatea)
tb. orientării	îngrijorare, tensiune	atenție, concentrare, orientare, somn	conștiința eului
tb. atenției și memoriei	panică, anxietate, fobii	memorie	conștiința realității (testarea realității)
tb. formale ale gândirii	depresie (dispoziție și ideatie)	dezordini ale timpului	orientarea
frici și obsesii	inhibiție în gândire, concentrare	percepție	experiența timpului

deliruri	energie, interes	delir și alte idei eronate	memoria
tb de percepție	funcționare corporală: greutate, somn	procesul gândirii	atenția, concentrarea
tb ale sinelui	tulburări alimentare	vorbire și limbaj	gândire, limbaj, vorbire
tb. afective	expansivitate (în dispoziție și ideatie)	performanțe intelectuale	inteligentă
tb ale dinamismului (antriebe) și ale psihomotricității	utilizarea alcoolului	insight	percepția
tb. nictemerale	utilizarea altor substanțe psihoactive	sinele (self)	apercepția
altele	tb. perceptuale și hlucinații	conștiința corpului	delirul
starea somatică	simptome de influență și transparență	sex și sexualitate	pulsiuni (activități de bază)
vigilență aparentă	deliruri	durere	agresivitate
	deficit cognitiv	tb. emoțiilor și afectivității	comportament motor
	aspecte expresive ale deficitului în motricitate, comportament, afect, vorbire, manifestare socială	anxietate, panică, iritabilitate, fobii, obsesii	comportament impulsiv
		voință și execuție	afectivitate, afect, emoții
		tb. ale personalității	pulsiuni
		tb. nevrotice	sexualitate

5	6	7
Cutting	Fisch	Taylor Vaidya

Timp spațiu	Percepție	Tb. ale funcțiilor motorii
Corp (body)	Gândire și vorbire	Tb. în experiența emoțională
Sine (self)	Memorie	Tb. ale vorbirii și limbajului
Minte (mind)	Emoție	Tb. perceptuale
Emoție, vorbire, acțiune	Experiențele sinelui (self)	Deliruri și conținuturi anormale ale gândirii
	Conștiința	Comportament obsesiv-compulsiv
	Tb. Personalității	Tulburări ale personalității
	Sindroame psihiatrice	clasificare
	Apariția distorsionată	

1. Le Systeme AMDP (2000) Hogrefe Verleas
2. WHO, SCAN, Schedules for Clinical in Neuropsychiatrie (1992), WHO Geneva
3. Sims' Symptoms in the mind (ed. F. Oyebode), (2008), Elsevier
4. Scharfetter, Cr. (1986), General Psychopathology, Cambridge University Press
5. Cutting, J. (1997), Principles of Psychopathology, Oxford University Press
6. Fisch's clinical psychopathology, (ed. Patricia Casey, B. Kelly), (2009), Gaskell
7. Taylor, M.A., Vaidya, M. (2009), Descriptive Psychopathology, Cambridge University Press

Se mai prezintă în continuare structura pe capitole a clasicului sistem de clasificare DSM-IV-TR. E vorba de o clasificare a tulburărilor psihice bazată pe sindroame standard și alte criterii (vârstă, etiopatogenie). Baza o constituie

sindroamele psihopatologice cu subtipologia lor, care se înlănțuie în tulburările psihice.

Ordinea prezentării e ghidată în acest Manual în primul rând de etiopatogenie (organic, substanțe, endogen, reactiv) și apoi de vârstă.

- Delirium (tulburări ale vigilității conștiente)
- Demențe (deteriorare cognitivă globală)
- Adicție, dependență, sevraj
- Patologie psihotică bazată pe:
 - Deliruri, depersonalizare, transparență influență
 - Halucinații și alte tulburări perceptivă
 - Dezorganizare ideo verbală și comportamentală
- Catatonie
- Patologie afectivă dispozițională bazată pe:
 - Sd. depresiv
 - Sd. maniacal și stări mixte, disforie
- Patologie anxioasă
 - Sd. de anxietate generalizată, atac de panică, agorafobie, fobii speciale, fobie socială, fobie de sănătate
- Sd. obsesiv-compulsiv
- Patologie somatoformă
- Patologie impulsivă
- Tulburări centrate pe funcții fiziologice: somn, alimentație, sexualitate
- Tulburări de personalitate

Anexa III

Miscelena

1. Sindroame psihiatrice cu nume propriu; 2. Psihoza și psihopatologia descriptivă; 3. Comportamentul suicidar; 4. Comportamentul heteroagresiv

1. Sindroame psihiatrice cu nume proprii

Sindromul Blocq constă într-o astazo-abazie psihogenă, conversivă, subiectul nu poate sta în picioare într-o manieră normală și mersul e bizar, în absența unor afecțiuni neurologice.

Sindromul Briquet e o tulburare de somatizare ce se manifestă prin multiple senzații corporale neplăcute, nu există un substrat de boală organică iar descrierea e hiperexpresivă.

Sindromul Capgras constă în convingerea unor substituiți de persoane, de obicei cu intenția de a fi spionat. Percepția celorlalți e corectă formal; dar, pacientul e convins că soția e de fapt o altă persoană, o “sosie” care a înlocuit-o pe adevărata soție, deși îi seamănă într-u totul. Fenomenul se întâlnește și în delirul de substituție a părinților. Din aceeași clasă psihopatologică face parte și iluzia Fregoli care constă în convingerea pacientului că diverse persoane pe care le întâlnește și pe care le percepe și le identifică corect, sunt de fapt același dușman care-l urmărește și îl spionează, luând diverse înfățișări. Tulburarea face parte din clasa sindroamelor intermediare între tulburările de percepție și delir, fiind o “iluzie de semnificație”, care se încadrează de fapt în aria problematicii delirante.

Sindromul Charles-Bonnet constă în prezența unor halucinații vizuale fără simptome psihotice; halucinațiile pot fi simple sau complexe.

Sindromul Cotard se referă la un delir de negație (nihilistic) centrat pe corporalitate. Pacientul poate afirma că este mort de mai mult timp, corpul i s-a descompus și miroase a cadavru, nu mai există părți ale corpului, nu mai are cap, inima a încetat să mai bată, nu a urinat de luni de zile (idei de enormitate), că este o umbră, nu se mai vede în oglindă (heautoscopie negativă). E corelat cu fenomene de personalizare uneori depresive (se simte vinovat și condamnat la nemurire pentru a suporta chinuri eterne).

Sindromul Couvade: soțul se plânge de simptome obstretice în perioada de sarcină și naștere a soției sale. Se poate manifesta fără convingerea delirantă că ar fi însărcinat.

Sindroame legate de cultură. Koro e un sd.anxios depersonalizant corelat convingerii că penisul se retrage în abdomen și va muri (inițial a fost descris în cultura Malay din Singapore, apoi raportat și în alte zone ale lumii). Latah constă într-o stare de supunere automată, hipersugestionabilitate, ecopraxie și alte simptome catatoniforme (descris în sud estul Asiei). Piblokto, raportat la

eschimoși, constă în atacuri însoțite de strigăte, plans, alergare în pielea goală prin zăpadă (descrie la eschimoși). Windigo constă într-o stare depresiv-delirantă în care subiectul simte că se transformă într-un spirit cannibal cunoscut tribului; și cere să fie omorât. Cursa de Amok constă dintr-o stare disociativă de conștiință cu dromomanie agresivă; pacientul poate leza sau ucide pe alții, până ce e într-un fel neutralizat.

Sindromul de Clérambaud sau erotomania constă din convingerea că o altă persoană publică cu o poziție socială înaltă, s-a îndrăgostit de pacient, îi face avansuri și dorește să se unească cu el, împotriva oricărei evidențe sau argument.

Sindromul Diogene se caracterizează printr-o severă neglijare de sine și colecționarism absurd, manifestate de obicei la persoane în vârstă. Poate fi prezent în afara demenței sau a unei psihoze, la persoane ce au manifestat de-a lungul vieții tulburări de personalitate, fiind mai retrase și suspicioase. Trăiesc în mizerie, refuză ajutorul și, colecționând gunoaie, pot fi o sursă de perturbare a igienei publice.

Sindromul Ganser se caracterizează clasic printr-o pseudodemență ce se manifestă la persoane aflate în detenție, sub anchetă judiciară. Pacientul dă “răspunsuri alătura”, adică un răspuns din care rezultă că a înțeles într-un fel întrebarea (e.g. întrebare : câți ani aveți? Răspuns : scaunul are patru picioare). Persoana apare ca dezorientată, mirată, se comportă absurd (e.g. încearcă să îmbrace cămașa ca pantalonii, încearcă să consume ceaiul cu furculița) și manifestă perturbări ale cunoașterii care în demență nu apar decât tardiv (nu își cunoaște numele, nu poate număra pe degete).

Sindromul Korsakov constă dintr-o amnezie de fixare (anterogradă) golurile mnestice fiind umplute cu răspunsuri confabulate (e.g. pacientul e informat că este în spital; întrebare : unde vă aflați? Răspuns : la Paris, pe turnul Eiffel). Pacientul nu își dă seama de deficitul mnestic, e anosognozic și poate fi

bine dispus sau euforic; uneori memoria de evocare poate fi păstrată, cu tulburări în ordonarea succesiunii evenimentelor. Inițial a fost descris ca un cadru nosologic, în tulburări dismetabolice (inclusive etilice) însoțit de polinevrite. Se poate întâlni după traumatisme craniene sau în alte suferințe organice.

Sindromul Othello se referă la o gelozie morbidă, prevalențială de obicei; dar poate fi și de intensitate delirantă.

Sindromul Münchhausen se caracterizează prin eforturi susținute ale subiectului de a fi diagnosticat și tratat de o boală somatică, în absența oricărei suferințe reale. Pentru a fi acceptat în spital falsifică informațiile anamnestice și analizele, folosește substanțe care modifică parametrii biologici (e.g. își provoacă tahicardie, modifică temperatura cutanată). E considerat o adicție de spital. E diferit de manifestările conversiv histerice, de hipocondrie sau de urmărirea unei rente secundare (avantaje financiare). S-a descris și un sd. Münchhausen “prin împuternicire”, cu referință la comportamentul unor mame care “fabrică” simptome de boală pentru copilul său.

2. Psihoza și psihopatologia descriptivă

Termenul de psihoză a fost și este mult folosit în psihopatologia descriptivă, fără a beneficia de o definiție operațională. Preocuparea pentru circumscrierea psihozei e în creștere, mai ales în perspectiva pregătirii DSM-V. În Glosarul DSM-IV-TR se optează pentru utilizarea sa adjectivală (“psihotic”) atribuită diverselor stări psihopatologice ce prezintă delir și halucinații necriticate; iar într-un sens mai largit și stări de dezorganizare a vorbirii sau de comportament grav dezorganizat sau cataton. Această circumscriere face explicit trimitere la schizofrenie (forma pozitivă) și la simptome ușor identificabile, care determină evident deteriorarea manifestării pacientului în viața socială din jurul său. De reținut că în sistematica americană fenomenele de transparență influență și de referință – în general simptomele de prim rang Schneider – sunt incluse în deliruri. E menționat și faptul că termenul de psihoză a fost definit conceptual și ca pierdere a limitelor eului și “deteriorarea gravă a testării realității”.

În raport cu acest punct de vedere sunt de făcut câteva comentarii.

Atributul de “psihotic” nu se referă la un anumit sd.pt. ci la o clasă, la un “cluster sindromatic” centrat de delir halucinator și dezorganizare. Deși psihopatologia schizofreniei este explicit vizată, nu sint incluse sd. din schizofrenia negativă, așa cum e tocirea afectivă, depersonalizarea gravă, sd. amotivațional. Sunt însă autori care introduce în conceptul de psihoză și aceste manifestări.

Din viziunea americană, care s-a afirmat deja odată cu DSM-III (1980), clasicele psihoze endogene a lui Kraepelin, adică demența precoce – schizofrenie și psihoza maniaco-depresivă, au fost despărțite, etichetată de psihoză, aplicându-se doar schizofreniei și psihozelor delirante (de ex. paranoide sau paranoiace).

Această divizare a făcut ca tulburările afective, cele care se exprimă cu ep.pt. depresive și maniacale, să aibe nevoie de o etichetare suplimentară dacă prezintă

“simptome psihotice”. În acest caz “psihoza” e reprezentată uzual prin delir și halucinații. Când delirul e congruent, se cere o grijă deosebită pentru a stabili “nivelul psihotic”, de ex. a unei convingeri de vinovăție. De asemenea nu au mai fost cotate ca psihoze ep.depresive cu pronunțată depersonalizare și inhibiție afectivă, în care melancolicul simte că e “anesteziat afectiv”. În cazul depresiei inhibitate se vorbește de forma stuporoasă și nu psihotică. Iar în agitația maniacală, fuga de idei foarte rar e etichetată ca dezorganizare verbală, astfel încât să fie considerată psihotică. Aceste situații insuficient de clare, pledează, în însăși interiorul psihiatriei americane, pentru necesitatea de reconceptualizare a psihozei, mai ales că sunt frecvente episoade schizo-afective și afectiv delirante. În plus, patologia maniacală (bipolară) răspunde pozitiv la aceeași medicație ca schizofrenia și psihozele delirante.

Un alt aspect este că patologia psihotică nu se întâlnește doar în schizofrenie ci în tot ansamblul de patologie care tradițional a fost etichetată ca domeniu al “psihozelor endogene”. Adică în : psihozele acute și tranzitorii, psihozele delirante persistente, tulburările afective (monopolare și bipolare), tulburarea schizo-afectivă și, în sfârșit, schizofrenie. Schizofrenia, la rândul ei, se poate manifesta predominant pozitiv (delirant halucinator) negativ-deficitar și dezorganizant. Pentru aceste cazuri, e neclar dacă, în conformitate cu DSM-IV-TR, schizofrenia negativă ar fi sau nu psihotică. Pe când cea pozitivă certamente e considerată ca atare. Simptomatologia psihotică se mai întâlnește în forme grave de patologie obsesiv-compulsivă, în stări de tranșă și dissociative de conștiință, și de asemenea în variate suferințe cerebrale, sau condiționate de suferințe somatice generale, în intoxicații și dependența de alcool și substanțe psihoactive, în stări reactive și deprivări senzoriale. Toate aceste argumente clinice ridică problema că, ceea ce clinicienii actuali denumesc schizofrenie, se conturează doar ca o anumită variantă de psihoză. Și nu ca prototipul ei. Psihoza

e probabil expresia unei disfuncții psiho-cerebrale ce poate fi multiplu condiționată și se poate întâlni în variate condiții.

O altă problemă care preocupă psihopatologii ce se preocupă de problema psihozei, constă în faptul că, la fel ca în alte stări psihopatologice, sindroamele psihotice se manifestă pe un continuum, care se pierde în normalitate. Faptul rezultă din studii de caz și din cercetări populaționale, statistice. Convingerile delirante se continuă cu ideea prevalențială, condiționată mai mult sau mai puțin reactiv, la persoane particulare sau dizarmonice. Iar în continuarea acestora, se pot întâlni convingerile fanatice pe care unii oameni le trăiesc. Și care pot fi consonante cu convingerile comunitare. Halucinațiile se întâlnesc la 3%-8% din populația normală. Modul de gândire și vorbire dezorganizată are variante de intensitate medie și ușoară, pe care le relevă cazurile de schizotipie. Iar tranziția între schizotipie – schizotaxie (în sensul lui Meehl) este și ea mult studiată.

În apropierea ideii de mai sus s-a ridicat problema relației între psihoză și autism. D.p.d.v. clinic, autismul deși a fost descris inițial ca sd. în schizofrenia adultului, în prezent este conceput în varianta descrisă de Kanner. Aceasta se manifestă ca o tulburare developmentală, evidențiable la 3 ani, și caracterizată prin deficiențe de comunicare nonverbală și verbală, reducerea intereselor și stereotipii. Odată cu descrierea și studierea spectrului autist, mai ales în varianta sa lărgită, s-a constatat că rudele sănătoase ale autistului prezintă multiple caracteristici obsesionale și apatice, în direcția schizotaxiei lui mehl, a tulburării de personalitate schizoidă și chiar a schizotipiei. Se ridică astfel problema diferenței dar și a interferenței între spectrul autist și ceea ce s-ar putea numi spectrul psihotic. S-a avansat chiar speculații privitoare la faptul că diferența s-ar baza pe diferențele encefalice de sex în cele două grupe.

Problema psihopatologică a psihozei e în plină perioadă de dezbatere și studiu, în prezent, una din direcții e sugerată de deficiența funcției “coerenței

centrale”, care se regăsește și în autismul Kanner, în obsesionalitatea gravă și în schizofrenia dezorganizantă. Și care, ar putea sta și la baza tulburărilor halucinațiilor delirante, de referință, supraveghere și de transparență influență.

3.Comportamentul suicidar

Sinuciderea, e un model comportamental specific uman, care constă în decizia subiectului de a-și suprima voluntar viața, în pregătirea și executarea actelor ce conduc la acest final. Nu e în discuție o boală sau o tulburare psihică definită, deși comportamentul suicidar (c.s.) se asociază frecvent cu unele sd.pt., mai ales cu sd. depresiv. C.s. poate avea și motivații raționale, filosofice sau corelate cu anumite tradiții culturale, ca sentimentul păstrării onoarei, demnității și respectului social. Fiind vorba de un comportament particular, se cer avute în vedere diversele faze și implicații ale acestuia.

Un prim aspect se referă la procesul ce se desfășoară între decizie și execuție. Decizia subiectului de a se sinucide se poate contura progresiv, după ce apare inițial ideea de moarte și ideea eventualității de a muri prin propria acțiune. Apoi ea poate avea diverse argumentări, unele ținând de o anumită recuzită socio-cultural existențială. Motivul invocat poate fi: dezonoarea, rușinea, pierderea stimei celorlalți, pierderea idealurilor, a valorilor, argumente filosofice etc. În esență e vorba de “lipsa de rost și sens a vieții proprii”, fapt ce poate fi susținut și de o stare depresivă psihopatologică. Procesul standard se derulează astfel că: - apare ideea “ce ar fi dacă aș muri”, “ce ar fi dacă m-aș sinucide”. Idei cu care subiectul cochetează. Ideea se poate contura până la decizia fermă. Hotărârea odată luată, se elaborează planul de sinucidere, care presupune măsuri de precauție pentru reușită. De obicei se elaborează o scrisoare explicativă, text ce poate fi utilizat și ca răzbunare, pentru învinovățirea altora pentru decizia luată. Sau chiar pentru răzbunare. Urmează o conduită de despărțire, ce constă prin vizite făcute cunoștințelor, de obicei și medicului currant, cadouri, împărțirea lucrurilor la care ținea, ca să fie amintire

pentru alții. În final, se execută actual suicidar. Acesta folosește de obicei mijloace violente : împușcare, spânzurare, defenestrare, aruncare în fața trenului, în nec asigurată prin condiții speciale. Se pot utiliza și substanțe foarte toxice sau medicamente; în ultimul caz subiectul ia precauții să nu fie descoperit la timp și salvat. Această conduită elaborată poate să se desfășoare și la bolnavii psihici (de ex. schizofreni). Deseori, ea apare la bolnavii cronici, chinuți de boli algice, care sunt în vârstă și relativ singuri. Comportamentul suicidar nu poate fi comentat nici ca simptom nici ca sindrom sau entitate nosologică, având totuși strânse corelații cu psihopatologia.

Procesul menționat mai sus poate fi scurtcircuitat, o serie de etape lipsind. La o altă extremă apare suicidul impulsiv, care se declanșează brusc în relație cu un eveniment precis, neplăcut. În acest caz se cere analizat fondul de personalitate, cumulul de factori bio-psihologici din ultimul timp, semnificația evenimentului.

Actul suicidar e prin definiție orientat spre moartea subiectului. În jurul său se cer comentate două aspecte importante: mascarea sa și hiperexpresivitate care poate impresiona pe alții.

Suicidul mascat se poate desfășura astfel încât alții să nu-și dea seama de fapt că a fost vorba de o sinucidere. Dar, chiar conștientizarea intenției poate fi o problemă. De obicei e implicat un accident sau/și o neglijență. Accidentul poate apare ca accident de muncă, rutier, subiectul putând fi victimă sau producând el un accident în care moare. Înregistrarea evenimentului ca accident, deși uneori e convingător, la o analiză mai atentă poate indica participarea – conștient voluntară sau semiconștientă, prevoluntară – a victimei la producerea sa. De exemplu traversarea neglijentă a unei artere circulante fără respectarea regulilor de circulație, conducerea mașinii în stil periculos, nerespectarea regulilor de protecție a muncii etc. O situație specială e cazul bolnavilor care decedază nerespectând prescripțiile medicale sau utilizând alte doze de medicamente

decât cele recomandate. Uneori, intenția de moarte este destul de evidentă prin nerespectarea regimului (consum de alcool, droguri, dulciuri, grăsimi), prin efort exagerat etc. Alteori, din manifestarea pacientului rezultă indirect dorința sa de a muri. Sunt și cazuri în care decizia e fermă : de la un moment dat bolnavul refuză medicația și alimentele.

Implicarea altora în suicid are mai multe aspecte. Există suicid colectiv, când un grup de oameni se hotărăsc, din anumite motive, să moară împreună. Uneori poate fi vorba de un cuplu de îndrăgostiți, decepționați de situația lor comună. Suicidul în grup, altruist, constă în decizia delirantă a unui bolnav mintal de a-i omorâ pe cei apropiați înainte de a se sinucide, pentru ca aceștia să nu trăiască în continuare o viață chinuită.

O formă specială e sinuciderea prin luptă sau prin jertfă pentru o cauză. Din cele mai vechi timpuri a existat formula prin care un luptător se angajează într-o confruntare inegală, care-l conduce evident spre moarte; dar, înainte de aceasta ucide câți dușmani poate (așa e și modelul curselor de amok). Altă variantă e acțiunea de tip kamikaze, în care sinucigașul conduce și detonează un aparat ethnic spre un obiectiv inamic, producând mari pierderi dușmanului.

Implicarea altor persoane în actul de tip suicidar are și valența impresionării celorlalți. Tentativa demonstrativă de suicid se realizează în prezența sau cu anunțarea altora, în urma unui eveniment de viață neolăcut. Sunt folosite mijloace neviolente (de obicei medicamente). Iar întreg comportamentul e hiperexpresiv, cu tendința clară de a-i impresiona pe alții, de a atrage atenția asupra sa, pentru a fi compătimit, uneori pentru a obține o favoare afectivă sau materială. E prezentă tendința la manipulare afectivă a celorlalți.

Acest model se poate combina însă cu comportamente autoagresive în cursul cărora, în condiții reactive, subiectul se autoagresionează, își produce un rău sie-și. Astfel de reacții autoagresive pot alterna și cu reacții explosive

heteroagresive, indicând un fond crescut de agresivitate și instabilitate emotivă și afectivă relațională.

Cele două comportamente menționate mai sus, prin care subiectul își provoacă un rău sieși și/sau se comportă cu intenție suicidară, sunt mai frecvente la persoanele cu tulburări de personalitate (borderline, histrionice). Dar pot apare, în diverse împrejurări și la alte persoane. În măsura în care ele sunt frecvente, deși condiționarea reactivă repetată sugerează o fragilitate a personalității, eventualitatea evoluției spre un suicid realizat trebuie avută în vedere, deoarece comportamentul se poate agrava și scăpa de sub control.

Intersecția dintre comportamentul suicidar psihopatologic se realizează atât în perspective tulburărilor de personalitate cât și a unor sd.pt. și entități clinice psihiatrice correlate cel mai strâns cu depresia. Riscul cel mai crescut e la persoanele cu tulburare bipolară, care fac rapid trecerea de la stări maniacale la stări depresive profunde. E frecventă și în alcoolism și toxicomanii, atât datorită tulburării de personalitate subjacente cât și depresiei ce poate evolua și se poate agrava în spatele dependenței de substanțe. În schizofrenie, mai ales în formele paranoide pot apare sinucideri cu argumente bizare. Tulburările anxioase se combină frecvent cu depresia, conducând la conduite suicidare.

Evaluarea riscului suicidar presupune investigarea semiologiei psihopatologice în perspective întregii vieți și a perioadelor de viață în care subiectul se află, precum și analiza antecedentelor heredocolaterale.

Comportamentul heteroagresiv

Agresivitatea umană în general precum și aspectele sale patologice sunt dificil de circumscris precis. În capitolul semiologiei centrate pe simptome s-a comentat că agresivitatea e dificil de circumscris și la animale, ea evidențiindu-se mai ales în confruntarea intraspecifică pentru un rang ridicat în competiția sexuală și în ierarhia grupului. În biologie însă aceasta se încheie de obicei cu

sumisiunea celui învins și nu cu uciderea sa. Criminalitatea umană e explicată mai ales prin dezvoltarea tehnologiei. Specific omului este și agresivitatea ce se desfășoară prin logos, adică prin utilizarea limbajului; precum și prin importanța psihologic asertivă a stimei de sine.

Un înțeles generic al agresivității se referă la confruntare și asertare, ea fiind astfel importantă și utilă, dacă se menține între anumite forme și limite. Orice realizare importantă precum și creativitatea în genere presupun o doză de ad-gresivitate (etimologic, ad-gresi înseamnă: a te îndrepta spre ceva). Disputa dialectică, argumentarea în contradictoriu, presupun și ele agresivitate. Pe de altă parte există o agresivitate verbală ce se manifestă prin injurie, bletem, invective, calomniere, ironie. Tot pe cale verbală și prin comportamente semnificative se poate realiza umilirea celui alt, înjosirea, punerea sa într-o situație nefavorabilă, de dispreț social. Metaforic se vorbește de “a-ți bate joc” de cineva și “a-l face de râs”. Crearea unui prejudiciu moral este una din fricile subiectului cu convingeri de persecuție paranoide. Prejudiciul poate fi și material și fizic. Poate acestea exprimă o atitudine ostil agresivă a altuia față de subiect.

* Paragraful de față a fost introdus pentru a se evidenția distanța între ceea ce poate oferi psihopatologia descriptivă și amploarea antropologică a unei probleme psihopatologice

Agresivitatea atitudinală este importantă în psihologia umană. Dominarea și manipularea exprimă de obicei agresivitate interpersonală. Aceasta se poate însă și prin “ținerea celui alt la distanță psihologică”, printr-o atitudine oficială, care inhibă deschiderea sufletească agreabilă spre intimitate și sprijin. Agresivitatea se poate manifesta și prin indiferență sau neglijarea celor ce sunt apropiați psihologic și ar necesita susținere din partea subiectului. Indiferența, chiar dacă nu e ostilă, se poate plasa în zona atitudinilor agresive. O altă atitudine ce a fost studiată în psihopatologie, mai ales în relația copil-părinte, e cea pasiv-agresivă. Unul din parteneri e sumisiv, e de accord și nu se

opune deciziilor celui dominator; dar nu le execută, creind astfel situații care nu pot fi rezolvate eficient și rațional.

Agresivitatea psihologică interpersonal socială se cere disociată, pe cât posibil, de conduitele sociale ritualizate care implică agresivitatea, așa cum e războiul sau pedepsele juridice agresive care trebuiesc executate. De asemenea, comportamentul agresiv colectiv al grupurilor umane – de exemplu într-o revoltă populară – se cere diferențiat de agresivitatea individuală, fie ea normală sau anormală.

O problemă aparte o constituie agresivitatea ce conduce la acte medico-legale, culminând cu lezări corporale și crimă. La acest nivel intervine și doctrina victimologică. În cadrul unui cuplu ce se confruntă, unul din parteneri îl poate provoca în mod repetat și insistent pe celălalt, iritându-l și crescându-i potențialul agresiv reactogen, până la un nivel la care se descarcă violent necontrolat.

Un alt aspect psihologic de luat în considerare în potențarea agresivității, este frustrarea, situație în care o persoană este lipsită de un drept sau o satisfacție legitimă. Aceasta îi induce o stare de tensiune agresivă ce poate culmina cu comportamente violente.

Agresivitatea este corelată, deja nivel biologic, cu competiția sexual, și în general cu desfășurarea ciclului sexual. Hormonul masculin, testosteronul, crește potențianul agresiv. Corelația cu satisfacția sexuală este în mod firesc posibilă, dar marginală. Sub denumirea de sadism s-a descris în sec.XIX situația în care satisfacția sexuală este obținută doar prin chinuirea partenerului. Expresia s-a extins în sensul plăcerii obținute prin chinuirea victimei. Relativ recent s-a constituit și o scală criminologică în acest sens.

Agresivitatea patologică, cea corelată cu stări psihopatologice și deci cu psihopatologia descriptivă, are arii delimitate de manifestare. Ca orice fenomen psihopatologic ea exprimă o deficiență, un minus, o situație de

manifestare de-diferențiată, rigidă, decontextualizată. Exemplul cel mai pregnant îl constituie agresivitatea clasică din stările de delirium în care, pe fundalul denivelării vigilității conștiente, a reducerii diferențierii perceptive și a dezorientării, subiectul distruge fizic nediferențiat tot ceea ce întâlnește în jur. Astfel de stări clasice se întâlnesc și la epileptici după crize subintrante. Consumul de substanțe psihoactive și de alcool poate crește agresivitatea, prin dezinhibiție și reducerea vigilității conștiente și a autocontrolului.

O mențiune specială se cere făcută privitor la comportamentul agresiv, distructiv lezional, impulsiv-exploziv. Adică la situațiile în care, în urma unor stimuli minori, subiectul realizează o scurtcircuitare motivațională. Și astfel, capacitatea de autocontrol scade și ajunge la un comportament prin care distruge fizic lucruri din ambianță și lezează persoane. Această condiție se întâlnește la unele personalități dizarmonice, la persoane cu suferințe organice cerebrale și/sau în condițiile consumului de alcool și/sau droguri. Unele tulburări de personalitate au un crescut potențial hetero și autoagresiv.

Agresivitatea psihopatologică se poate manifesta, rar, și printr-o tematică delirantă care argumentează crima.

Comportamentele agresive elaborate se pot întâlni la psihopați, la criminalii în serie, care-și planifică în detaliu crimele sadice, luând măsuri de precauție ca să nu fie descoperiți. Aceste cazuri se plasează însă la limita între psihopatologie și antropologie.