

**MIRCEA LAZARESCU**

**ZECE SINDROAME**

**APRILIE 2021**

## CUVÂNT ÎNAINTE

Psihopatologia descriptivă, prezentarea semnelor, simptomelor, sindroamelor bolilor psihice, s-a constituit în sec. XIX prin studierea amănunțită a cazuisticii azilare; și, se poate considera că până la mijlocul sec. XX ea era încheiată. În prezent această simptomatologie e prezentată în manuale și tratate în cadrul comentării cadrelor nosologice. Marile sindroame psihopatologice constituie de fapt baza diagnosticului psihiatric, aspectul etiopatogenetic plasându-se în plan secund. De aceea, Manualele internaționale de diagnostic pentru statistică, DSM III-5 și ICD 9-11 pot fi considerate ca și constând, în esență, într-o sistematizare pregnantă a sindroamelor și a combinării acestora în clinică. Apoi, simptomatologia psihopatologică stă la baza scalelor de evaluare și a instrumentelor de investigare a manifestării și evoluției tulburărilor psihice, sub terapie. În acest context lucrările dedicate ținutului semiologiei psihiatrice sunt puține.

Psihopatologia descriptivă are însă o bătaie mai largă decât cea de a servi diagnosticul psihiatric. Dacă ea a început să se dezvolte prin studierea cvasi experimentală a unor oameni alienați, aproape transformați în obiecte prin instituționalizarea din sec XIX, la începutul sec XXI psihiatria a devenit comunitară, cazuistica fiind foarte apropiată de condiția existenței cotidiene a celor normali. Iar pe parcursul sec XX psihanaliza și doctrinele fenomenologice existențialiste au dezvoltat constant tema tranziției între normalitate și modalități de a fi patologice ale persoanei. În aceste condiții, în ultimele decenii s-a insistat asupra “continuumului” dintre manifestările psihopatologice și stările normale – și creative – ale persoanei, în perspectiva deschisă de Jaspers la începutul sec. XX prin ideea reacțiilor comprehensive anormale. Tema acestui continuum e și în obiectivul doctrinei vulnerabilitate/stress (ce a înlocuit conceptul endogeniei); precum și psihopatologiei developmentale și a ciclurilor vieții. Ea se conjugă în prezent și cu concepția “spectrelor maladive” care se interesează nu doar de

episoadele clinice ale unui pacient, ci și de condiția sa din afara acestora. Adică de temperament, stări subclinice, hobbyuri, arii de eventuală creativitate; și de prezența tuturor acestora la rudele de gr I. Întreagă această nouă orientare a psihopatologiei a ajuns să se conjuge apoi cu perspectiva evoluționistă.

Încă din sec XIX s-a lansat ideea că boala psihică ar putea fi considerată, la fel ca altele, și ca un “experiment natural” care evidențiază reacția excentrică a unor structuri funcționale mai vechi filogenetic, care sunt doar implicate, mai mult sau mai puțin vizibil, în manifestările psihice normale, adaptative, unde sunt acoperite de structuri mai noi filogenetic și de sinteză. Esențial a fost considerat faptul că, starea psihopatologică derivă din structuri funcționale utile și adaptative în normalitate, ce rezultă din evoluția complexificatoare filogenetică a antropogenezei; și, desigur, din maturarea ontogenetică a psihismului persoanei. Modalități de manifestare pe care stările psihopatologice deficitare le dezimplică din condiția lor firească, lăsându-le să se manifeste rigid, intens, nediferențiat, dezadaptativ. Anxietatea, depresia, euforia maniacială ș.a. pot fi analizate metodic din această perspectivă. Oricum, se ridică problema ca tablourile psihopatologice așa cum le constată psihiatrții în practica lor, ar putea fi și documente antropologice. Care să provoace cercetări spre creionarea tot mai adecvată a organizării psihismului specific persoanei umane.

Lucrarea de față e animată de această intenție a unei încercări de prezentare a marilor sindroame ale psihopatologiei într-o modalitate care să fie stimulativă pentru înțelegerea specificului psihismului persoanei umane, așa cum s-a structurat acesta de-a-lungul antropogenezei, istoriei culturale; și, desigur, prin șansele ontogenetice ale fiecăruia dintre noi.

În lucrare se vor prezenta aspecte descriptive ale psihopatologiei clinice, în marginea a zece clase sindromatice de bază. Dar se va ține seama și de doctrinele psihologico psihopatologice cognitivistă, fenomenologică, personologică, developmentală și a abordării vulnerabilitate/stress. O atenție specială e acordată

evoluționismului, care abordează psihismul uman din perspectiva metamorfozelor sale pe parcursul antropogenezei și istoriei culturale. De aceea vom face frecvente trimiteri la istoria psihologiei și a psihopatologiei, ca și la istoria culturală în general. Nu știm exact cum se va contura psihismul persoanei în epoca post modernă, de ex. peste un secol. Dar psihopatologia actuală ne relevă infrastructura unui psihism a cărui istorie o putem în mare, reconstitui. Un scurt comentariu privitor la psihismul persoanei așa cum s-a constituit el în perspectiva evoluționist culturală și cum e relevat de deficitul disfuncțional psihopatologic al psihiatriei actuale, e prezentat în Anexa finală.

În cuprinsul textului sunt integrate și sinteze ale autorului din lucrări publicate anterior.

În lucrare se vor prezenta aspecte descriptive ale psihopatologiei clinice; dar se va ține seama și de doctrinele psihopatologice cognitive, fenomenologice, developmentale, evoluționiste. O atenție deosebită se acordă psihismului omului recent, așa cum rezulta el din antropogeneză și din istoria culturală în general. În cuprinsul lucrării sunt incluse și sinteze ale autorului din redactări publicate anterior. Lucrarea se adresează atât psihopatologilor cât și psihologilor și mai ales antropologilor, inclusiv în perspectiva culturală și filosofică.

## CUPRINS

**INTRODUCERE..... 2**

### PARTEA I

**TATONĂRI ÎN JURUL ORBITEI PSIHOTIFORME.....**

#### **CAPITOLUL 1 – TULBURĂRILE INTERNALIZATE ANXIOS FOBICE.....**

1.1.Tb. internalizate anxios fobice și stările dispoziționale ale omului; 1.2. Tulburările anxios fobice în DSM-5; 1.3. Anxietatea și frica la animale și om; 1.4. Prezentarea semiologică detaliată a anxietății generalizate și a atacului de panică alături de a altor tulburări anxios fobice; 1.5. Condiționarea anxietății fobice în normalitate și psihopatologie. Personalitățile anxioase.

**Anexa la Capitolul 1 - Stările psihopatologice și prezentul trăit...**

#### **CAPITOLUL 2 TULBURĂRILE EXTERNALIZATE IMPULSIV CONFLICTUALE ; PSIHOPATIA.....**

2.1. Cadrul general al tulburării externalizate; 2.2. A.D.H.D. 2.3. Tulburările controlului impulsurilor, de conduită și TP antisocială; 2.4. Problema psihopatiei. Psihopatia în perspectiva lui Cleckley și în perspectivă recentă; 2.5. Structura relațiilor interpersonale și tulburările dispoziționale corelate acestora.

**Anexă la Capitolul 2 - Tulburările de personalitate ale adultului și stările dispoziționale.....**

### **CAPITOLUL 3 - TULBURĂRI CORELATE STRESULUI ȘI TULBURĂRILE DISOCIATIVE; TRADIȚIA HISTERIEI.....**

3.1.Tb.corelate traumei și stresurilor; 3.2.Tulburările disociative;3.3. Povestea histeriei; 3.4. Psihoza histerică și psihoza disociativă 3.5. Specificul histeriei în perspectiva psihopatologiei evoluționist culturale

**Anexa la Capitolul 3 - Personalitatea histrionică, subiectul ca erou de narațiune și delirul disociativ.....**

### **CAPITOLUL 4 – PATOLOGIA OBSESIV COMPULSIVĂ ȘI SPECTRUL EI**

4.1. Scurt istoric și caracterizare generală a patologiei obsesionale; 4.2. Tulburări neurodevelopmentale ale motricității și Tb.ticurilor; 4.3.Simptomatologia tulburărilor obsesiv compulsive. Circumscriere din DSM-5 și descrierea semiologiei TOC; 4.4. Descrierea simptomatologiei din Tb obsesiv compulsivă; 4.5. Diagnosticul diferențial dintre TOC și trăiri sau tulburări de tip obsesiv; 4.6. Tulburări din spectrul TOC; 4.6.Tulburarea de personalitate obsesiv compulsivă (TPOC); 4.7.

**Anexă la Capitolul 4 - Tulburări formale în TOC. Funcția coerenței centrale.....**

### **CAPITOLUL 5 - STAREA MANIACALĂ ȘI DEPRESIA PSIHOPATOLOGICĂ.....212**

5.1. Mania, depresia și t bipolară; scurt istoric și abordarea din DSM-5; 5.2. Sindromul maniacal și cel depresiv și cazuri robot; 5.3. Derivarea sd.maniacal și depresiv din trăiri normale adaptative; 5.4. Stări mixte, varietatatea dispozițiilor și temperamentele afective; 5.5. Mania și depresia delirantă

**Anexa la Capitolul 5 - Periodicitatea ciclică a tulburărilor dispoziționale și biopsihoritmurile antropocosmice.....**

## PARTEA II

### DELIRUL SI ORBITA PSIHOTIFORMA

#### CAPITOLUL 6 - DELIRUL

6.1. Introducere; 6.2. Delirul într-o definiție avant la lettre; 6.3. Convingerea într-o idee falsă a delirantului se referă, în esența ei, la o nouă identitate de personaj, cuprinsă într-un scenariu fictive; 6.4. Delirurile monotematice, la limita dintre două lumi; 6.5. Paranoidia, supravegherea și manipularea; 6.6. Delirurile fantastice și cele mitico religioase; delirul și lumile ficționale multiple; 6/7/ Tulburările funcțiilor neurocognitive în delir

**Anexa la Capitolul 6 - Delirul și dimensiunea narativă a identității persoanei.....**

#### CAPITOLUL 7 – HALUCINATIILE SI ALTE TULBURARI ALE PERCEPTIEI FORMALE SI DE SEMNIFICATIE.....

7.1. Tur de orizont asupra problematicii percepției și psihopatologiei ei; 7.2. Percepția în lumea animală și la om; 7.3. Halucinațiile vizuale și auditive; 7.4. Spațiul intern al subiectivității, autopercepția și halucinațiile psihice; 7.5. “Centralitatea” psihopatologică; trăirile referențiale, dispoziția și percepția delirantă

**Anexa la Capitolul 7 – Aspecte formale și fenomenologice ale percepției în cadrul prezentului trăit.....**

#### CAPITOLUL 8 - DEPERSONALIZAREA ȘI TRANSPERSONALIZAREA PSIHOTICĂ.....

8.1. Tulburarea de depersonalizare/derealizare disociativă standard; 8.2. Sd.dep/der st. în afara psihopatologiei psihotice; fragilitatea autonomiei agenției și

identității în această arie; 8.3. Sd. dep/der pătrunzând în orbita psihotiformă;  
8.4. Transpersonalizarea psihotică din delirul primar

**Anexa la Capitolul 8 - Specificitatea antropologică a sd.dep/der....**

**CAPITOLUL 9 - DEZORGANIZAREA PSIHICĂ.....**

9.1. Schiță istorică; 9.2. Dezorganizarea comunicării în plan ideo verbal;  
9.3. Consecința dezorganizării ideo-verbale asupra autoreprezentării identitare delirante

**Anexa la Capitolul 9 - Dezorganizarea schizofrenă și perturbarea funcțiilor de ordine.....**

**CAPITOLUL 10 - PSIHOPATOLOGIA DEFICITARĂ**

**ASTENIE, ABULIE, ANHEDONIE, AUTISM ȘI DEPERSONALIZAREA ANONIMIZANTĂ.....**

10.1. Simptomele deficitare, psihozele și nevrozele (bolile de nervi); 10.2. Astenia;  
10.3. Abulia (avoliția); 10.4. Anhedonia, apatia (nerezonarea indiferentă); 10.5. Autismul și deficitul relaționării interpersonale; 10.6. Depersonalizarea anonimizantă

**Anexa la Capitolul 10 - Indiferența în normalitate și psihopatologie...**

**ANEXA – PSIHISM UMAN SI PSIHISM ANIMAL IN PERSPECTIVA EVOLUTIONIST CULTURALA**



## CAPITOL INTRODUCŢIV

### SINDROMUL PSIHOPATOLOGIC ÎNTRE MEDICINA PSIHIATRICĂ ŞI PSIHOLOGIA ANTROPOLOGICĂ

#### a) Nebunia e intrinsecă condiţiei umane

Nebunia i-a intrigat pe oameni şi le-a ridicat probleme majore nu doar în perspectivă medicală, ci şi atunci când ei se înălţau pe culmile meditaţiei privitoare la fundamentele a ceea ce există. Astfel, la puţin timp după Renaştere, Rene Descartes, încercând să reia firul speculaţiei filosofice greceşti care-şi încheiase ciclul prin sistemele dogmatice şi prin sfidarea îndoielii sceptice iniţiate de Phyrron, scria:

.....Dar, poate, deşi câteodată simţurile ne înşală cu privire la unele lucruri neînsemnate şi mai îndepărtate, sunt multe altele despre care nu ne putem defel îndoii, chiar dacă sunt scoase tot din simţuri: cum e faptul că mă aflu aici, că stau lângă foc, că sunt îmbrăcat cu o haină de iarnă, că am în mâini manuscrisul acesta – şi altele asemănătoare. Şi în ce fel oare s-ar putea tăgădui că mâinile aceste şi întreg corpul de faţă sunt ale mele. Doar dacă, poate, nu m-aş asemui cu nu ştiu care nebuni, ale căror creiere sunt atât de tulburate de aburul apăsător al fierii cele negre, încât ei afirmă necontenit fie că sunt regi, când de fapt sunt cât se poate de săraci, fie că sunt înveşmântaţi în purpură când de fapt sunt goi, fie că au corpul de argilă, că toată fiinţa lor e un dovleac, ori că sunt alcătuiţi din sticlă; dar aceştia sunt smintiţi, iar eu însumi n-aş părea mai puţin nebun dacă aş lua vreo pildă de la ei”.

Continuându-şi demersul argumentativ, Descartes ajunge la concluzia finală: singurul lucru de care nu se poate îndoii omul care meditează speculativ asupra temeiurilor, este însăşi faptul că se îndoieşte; deci cugetă: “Dubito ergo cogito. Cogito ergo sum”. Şi astfel, nebunia, ca ipostază a existenţei omeneşti, se dovedeşte a nu putea fi evitată în cel mai profund raţionament de întemeiere

filosofică a unui argument ontologic. Iar când ne apropiem de împlinirea modernității, îl întâlnim pe Hegel scriind în **Prelegere de istoria filosofiei**: “Crima și demența sunt extreme pe care spiritul omenesc în general le are de învins în cursul dezvoltării sale....sunt o treaptă esențială în dezvoltarea sufletului....!!”

Gândirea occidentală și-a dat seama, pe întreg parcursul ei esențial, că “nebunia” e intrinsecă condiției umane. Astfel încât, în sec.XIX s-a impus chiar ideea că, în mod similar cu alte stări patologice, ea poate fi considerată un “experiment natural” care dezvăluie infrastructura psihismului uman. Această perspectivă a avut și o perioadă de parțială eclipsă atunci când “cei lipsiți de rațiune” au fost claustrați în câmpuri de concentrare pentru că perturbau ordinea publică. Foucault, cel care a făcut prin excelență inventarul acestei perioade, nu analizează însă până la capăt faptul că “obiectivarea” stărilor psihopatologice prin claustrarea în azile e și cea care a făcut posibilă semiologia psihiatrică pe care o avem azi. Cât privește alienarea psihosocială pe care sistemul azilar din sec.XIX a instituit-o, ea a fost supusă spre sfârșitul sec.XX la o sistematică deconstrucție, prin des-instituționalizarea celor cu tulburări psihice și prin largi și prin lărgirea programelor antistigma. Astfel încât în prezent putem privi spre maniaci și melancolici ca spre frații noștri...Așa cum priveau și anticii când comentau temperamentul melancolic. Precum și cei din Renaștere, când Marsilio Ficino făcea elogiul saturnienilor melancolici geniali iar Erasmus pe cel al hipomaniacalilor bufoni.

Această perspectivă a fluenței între structura constitutivă a psihismului uman conștient și cadrele nosologice ale psihiatriei, e susținută în prezent și de doctrina spectrelor maladive, care se afirmă în clinica psihiatrică a ultimilor ani. De aceea considerăm important ca psihopatologia să se concentreze nu doar pe descrierea și comentarea principalelor sindroame psihopatologice, ci și să le degaje ca și variante aberante ale psihismului normal și adaptativ.

Marile sindroame psihopatologice nu sunt infinite. Alături de melancolia și mania antichității – care trimiteau spre tristețea și veselia normală, stări afective ce erau cultivate de tragedia și comedia antică – cele câteva grupe sindromatice majore pe care se bazează clinica psihiatrică actuală (Chenar 8) trimit de asemenea, cu evidență, spre trăiri și comportamente normale, firești, adaptative. Așa sunt de ex. tulburările anxios fobice, care au în vedere frici exagerate și insuficient de motivate situațional; sau dispoziții în care subiectul e alertat nejustificat privitor la pericole iminente. Apoi, comportamentele excesiv de conflictuale, manipulative și exploatare, care pot ajunge să fie etichetate ca expresie a unei tulburări de personalitate antisocială, psihopatia. La fel pot fi privite lucrurile în cazul unor convingeri puternice, lipsite de argumente convingătoare, de gelozie sau persecuție, ce pot conduce la diagnosticul de tulburare delirantă paranoidă. Mai pot fi menționate oboseala și nehotărârea accentuată, preocuparea involuntară excesivă cu gânduri ce se repetă obsesiv, după modelul muștrărilor de conștiință și a amintirilor neplăcute. Sau, dezinhibiția expansiv euforică însoțită de o sociabilitate gregară, în afara sărbătorilor carnavalești. Desigur, varianta psihopatologică a acestor trăiri comportamentele au un profil aparte; iar respectivul „sindrom” e resimțit deseori neplăcut, subminând performanțele subiectului în colectivitate, decontextualizându-l. Astfel încât el ajunge să fie diagnosticat medico psihiatric ca având tulburări depresive, anxios fobice, de personalitate dizarmonică (psihopată), delir paranoid, tulburarea obsesiv compulsivă sau starea maniacală.

În lucrarea de față vom încerca să parcurgem zece astfel de clase de clase sindromatice ale unor tulburări psihice, pornind de la criteriile de diagnostic din actualele sisteme internaționale DSM-5 și ICD-10; urmărind astfel în paralel echivalentul lor în normalitate prin trăiri comportamentale normale, adaptative și uneori chiar creatoare. Pentru început vom schița problematica ce o vom dezbate pornind de la cazul depresiei.

**b) Integrându-se în sec. XIX în medicina clinică, psihiatria a avut inițial dificultăți în interpretarea semiologiei sale, neputându-se referi la disfuncția unui organ anume.**

Dacă trecem pe lângă un om și îl vedem stând, adus de spate, nemișcat, cu capul în pământ, ne mirăm și poate îl întrebăm dacă nu are nevoie de ceva. Iar dacă nu ne răspunde și alții ne spun că nu vorbește cu nimeni, că stă așa de multe ore, neinteresat de nimic, poate ne îngrijorăm, mai ales văzându-i fruntea încrețită sub forma literei grecești omega. Și ne întrebăm, dacă nu suferă cumva de o depresie majoră, catatoniformă, ce ar trebui diagnosticată și tratată de către medicii psihiatri. Căci tulburarea depresivă e una din importante, frecventele și uneori gravele stări psihopatologice de care se ocupă psihiatria.

Când psihiatria și-a făcut loc în sec.XIX printre clinicile medicale (alături de chirurgie), ea urma să adopte întregul ritual și toată metodologia acestora, inclusiv arta diagnosticării bolilor în raport cu un sistem nosologic nosografic acceptat, pe baza simptomelor; simptome care puteau fi reunite în sindroame. Medicina ce se constituia în acel secol se afla în avangarda științelor pragmatice, bazate pe cunoștințe empirice, așa cum preconizase Fr.Bacon. Doctrina umoralistă a antichității greco-romane care fusese reactivată în Renaștere s-a transpus progresiv în concepții ce făceau trimitere la anatomia și fiziologia organismului uman, la o fizică a solidelor, la chimie și în cele din urmă și la electricitate. Descoperirea microorganismelor și a rolului lor în infecții, studierea funcționării fizico-mecanice dar și chimice a organelor corpului omenesc, a condus la doctrina substratului lezional disfuncțional bio-corporal al bolilor umane, a marilor sale sindroame. Viziune care i se atribuie prin tradiție lui Virchow. Semiologia medicală se constituie în acest veac tot mai mult prin referința la anatomia și funcționalitatea organelor corpului omenesc. Și așa a rămas medicina până în prezent, diferențiată prin specialiști în tratarea ochilor, urechilor, gâtului, dinților, plămânilor, inimii, rinichilor ș.a.m.d.

Doar psihiatria nu se putea însoți complet cu această mișcare, cu toate eforturile sale de a se referi la disfuncțiile creierului. Descoperirea determinării unei părți din simptomatologia psihică a bolii denumite Paralizie Generală Progresivă ca datorată unei meningoencefalite sifilitice, precum și deducțiile pe care le avansau neurologii privitor la patologia unor zone din creier în corelație cu tulburările de vorbire, de sensibilitate, mers, orientare etc., se plasa doar în pragul problemelor psihiatriei clinice. Căci patologia organului corporal denumit creier era monopolizată de neurologie. Fapt cu care psihiatrii, precum Charcot erau de acord.

Semiologia psihiatrică s-a constituit totuși rapid în această epocă, făcând apel la psihologia vremii. Aceasta, după ce timp de peste două milenii a servit filosofia – gnoseologia și etica –, se mută acum în direcția unei științe empirice, susținută de doctrina facultăților psihice (de sorginte scoțiană) și de asociaționism. Principalele facultăți psihice erau considerate ca fiind cea cognitivă, cea volitivă și, mai nou, cea afectivă. Fiecare facultate avea subdiviziuni, astfel încât se putea discuta despre gândire, memorie, fantezie, decizie liberă, impulsuri, emoții, afect etc.(Chenar 1). Abordarea psihismului din perspectiva facultăților și funcțiilor psihice s-a păstrat și chiar s-a dezvoltat odată cu constituirea laboratoarelor experimentale de psihologie; și cu apariția în sec.XX a unor doctrine, precum comportamentalismul, configuraționismul, cognitivismul. Desigur, cu timpul s-au introdus termeni și concepte noi, atât în psihologie cât și în psihopatologie. Dar, psihologia funcțiilor a secondat în permanență toate orientările doctrinare psihologice care s-au văzut obligate să comenteze atenția, percepția, motivația, caracteriologia sau relațiile interpersonale; menținându-se până în zilele noastre. Această abordare nu putea da însă socoteală de sindromatologia psihopatologică, deoarece “tabloul clinic” se distribuie între diverse sectoare ale funcțiilor psihice.

Chenar 1

### **Psihologia celor trei funcții și semiologia psihiatrică**

- Funcțiile cognitive reunesc - percepția; memoria; reprezentare și imaginare, judecare (gândire) în sens de inferență logică prin care se rezolvă probleme teoretice și practice; - cursul ideativ, considerat ca o ofertă sau pulsione spontană de informații mnestice. Tot de funcțiile cognitive ar tine atenția și orientarea, mai ales cea temporo spațială, în raport cu sine și cu alții; perceperea timpului s-a degajat ca o problemă specială; și la fel, perceperea propriului corp și perceperea altora. În strânsă corelație cu funcțiile cognitive este comentat limbajul verbal, inclusiv "limbajul interior". Comunicarea (interumană) ar constitui un domeniu aparte.

- Funcțiile volitive reunesc: - motivația; - deliberarea și decizia; proiectarea și realizarea unui obiectiv prin comportament; evaluarea acțiunii în cursul desfășurării sale și în perspectiva consecințelor. Comunicarea poate fi comentată și în perspectivă volitiv comportamentală'

- Funcția afectivității e uneori corelată cu cea pulsională coparticipând la motivație. Ca aspect particulare se înregistrează: - emotivitatea circumstanțială și controlul ei; pulsunile instinctive afective și controlul lor; - dispozițiile afective; - atașamentul și trăirile afective relaționale (iubire, ură, suspiciune); - afectele valoric spirituale.

În sistemul funcțiilor psihice tradiționale nu-și găsește un loc clar problema sinelui (eului).

Observarea îndelungată de către specialiști a pacienților internați în azilele de neuropsihiatrie, a condus în sec.XIX la identificarea unor pattern-uri de trăiri și manifestări anormale relativ constante care au fost denumite "unități de analiză" (Berrios). Așa erau halucinațiile, delirurile, depresia, fobiile, deteriorarea cognitivă, stuporul. Acestea apăreau la anumiți pacienți ca un fel de echivalent al sindroamelor din medicina generală, putându-se manifesta în perspectivă longitudinală, în mai multe boli. Principalele observații clinice semiologice au fost făcute în Franța, Anglia și Germania, terminologia fiind inițial exprimată de limbile respective. Treptat s-au decantat termeni acceptați internațional. De fapt, o serie de boli aveau deja etichete din antichitate, precum melancolia, mania, histeria. Alte tulburări au fost comentate în Europa încă din perioada postrenascentină, deseori fiind indicate prin expresii latine sau grecești. În sec.XIX

se reactivează și se impun în medicina psihiatrică expresii precum: delirul, paranoia, halucinațiile, demența, fobia, obsesia, etc. Expresia de “nevroză”, care a fost introdusă în sec.XVII, își schimbă înțelesul ei inițial, care se referea la tulburări consecutive suferinței neuronilor. Iar ca termen nou apare cel de “psihoză”. Sec.XIX a produs, prin atenta observare, descriere și spiritul său de sistematizare, aproape întreaga simptomatologie a psihiatriei.

Dar, se cere revenit la problema centrală pe care o avea medicina psihiatrică din acea vreme, aceea că nu se putea referi la un organ – la fel ca inima, plămâni, ficatul - a cărui deficit disfuncțional să exprime direct și explicit, profunda tristețe a depresiei, euforia dezinhibată a maniei, sau convingerea aberantă a delirului paranoiac. Pentru a aborda această chestiune e necesară o scurtă paranteză.

Psihologia științifică ce s-a dezvoltat în această vreme sub forma unor cercetări experimentale controlate în laborator, se concentra în continuare pe studierea funcțiilor tradiționale: sensibilitate, atenție, memorie, ulterior percepție etc., ceea ce nu prea era de ajutor pentru a înțelege de ce și cum un om a ajuns să fie convins că s-a transformat în Napoleon. Nici comportamentalismul, ca doctrină care încerca să gireze la începutul sec.XX științificitatea psihologiei - și nici chiar psihanaliza, care propune un model hermeneutic de analiză al omului dimensionat prin moralitate - nu răspundea unor astfel de exigențe. Variatele orientări și doctrine psihologice ale sec.XX, de la etologie la psihologia relațiilor interpersonale, au susținut câmpuri coerente de cercetare. Dar nu au putut oferi o imagine globală și coerentă a psihismului uman normal, care să fie folosită de psihopatologie ca un referențial pentru tulburările pe care aceasta le constata. De abia spre sfârșitul sec.XX au început să se agreghe sinteze transdoctrinare în domeniu, așa cum a încercat psihologia și psihopatologia developmentală și a ciclurilor vieții; sau cum pretinde cea evoluționistă (culturală).

Pe de altă parte psihopatologii au simțit constant, la fel ca toți oamenii, că în cazul manifestărilor patologiei mentale, întâlnim în mare măsură echivalentul

deficitar, disfuncțional a unor trăiri normale a psihismului uman; ceea ce presupune ca o structură funcțională firească și adaptativă se perturbă. De aceea încă din sec.XIX s-a încercat studierea manifestărilor care sugerau o apropiere de acestea. Așa a fost trimiterea la somnul cu vise, pe care a propus-o spre mijlocul veacului Moreau de Tours și alți psihiatri. De fapt în unele stări infecțioase febrile și în sevrajul alcoolic, realmente pacienții manifestau trăiri de tip oniroid. În aceeași direcție au fost studiate și trăirile depersonalizante particulare ce apar după consumul unor substanțe psihoactive, precum hașișul. Acest model al “disoluției câmpului de conștiință vigیل” a continuat să fie cercetat până spre mijlocul sec.XX. Dar el acoperă doar o anumită zonă a psihopatologiei.

O altă idee lansată în sec.XIX se corela evoluționismului. Neurologul britanic Jackson a sugerat acceptarea faptului că, prin evoluție, creierul uman (și psihismul) a câștigat treptat noi funcții, superioare și integratoare, care sunt însă mai sensibile la noxe. Acestea coordonează funcționarea structurilor cerebrale mai vechi filogenetic, care sunt mai simple și stereotipe; dar mai rezistente. Simptomatologia (psiho) neurologică s-ar realiza prin faptul că, în urma noxelor, unele funcții superioare nu se mai manifestă; ceea ce exprimă aspectul deficitar al bolii. Iar pe de altă parte, se exprima pregnant funcții mai simple, vechi, primitive, care erau acoperite sau integrate (implicate) în funcțiile superioare; și care acum se afirma direct, nestingherit, nefiltrat, persistent, deranjant. Iar în final, simptomatologia s-ar contura și prin efortul persoanei de a-și corecta deficitul. Concepția lui Jackson, care explica destul de bine unele situații din neurologie, a fost adoptată apoi și de mulți psihiatri de la începutul sec.XX (Janet, Bleuler, de Clerambaud) fiind reactivată spre mijlocul veacului XX de către H.Ey. Psihiatrul francez Ey, susținea că trăirile psihopatologice sunt un aspect al minusului, al deficitului, care „eliberează” o simptomatologie pozitivă ce era latentă. El a reluat și perspectiva „disoluției câmpului de conștiință” al actualității trăite vigیل; pe care a dublat-o însă cu cea a unei dimensiuni diacrone, biografico-caracteriale a



persoanei morale (Chenar 2). Ceea ce e interesant în concepția lui Ey este că, interpretând psihismul uman printr-un filtru predominant fenomenologico psihanalitic, el face totuși trimitere la “un organism psihologic conștient”, care ar dubla organismul biologic. Instrumentarul psihologic al acelei vremi nu permitea însă un astfel de salt, care să introducă o analogie între structura funcțională psihocorporală a individului biologic și cea a psihismului specific uman. Ideea ar putea fi reluată însă în discuție acum, odată cu actuala psihopatologie evoluționistă (culturală), ce integrează și perspectiva cognitivist fenomenologică și pe cea a ciclurilor vieții.

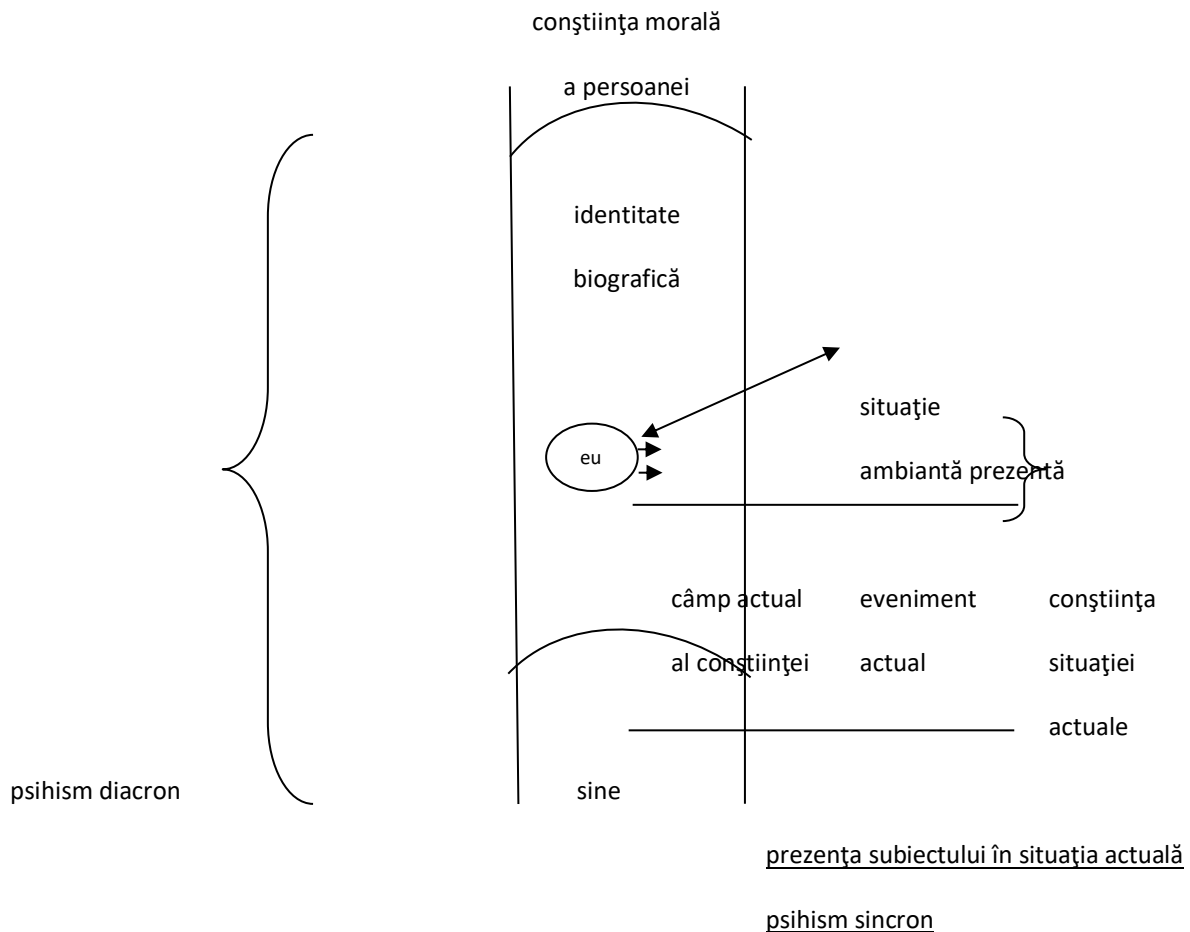
Prima jumătate a sec.XX a găsit lumea occidentală cu o medicină psihiatrică ce avea o semiologie aproape complet constituită, bolile fiind integrate în sistematica nosologică a lui Kraepelin, constituită pe bază de cazuistică azilară. Dar, așa cum era formulată și privită pe atunci, această simptomatologie era dificil să fie derivată direct din disfuncția organului creier, similar cu tulburările neurologice. Iar corelarea cu fenomenologia trăirilor comportamentale normale era blocată de însăși atitudinea alienării azilare. Dar la începutul sec. XX atmosfera științifică din jurul psihismului uman a început să se schimbe.

### **c) Jaspers și reacția psihopatologică depresivă (de doliu).**

În 1913 apare prima carte de **Psihopatologie generală** scrisă de tânărul psihiatru K.Jaspers din Heidelberg, autor care va deveni ulterior un cunoscut filosof existențialist. Impozanta sa lucrare dedică o parte substanțială simptomatologiei. Jaspers concepea psihismul uman în perspectiva lui Kant, ca fiind al unei persoane morale, deschisă spre transcendență și centrată de un eu conștient, reflexiv, orientat spre relații interpersonale duale, în mijlocul socioculturii. În Psihopatologia sa el acordă un important rol metodologiei de obținere și sistematizare a informațiilor privitoare la starea și condiția unei persoane bolnavă psihic; pe care le grupează în: trăiri subiective (fenomenologie),

## Chenar 2

**Concepția lui Ey privitoare la “organismul psihic” ce se suprapune peste cel biologic; abordare din perspectiva conjuncției între “conștiința actualității” și “conștiința morală”**



manifestări psihice măsurabile (atenție, memorie, inteligența operativă etc.), expresivitate emotivă comunicantă, date biografice și comportamentale obținute din variate surse. Ideea de bază era ca, prin astfel de informații, psihopatologul să poată construi tabloul unui “caz tipic exemplar” al unei boli anume. Ideea cazului exemplar se impunea pe atunci în cadrul paradigmei unei metodologii specifice științelor umane, pe care o deschisese Dilthey; iar „cazul ideal” era propus în sociologie de M.Weber. Jaspers sugera că profilul unui caz tipic ideal luminează și

orientează medicii și psihopatologii în activitatea lor practică și de cercetare. Pornind de la ideile lui Dilthey, a comprehensiunii interpersonale empatică, Jaspers introduce printre posibilele entități psihopatologice și „reacțiile comprehensive anormale”. Noi putem înțelege – scria el - că un alt om devine trist atunci când îi moare o persoană apropiată, deoarece fiecare dintre noi am fi reacționat în același fel. În unele cazuri însă tristețea (depresia) ce apare, e exagerată ca intensitate și durată, manifestându-se particular; de aceea o putem eticheta ca anormală, psihopatologică. Și la fel gelozia; sau revolta după o frustrare. Se deschide astfel poarta pentru stabilirea unei legături între sindromul psihopatologic și trăirea umană firească.

Reacția comprehensibilă anormală face parte dintr-o suită de modalități dinamice ale psihopatologiei clinice pe care Jaspers le-a descris și care mai cuprinde: - dezvoltarea anormală; - procesul psihopatologic (diferit de cel organic); - fază (sau episod) al unei patologii ciclice; - defectul developmental și defectul postprocesual.

În continuarea viziunii lui Jaspers privitoare la anormalitatea psihopatologică, la Clinica din Heidelberg K. Schneider va comenta ulterior zece tipuri de “personalități psihopate” în termenii limbajului cotidian, nepsihiatric, considerând că acești oameni suferă și îi fac pe alții să sufere din cauza structurii lor caracteriale, fără a fi propriu zis niște bolnavi psihici. Astfel de exemplu, așa numitul psihopat isteric, era etichetat de către Schneider ca un om care vrea să se valorizeze mai mult decât merită, atrăgând atenția asupra sa.

În aceeași atmosferă intelectuală de început a sec.XX, psihanaliza lui Freud a dezvoltat și ea o viziune a stărilor psihopatologice care ar deriva din intervenția unor mecanisme intrapsihice (subconștiente) care, în principiu, sunt aceleași în normalitate și în psihopatologie. Astfel, pentru depresie, referința lui Freud era la starea de doliu. Iar psihanaliza avansa și o explicație pentru durata prelungită a depresiei de doliu, în care propriul psihism al subiectului ar urma să

„metabolizeze” anumite relaționări inconștiente cu persoane de atașament dispărute.

**d) Depresia psihopatologică și standardizarea diagnosticării sale; problema semnificației stărilor depresive.**

Revenind la depresia reactivă anormală la care făcea referire Jaspers, se cere avut în vedere că depresia nu este o tulburare psihică oarecare. Ea figurează printre cele mai vechi suferințe psihice, recunoscută încă de medicina greco-romană sub denumirea de melancolie, alături de manie și histerie. Melancolia hipocratică, transpusă în sec.XIX în expresia de depresie și epurată de mixajul său tradițional cu anxietatea și delirul, devine pe parcursul sec.XX, în combinație cu mania, boala maniaco-depresivă. Care, era una din cele două “psihoze endogene” ce vor sta în centrul nosologiei psihiatrice sistematizată de către Kraepelin, alături de schizofrenie.

Depresia este desigur ușor de diagnosticat, prin faptul că omul devine trist, retras, necomunicativ, neinteresat de viața curentă. Nimic nu pare a-i mai face plăcere; el se gândește la trecut și vinovăție, se autodepreciază și se preocupă de moarte. Dincolo de acest cadru general cu care suntem familiarizați odată cu tristețea normală, în psihopatologie avem însă nenumărate variante de intensitate, moduri de manifestare și mixaj cu alte stări psihopatologice. De aceea, diagnosticul psihiatric de stare depresivă se cere oareșcum standardizat, pentru ca înțelegerea dintre medicii terapeuți și dintre cercetători să funcționeze. Către sfârșitul sec.XX când psihiatria își consolidase poziția în cadrul medicinei și începuse să aibă succese terapeutice tot mai mari în urma introducerii medicației psihotrope, s-a pus problema standardizării diagnosticelor psihiatrice, pentru a se putea compara rezultatele intervențiilor terapeutice între diverse centre specializate. În Germania și Elveția se elaborează și se utilizează acum sistemul de diagnostic pe calculator

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in Psychiatrie= (AMDP,1965), care constă în mai multe fișe pe care evaluatorul bifează o poziție din opțiunile posibile (ex.”da” sau “nu”), rezultatul fiind obținut în urma prelucrării pe calculator. Fișa pentru diagnosticul stării psihopatologice actuale conține 100 de poziții; iar pentru identificarea depresiei se indicau 7 itemi.

Standardizarea diagnosticului psihiatric a fost însă radical impusă odată cu apariția în SUA a Sistemului de diagnostic DSM-III (1980). Se propunea o listă cu un număr finit de entități diagnostice repartizate în capitole. Categoriile erau considerate discrete, fără a trece una în alta; deși puteau fi comorbide. Fiecare se definea prin prezența obligatorie a unor itemi dintr-o listă de includere și excludere, centrată predominant pe simptomatologie și durată (uneori și vârstă), cu obligativitatea ca intensitatea să fie suficientă pentru a crea suferință și perturbarea funcționării în roluri sociale (să existe deci o “intensitate clinică”). În manualul DSM-5 (2013) pentru diagnosticul de Depresie majoră se cere prezența a 5 (sau mai mulți) din cei 9 itemi simptomatici indicați, obligator fiind ca unul din aceștia să fie din primii doi: 1) Dispoziție depresivă prezentă aproape tot timpul; 2) Scăderea interesului pentru aproape toate activitățile. Ceilalți itemi se referă la : scăderea în greutate, tulburări de somn, inhibiție psihomotorie (sau agitație), anergie, sentimentul lipsei de valoare sau vinovăție, scăderea capacității de a se gândi, concentra, decide, gânduri recurente de moarte. Această simptomatologie trebuie să exprime o evidentă modificare a felului de a fi anterior și să dureze 2 săptămâni.

Modelul circumscrierii unui sindrom clinic prin liste de simptome este necesar și eficient în urmărirea evolutivă a cazului sub tratament. Și chiar pentru definirea cazului. Căci dacă – din perspectiva DSM-5 – nu identificăm minimum 5 simptome (itemi) din lista propusă, cazul de depresie nu există ca și caz. Modelul

Chenar 3		
Scale pentru depresie care cuprind un număr variat de itemi		
Scala Hamilton	Scala Beck	Scala Zung
1. Dispoziția tristă	1. Tristețe subiectivă	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristețe subiectivă</li> <li>• Bioritm diurn</li> <li>• Plâns nemotivat</li> <li>• Tulburare de somn</li> <li>• Tulburare de apetit</li> <li>• Sociabilitate redusă</li> <li>• Slăbire în greutate</li> <li>• Constipație</li> <li>• Tahicardie</li> <li>• Astenie (subiectivă)</li> <li>• Bună dispoziție</li> <li>• Abilitate în acțiune</li> <li>• Neliniște / agitația</li> <li>• Neîncredere în viitor</li> <li>• Instabilitate</li> <li>• Indecizie</li> <li>• Inutilitate</li> <li>• Satisfacția existenței</li> <li>• Idei de moarte</li> <li>• Dificultăți de a realiza bucuria vieții (anhedonie)</li> </ul>
2. Ideea de vinovăție	2. Pesimism	
3. (Idei de suicid)	3. Sentimentul eșecului (bilanț)	
4. Insomnie vesperală	4. Incapacitate de a se bucura (anhedonie)	
5. Insomnie la mijlocul nopții	5. Vinovăție	
6. Insomnie matinală	6. Sentimentul necesității de a fi pedepsit	
7. Dificultăți în muncă (activitate)	7. Autodeprecieri (insatisfacție față de sine)	
8. Inhibiție în gândire și vorbire	8. Autoacuzare	
9. Agitație	9. Autoagresiune (tendințe suicidare)	
10. Anxietate la nivel psihic	10. Plâns	
11. Anxietate somatică	11. Retragere (izolare socială)	
12. Simptome somatice gastro-intestinale	12. Nehotărâre	
13. Simptome somatice generale	13. Părere nefavorabilă față de sine (fizică)	
14. Simptome genitale	14. Dificultăți în muncă	
15. Hipocondria	15. Tulburări de somn	
16. Pierderea în greutate		

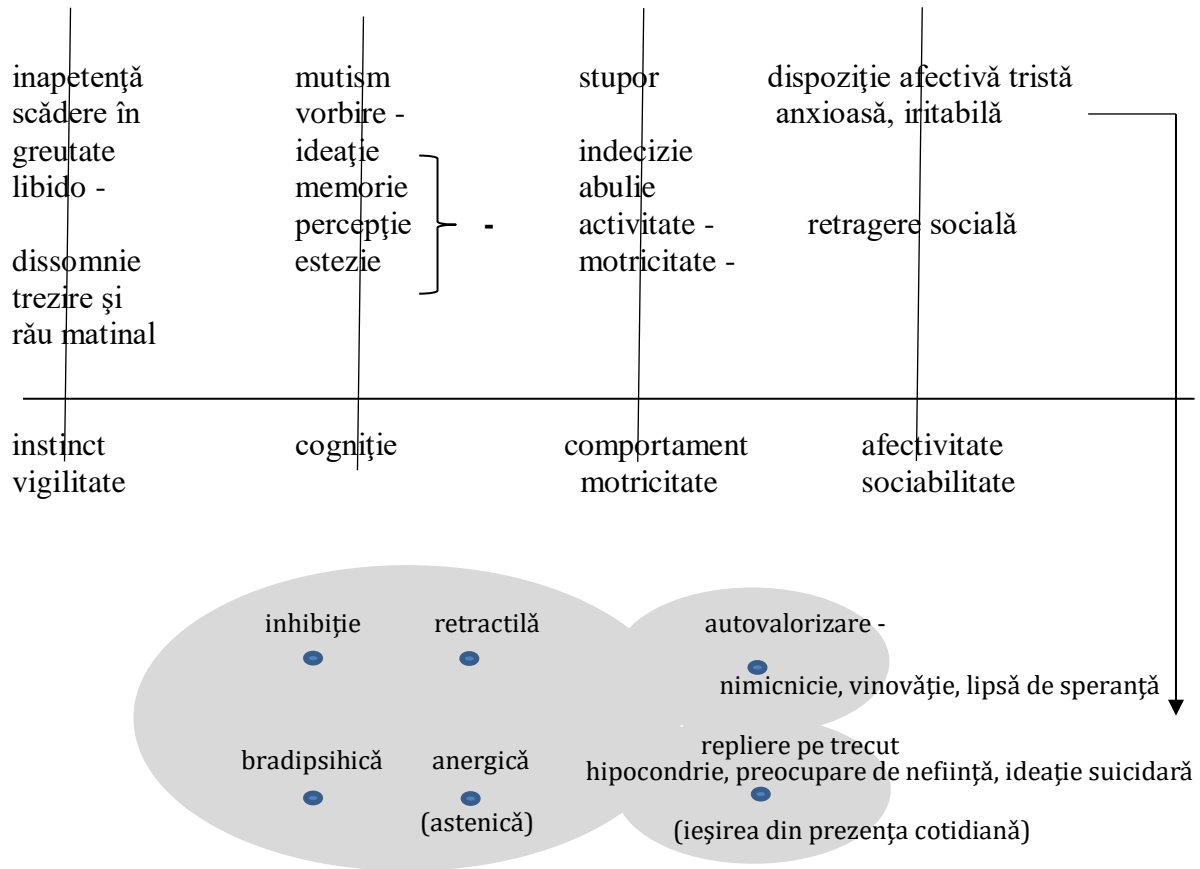
17. Autocritică	16. Fatigabilitate	
18. Variații diurne ale simptomatologiei	17. Inapetență	
19. Depersonalizare – derealizare	18. Pierdere în greutate	
20. Simptome paranoide	19. Preocupări (îngrijorare) față de starea fizică	
21. Simptome obsesiv-compulsive	20. Absența libidoului	
22. Neajutorare		
23. Lipsa de speranță		
24. Devalorizare (pierderea stimei sine, autodeprecieri)		

s-a dezvoltat mult în direcția unor scale clinice de evaluare, autoadministrare sau cu administrare observațională, care includ de obicei și simptome din alte clase care sunt frecvent comorbide (de ex. pentru depresie, sindromul anxios fobic, obsesiv compulsiv etc.). Astfel, Scala de evaluare Hamilton (HAMD) are o variantă cu 17 itemi și una mai extinsă cu 24 itemi. Deseori se includ simptome care ar putea să apară în perspectivă evolutivă. Instrumentul cu care s-au realizat studiile internaționale OMS asupra depresiei, SADS-OMS conține 40 de itemi. Cel mai elaborat sistem de evaluare standardizată a depresiei este CODE-DD a lui Ban (1989) care are 90 de itemi și permite identificarea depresiei după 25 criterii de diagnostic ale diverșilor autori.

Abordarea diagnostică pe care o dezvoltă sistemele standardizate cuantificate este desigur foarte utilă pentru identificarea cazurilor și urmărirea

Chenar 4

**Elemente ale unui nucleu formal al depresiei, ce se exprimă în simptome  
ale variatelor funcții psihice**



evoluției lor, pentru comunicarea dintre specialiști și pentru cercetarea științifică. Dar ea nu indică destul de clar nucleul formal din care toate aceste manifestări înregistrabile decurg, coerența de sindrom, de câmp simptomatologic și semnificativ a depresiei. Un astfel de nucleu formal ar putea fi totuși identificat în urma unei analize fenomenologico structurale, el fiind caracterizabil prin: o



inhibiție retractilă, bradipsihică, anergică și autodevalorizantă, cu o repliere centripetă pe sine, pe propriul corp și pe propriul trecut, cu orientare spre moarte.(Chenar 4 ). Esențial în acesta caracterizare nucleara este faptul că subiectul e blocat în raportarea sa față de situațiile actuale, că iese din „prezența la prezentul circumstanțial”, repliindu-se pe un trecut vinovat, orientat fiind de ideea neființei. Schematismul unui astfel de cadru formal e util, dincolo de listele de simptome, pentru identificarea sindromului depresiv, în spatele varietății manifestărilor fenomenologice.

Oricâte variante ar avea sindromul psihopatologic depresiv în descrierile din manuale, în criteriile de diagnostic și in scalele de evaluare, el trimite mereu spre menționatul nucleu formal al simptomatologiei depresive: și spre modelul exprimării acestuia odată cu tristețea depresivă firească a oamenilor normali. Iar în mod special spre doliu. Așa cum simțim cu toții, așa cum a propus Jaspers și Freud. Însă, cu aceeași încăpățănare, gândirea medicală nu poate renunța la întrebarea ce s-a profilat încă din secolul XIX : “Ce organ (eventual psihic) al omului este disfuncțional în cazul depresiei”? Și, în plus, „care e semnificația stărilor depresive normale, din care Jaspers derivă depresia psihopatologică ?”

### **e) Psihologia și psihopatologia evoluționistă; depresia și dimensiunea ei antropologică.**

Dacă pe vremea lui Jaspers cineva ar fi întrebat de ce e omul trist când pierde pe cineva apropiat, probabil i s-ar fi răspuns: „pentru că așa e natura umană”. După anul 2000, în vremea în care diagnosticul depresiei beneficiază de definiții operaționale, scale de evaluare și trimeri spre o infrastructură formală, răspunsul tinde însă să se schimbe. Și aceasta și prin contribuția psihopatologiei evoluționist culturale. Se sugerează acum o surprinzătoare perspectivă, care afirmă că în joc e de fapt și o strategie adaptativă. Să fie oare retragerea inhibată depresivă un model comportamental adaptativ?

Pentru a răspunde la o astfel de întrebare vom face un scurt excurs prin problematica psihologiei și psihopatologiei evoluționiste punctând și felul în care ultimele decenii au abordat psihismul uman din perspectiva antropogenezei și a istoriei culturale.

Psihologia și psihopatologia evoluționistă, care s-a dezvoltat mai ales după anul 2000, a sugerat că progresele realizate în lumea animalelor prin selecția naturală și sexuală se referă, pe măsură ce urcăm pe scară evolutivă, nu atât la transmiterea genetică a unor organe perceptivă și execuție mai performante; cât, mai ales, a unor comportamente adaptative de supraviețuire și multiplicare tot mai elaborate și adecvate, coordonate prin rețelele neuronale ale sistemului nervos central. Fapt ce a fost susținut prin procesul de telencefalizare. E vorba de strategii de raportare la variate situații care, fiind frecvent salutare, ajung să se selecționeze transgenerațional; astfel încât indivizii să le aibă la dispoziție, în recuzita lor comportamentală, pentru a le utiliza la nevoie.

Respectivele modele comportamentale ar fi susținute de structuri funcționale cerebrale care, odată selecționate evolutiv, se transmit în mare măsură genetic (cel puțin ca disponibilitate), sub forma unor „moduli psihocerebrali”; ce intră în funcțiune odată ce întâlnesc în ambianță stimulii declanșatori. Și astfel, pe parcursul ontogenezei, se organizează structuri funcționale adaptative, pe care subiectul le activează la stimuli specifici. Dintre acestea fac parte, desigur, majoritatea comportamentelor considerate tradițional ca instructive; inclusiv conduitele de maternaj, pregătirea ambianței pentru noua generație, ascunderea în fața pericolelor, confruntarea masculilor pentru o poziție dominantă în grup etc. Și la fel migrația în timpul iernii; iar la altele hibernarea. Sau „reflexul de moarte” (totstelreflex) și sumisiunea în caz de înfrângere în confruntarea cu un congener. Ultimele două comportamente menționate inhibă agresivitatea predatorului sau a atacatorului, făcând ca individul să supraviețuiască. Aceste comportamente de retragere inhibată au fost comparate cu inhibiția bradipsihică și retractilă a

oamenilor deprimați după o înfrângere într-o confruntare; sau după un eșec. Noi considerăm că în aceste cazuri retragerea inhibată de tip depresiv e o consecință a demoralizării, a nereușitei, cu scăderea stimei de sine. Dar retragerea depresivă inhibată este și adaptativă, ea favorizând nu doar refacerea energetică, ci și reorganizarea proiectelor și planurilor de viitor; pentru acțiuni cu o mai bună evaluare a realității date și a propriilor posibilități de acțiune. De fapt, în biologie, întreaga perioadă de inhibiție și metabolism redus din hibernare e adaptativă, subiectul putând astfel supraviețui reducerii resurselor și condițiilor fizice nefavorabile ale vremii reci. După cum e adaptativă și retragerea și repausul în urma unei răniri sau a unei boli, tot pentru favorizarea refacerii. Iar la om, odihna prelungită după eforturi epuizante.

Argumentele psihobiologice de mai sus nu sunt, desigur, suficiente pentru un model care să susțină întreaga complexitate și specificitate a depresiei umane. Dar psihologia evoluționistă are o abordare mai largă care nu ignoră modificările profunde pe care procesul antropogenezei le-au produs în psihism, făcând posibile trăiri precum doliul, cu multiplele sale semnificații afectiv culturale. De aceea se cere aruncată o privire și asupra acestui proces evolutiv al diferențierii specifice a psihismului uman.

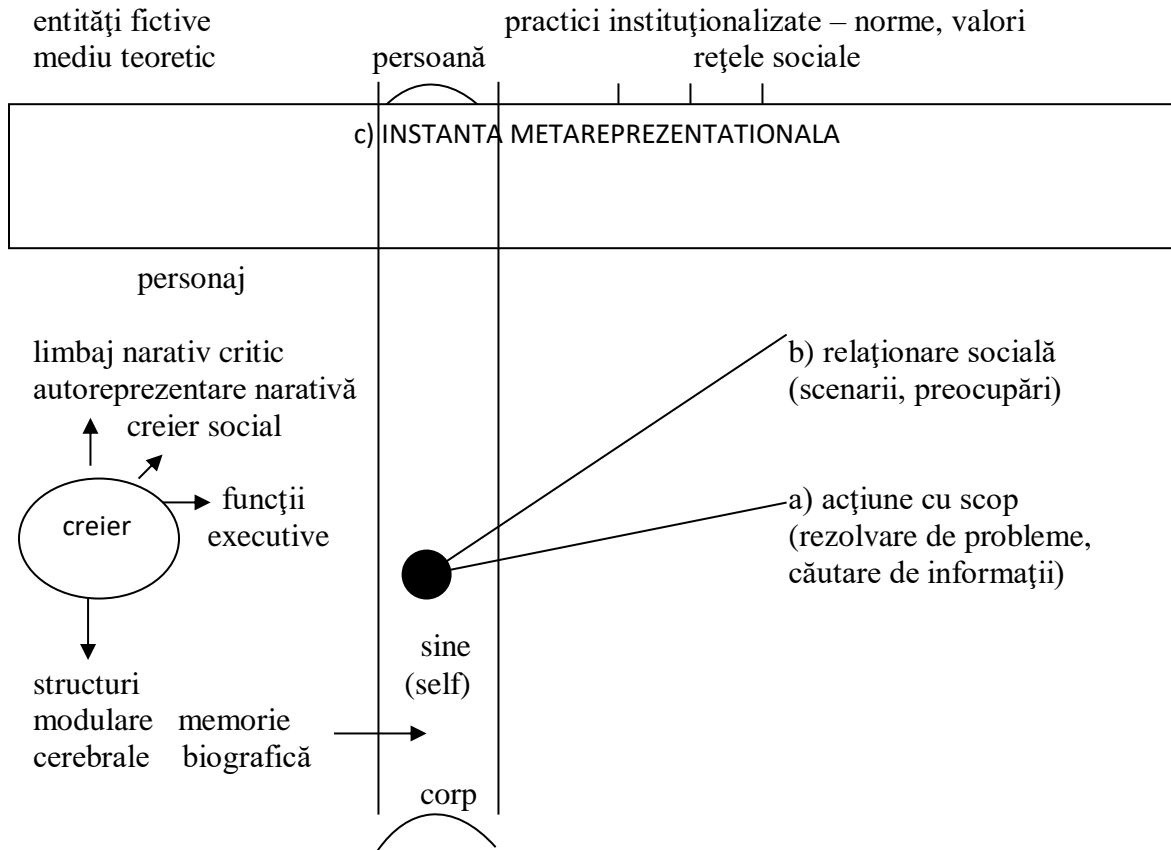
Pe parcursul antropogenezei s-au dezvoltat în mod specific (Chenar 5) „funcțiile cognitive executive”, cele ale „cogniției sociale” și ale operării pe „modelele metareprezentationale”, care se sprijină pe limbajul narativ critic. Funcțiile executive constau în competența cognitivă a inițierii și realizării unor acțiuni cu scop; și ele s-au dezvoltat, desigur, și în legătură cu producerea de unelte. Cel de al doilea aspect îl reprezintă funcțiile cognitive sociale, sprijinită de „creierul social”. Adică, cunoașterea interpersonal socială necesară cooperării în grupuri nu prea mari – așa cum se considera că migrau cetele de homo sapiens în urmă cu aprox. 150.000 ani, prin savana africană. Desigur, dezvoltarea cogniției sociale a fost favorizată la om și de nașterea sa prematură – datorată creșterii în volum a

encefalului – astfel încât maturarea encefalului să se petreacă acum în intimitatea prezenței mamei și a mediului familial. În plus, cogniția socială și influențele educative ale acestui mediu sunt la om favorizate și de faptul că transmiterea genetică se realizează după modelul K, cu puțini copii și investment parental major. Principalele secvențe ale competenței cogniției sociale includ: capacitatea de a recunoaște figura umană în general; recunoașterea expresivității stărilor emotive și atitudinale; apoi, identificarea figurii persoanei de îngrijire, fapt care susține realizarea între 8 luni și 3 ani a unui atașament cu mama, prin care imagoul acesteia este „introjectat”; astfel încât ea devine parte integrantă a propriului psihic. Mama va reprezenta de acum încolo un personaj esențial, securizant. Copilul sesizează când ea pleacă, reacționând anxios. Iar pe lângă înțelegerile și cooperările ce se realizează situațional prin priviri cu mama, subiectul și-o poate reprezenta pe aceasta și când ea nu este prezentă fizic, ca o prezență reprezentată ce-i menține încredere și siguranță în explorări și în jocuri. Capacitatea reprezentatională se dezvoltă și se diferențiază progresiv, astfel încât la 18 luni copilul poate imita o persoană neprezentă; și se identifică (recunoaște) pe sine în oglindă. Ca urmare a acestora, la 3-4 ani copilul poate sesiza și înțelege intuitiv intențiile și opiniile altuia în situație (capacitatea de „mentalizare” sau Theory of Mind – ToM). Aceasta capacitate se va diferenția în continuare, stând la baza cooperării sociale. Subiectul ajunge progresiv și să atribuie altora intenții atitudinale, în general și în raport cu sine.

Se realizează astfel filo-ontogenetic structura unui psihism care se bazează pe un atașament intim puternic cu un altul apropiat, în vederea cooperării și comuniunii, Atașament care amplifică mult moștenirea sedimentată pe filiera mamiferelor.

Chenar 5

**Trei domenii specifice psihismului uman :**  
**acțiunea cu scop, relaționarea socială și**  
**metareprezentarea narativă**



- a) Pe parcursul antropogenezei, odată cu producția de unelte, se dezvoltă în neuropsihismul uman „funcțiile executive”, ce susțin realizarea unei acțiuni cu scop, în conformitate cu un plan.
- b) Pe parcursul antropogenezei se dezvoltă funcțiile cogniției și relaționării interpersonal-sociale – „creierul social”, ce se corelează cu atașamentul și introjecția imaginilor altora.
- c) La homo sapiens se dezvoltă limbajul narativ critic ce menține un „mediu teoretic” supraindividual în care se afirmă entități fictive, norme și valori.

Individul uman are un creier capabil să-și însușească limbajul narativ critic – ce operează cu entități fictive și abstracte – și să-l folosească, utilizând o gramatică generativă pentru: comunicare informativă, relaționare descriptivă, calcul, speculații asupra fundamentelor. Pe baza acestui limbaj el dezvoltă nu doar un plan metacognitiv (cunoaștere a cunoașterii) ci și o modelare metareprezentatională; în care realitatea dată e reformulată în scenarii probabiliste (centrate de autoreprezentarea sa ca personaj) asupra căruia operează cu probabilități psihice pentru soluționarea problemelor teoretice și practice.

Imagoul introjectat al mamei ajunge să-l susțină pe copil „din interiorul său” când el e singur, în situații riscante. Ulterior, pe parcursul vieții de adult, oricine ajunge în poziția de intimitate a atașamentului, se contopește cu psihismul subiectului într-o relație duală, fiind integrat în structura acestuia, după modelul atașamentului infantil.

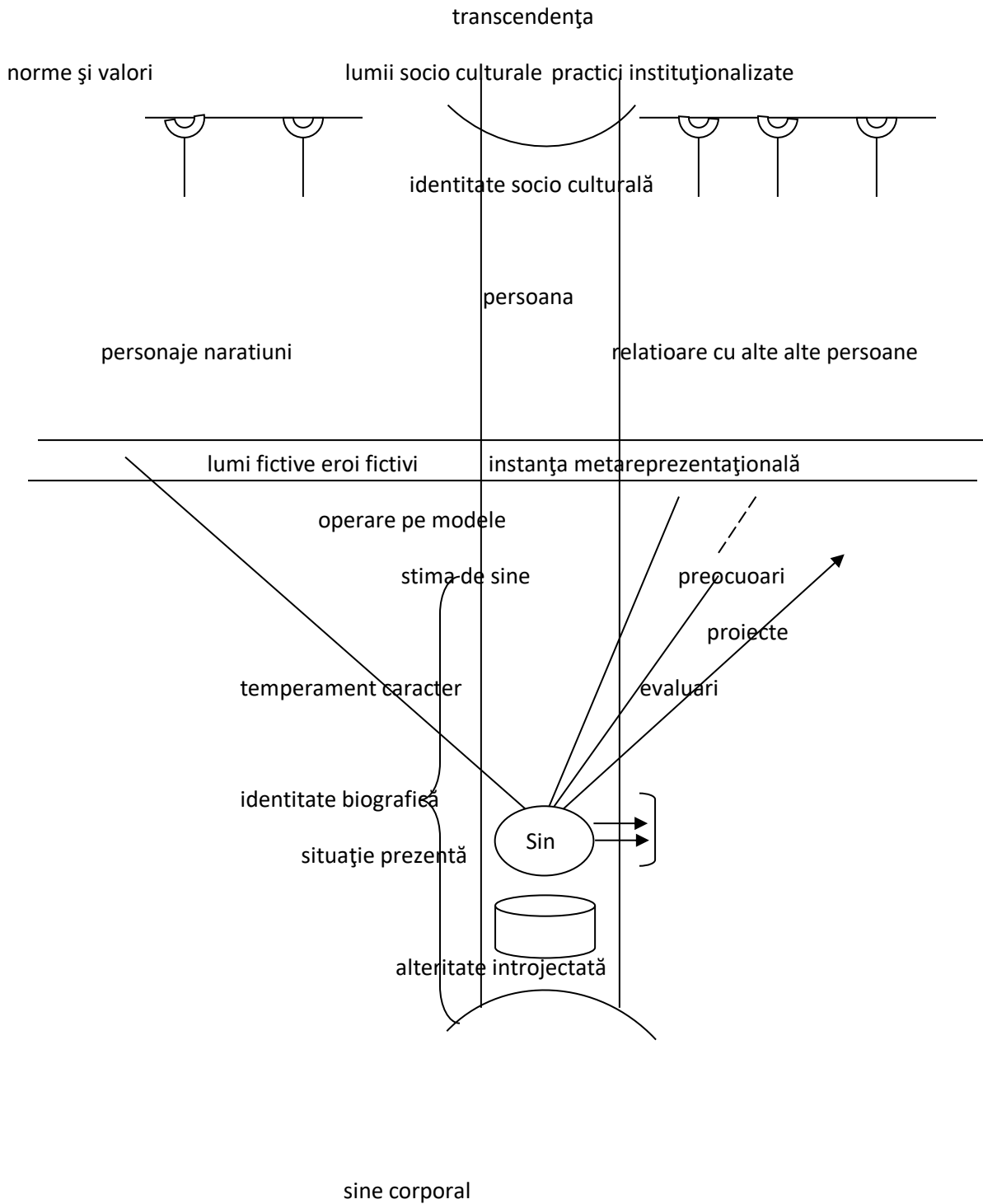
În sfârșit, automatismul funcțiilor instinctive, care e susținut de rețele neuronale transmise genetic, se diferențiază și el pe parcursul teleencefalizării, fiind înlocuit în mare măsură de un comportament ce ține tot mai mult cont de reprezentarea situației problematice actuale, într-un plan metareprezentational.

Model pe care sunt derulate și evaluate strategii probabiliste; iar trecerea la acțiunea efectivă, constă în implementarea soluției pe care subiectul o evaluează ca optimă la un moment dat. Astfel de strategii de raportare la lumea ambientală se referă și la comportamente mai elaborate, ordonate pe durate mai lungi. În plus, ele vizează nu doar acțiunile nemijlocit pragmatice, realizatoare a ceva; ci și tensiunile scenariilor relaționale interpersonale, în care subiectul și ceilalți apar ca personaje.

Atât funcțiile executive cât și cogniția socială și metareprezentarea, se bazează pe limbajul narativ critic și evaluativ al omului, ce s-a dezvoltat mai ales în ultimii 150.000 ani; și care, cel puțin în ultimii 70.000 ani, i-a permis acestuia operarea pe realități fictive (zei, bani, norme, entități aritmetice). Subiectul ajunge astfel în ultimii 10.000 de ani nu doar capabil de comunicare transsituațională (istorică și la distanță); ci și de operare teoretică științifică pe modele, folosindu-se instanța metareprezentatională. Limbajul narativ critic este o instanță culturală supraindividuală, ce face posibilă narativitatea miturilor și legendelor, poveștile și științele. Dar fiecare om are acces la acest limbaj, pe care și-l însușește pe parcursul ontogenezei, baza asimilării sale constând în structurile cerebrale lingvistice înnăscute (care beneficiază și de o „gramatică generativă de profunzime,,).

Chenar 6

**Modelul lui Ey dezvoltat; psihismul uman înglobează instanța proiectelor, cea metareprezentățională, intersubiectivitatea și transcendența**



Însușire și învățare ce se petrece în mediul lingvistic uman încă din primii ani de viață. Cum, de altfel, sunt asimilate și devin funcționale pe parcursul ontogenezei în mediul interpersonal social în care crește, și „funcțiile executive și cele ale „creierului social”.

Aceste trei direcții specifice de dezvoltare au condus, treptat, în urma unei lungi evoluții realizate pe parcursul antropogenezei și a istoriei culturale, la psihismul diferențiat al persoanei umane actuale. În urma cercetărilor psihologice teoretice și practice dezvoltate de-a lungul sec.XX, s-ar putea reprezenta schematic structura acestuia prin conjuncția a două axe (dezvoltându-se sugestia lui Ey – Chenar 2): a) Un ax identitar al sinelui biografico-characterial, înrădăcinat în psihocorporalitate și integrat în rețelele sociale culturale; și b) Un ax al raportărilor la situații problematice actuale, cu angajări în proiecte și preocupări de durată (Chenar 6). Această schemă orientativă (care e comentată la pag....) va ghida expunerea și analizele psihopatologice care vor urma.

Revenind la dispoziția depresivă – care la om se instalează pregnant mai ales în condiția pierderilor, cu osebire a doliului - se cer acum scoase în relief și aspectele specific umane pe care această condiție le etalează. Iar acestea se manifestă în atmosfera unei comunități culturale umane date. Când moare o persoană apropiată, la înmormântare participă întreaga familie, rudele, cunoștințele, oficiindu-se o slujbă religioasă. Astfel încât cu această ocazie subiectul îndoliat resimte că e integrat într-o comunitate spirituală care-l protejează, respectându-i perioada oficială de doliu. Iar aceasta comunitate crede tradițional într-o viață de după moarte, în care ”personajul” celui decedat va persista. Această ieșire din „prezența la prezent” va fi reprodusă simbolic de cel îndoliat, prin retragerea sa temporară din participarea la viața comunitară.

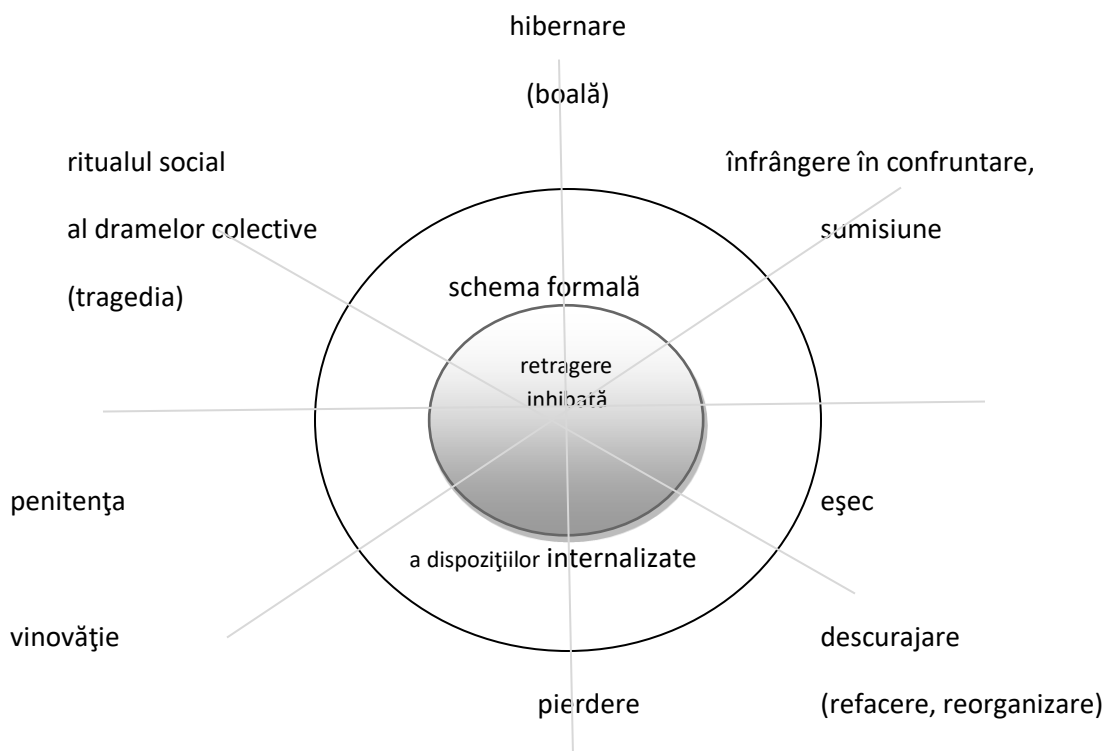
Pe de altă parte, omul poate pierde nu doar persoane de care e atașat sau bunuri materiale. El își poate pierde și idealurile, speranța în ceva mai bun, valorile de care s-a atașat. Sau, poziția socială, stima de sine, onoarea, respectul



celorlalți și o autoevaluare pozitivă. Atât eșecurile sociale cât și evenimentele cu impact moral negativ pot induce la om trăiri negative, scăderea stimei de sine, rușine, depresie. Sentimentul de culpă se însoțește de un fundal dispozițional depresiv anxios major, cultivând ideea suicidară. Apoi, tematica situațiilor de suferință, chin, depresie, disperare, e comentată în tragedii, în literatură. Iar ritualurile sacrale la care credincioșii participă, cultivă frecvent perioade de sobrietate, post și reținere în relaționările sociale, odată cu actualizarea unor secvențe mitice ce trimit la episoade de părtinire ale zeului (e.g. postul paștelui). Ca să nu mai vorbim de situațiile în care se impune un doliu național.

Chenar 7

**Circumplex al modalităților psihoantropologice care configurează schema dispozițiilor internalizate integrate în psihismul normal, ca o "disponibilitate" pentru stări depresive**



Cu toată menționata varietate a stărilor depresive, de tristețe ce se întâlnesc în evantaiul existențial al oamenilor, condiția doliului rămâne paradigmatică. Căci atunci când persoana pierde pe cineva de care a fost foarte legat, realmente s-ar putea spune că ea a fost amputată existențial. De fapt, dimensionarea unei persoanei nu se limitează la propriul corp; ea se extinde asupra posesiilor și proiectelor în care el a investit; dar mai ales, asupra celor de care e atașat, cu care a făcut sau face „corp comun” sufletește. Odată cu pierderea sufletească ce declanșează depresia, structura funcțională a psihismului intervine pentru a media refacerea și reorganizarea provocată astfel. La fel cum un organism rănit are nevoie de o perioadă de convalescență. De aceea perioada de refacere necesară în depresia de doliu – “travaliul de doliu” despre care vorbise Freud – durează ceva timp, până când rana sufletească reușește să se cicatrizeze și psihismul să se recontureze.

Faptul de a ajunge depresiv în urma unei pierderi și mai ales a doliului, e deci înscris în structura psihismului omenesc, ca o posibilă reacție adaptativă de retragere temporară cu repliere pe sine, pentru refacere; la fel, deci, cum se întâmplă oricărui om rănit sau care are un organ bolnav. Timp de retragere ce se cere respectat. Depresia ce e suferită în cazul doliului nu e determinată doar de semnificația evenimentului. Ci de o intervenție “organismică”, instrumentală (organ = instrument) a psihismului persoanei. Căci “a fi capabil de reacție depresivă” e o caracteristică a normalității psihice a individului uman, care-și activează cu această ocazie "modulul psihoantropologic al comportamentului depresiv", pe care-l are la dispoziția sa. Și pe care-l aduce acum la suprafață, pentru a se acomoda la, și a face față situației respective. Iar astfel de „utilizări” ale disponibilității depresive - prin activarea structurii psihice dispoziționale corespunzătoare – se petrec în permanență, în diverse secvențe ale vieții personale, la diverse nivele de desfășurare a existenței interpersonal culturale a subiectului. Ceea ce urmează să clarifice psihopatologii se referă la tranziția acestui modul

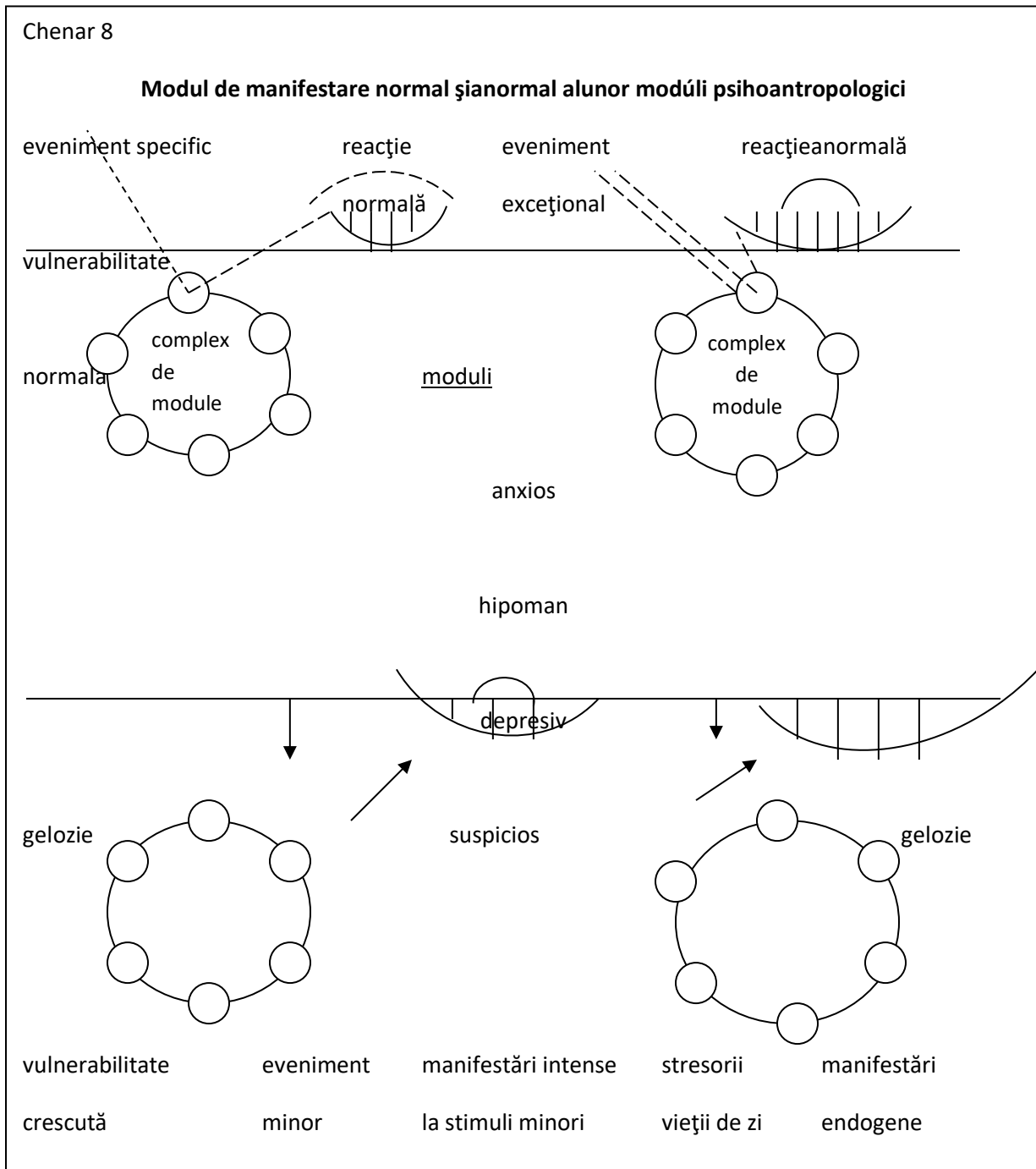
psihoantropologic al depresiei firești, din varianta sa de “organ (structură funcțională) a reacției depresive adaptative”, în ipostaza de organ aflat în disfuncție, ce se manifestă nesolicitat, intens, rigid, aberant, dezadaptativ, odată cu depresia psihopatologică.

**f. Modulii bio-psiho-antropologici dispoziționali-comportamentali ar putea fi înțeleși ca „organe funcționale” ce se află în dotarea și la dispoziția persoanei; și care sunt actualizați în împrejurări anume, în vederea unei manifestări adaptative (de tip anxios, depresiv, combativ, euforic-sărbătoresc, al suspiciunii sau rușinii etc.). În psihopatologie respectivii moduli se manifestă spontan și intens, acaparând psihismul și decontextualizându-l.**

Se cere acum ca perspectiva să fie puțin lărgită. O altă dispoziție afectivă diferită de depresie, este euforia sărbătorească; iar o alta, starea anxioasă. Ambele acestea le putem reîntâlni în psihopatologie, în varianta sindromului maniacal sau a sindromului de anxietate generalizată. Ne vom opri puțin la ultimul, din perspectiva biopsihologică, evoluționistă.

Ne putem imagina un tânăr ierbivor deplasându-se singur, departe de turmă, în căutarea hranei. În locuri necunoscute, odată cu unele zgomote ce le aude el poate resimți potențialitatea unui pericol. Astfel încât reacționează cu o stare de alertă, prin care “se montează”, încordat, cu organele perceptive, cele motorii și cu sistemul endocrin și neurovegetativ în tensiune, spre a fi pregătit ca la nevoie să reacționeze prompt, pentru confruntare sau fugă. O astfel de stare o poate trăi și omul, în condiții similare. Și la el se activează în astfel de împrejurări "modulul psihoantropologic" (organul funcțional, dispoziția) alertei anxioase, pentru a fi pregătit să facă față situației respective. Iar dacă respectiva stare de vigilitate tensionată - cu aprehensiunea pericolului, cu hiper-atenție și încordare la orice informație nouă - apare din senin, fără nicio condiție care să o motiveze evident cu

scop adaptativ, manifestându-se intens și dezadaptativ, putem vorbi de o tulburare de “anxietate generalizată”. Și la fel, spaima adaptativă în fața unui pericol efectiv major, are și ea în spate o structură funcțională cerebrală care, în anumite condiții intră în joc pentru a mobiliza bio psihic major individul, ajutându-l astfel să scape din respectivul pericol. Dacă structura psihocerebrală funcțională a spaimii se declanșează prea ușor, fără o argumentare comprehensivă suficientă, omul poate trăi un atac de panică.



Faptul că dispoziția anxietății generalizate și atacul de panică se manifestă uneori exagerat, decontextualizant, nu anulează rostul adaptativ al mecanismelor adaptative ce stau în spatele lor. Orice subiect are la dispoziție astfel de “disponibilități” de a se monta anxios de câte ori e necesar. După cum el are la dispoziție și disponibilitatea de a se monta agresiv combativ când situația o cere. Sau de a intra într-o stare de euforie sărbătorească, dacă ajunge de ex. într-o societate de prieteni ce se pregătesc de carnaval. Disponibilitățile de raportare adaptativă pot fi multiple, incluzând și gelozia la indici de infidelitate a partenerului; sau suspiciunea de persecuție din partea superiorilor, în anumite condiții. (Chenar 6)

Psihopatologia se alimentează din astfel de disponibilități de funcționare normală ale psihismului persoanei. Care, în anumite condiții, ajung într-o stare deficitară, simplificată, hipersensibilă la declanșare. Structurile adaptative funcționale din fundal – așa cum sunt cele anxioase, de suspiciune, beligerante, depresive, euforice etc. - pot intra acum în scenă la stimuli minori sau ne semnificativi, acaparând psihismul subiectului, subjugându-i întreaga viață psihică, decontextualizând-o. Astfel încât, acesta ajunge să fie în mod maladiv depresiv, anxios, maniacal euforic, gelos, delirant paranoid. Se creionează astfel schema unei posibile interpretări a principalelor sindroame psihopatologice ca derivând din structuri psihice funcționale adaptative.

Pentru multe sindroame psihopatologice s-ar putea găsi, deci, puncte de plecare în disponibilitatea unor structuri funcționale normale, adaptative, chiar creative. Asupra acestui lucru a atras atenția perspectiva deja menționată a spectrelor maladive, care a găsit în familiile celor cu tb. bipolară, maniaco-depresivă, la rudele de gradul întâi, mai multe persoane creative – mai ales în domeniul artistic – decât (statistic) în populația generală. Iar în familiile autistului, mulți ingineri și matematicieni de vârf. Desigur, diferența între psihopatologie și normalitate, cu atât mai mult cea performantă, este mare; mai ales în perspectiva

complexității trăirilor personale care se întretes cu problematica situațiilor. Dar nici nu putem susține că pentru depresie sau anxietate nu găsim în normalitate structuri funcționale – deci organe – corespunzătoare; și care sunt adaptative. Tulburarea psihică nu vine din nimic. Ea modelează deficitar și deformativ ceea ce efectiv se află în alcătuirea psihismului uman. De aceea, “experimentul natural” al stărilor psihopatologice poate fi considerat și ca un ghid care ar putea să ne călăuzească cu privire la alcătuirea acestui psihism uman. Ba mai mult, perspectiva evoluționistă ne sugerează că în psihismul omului putem întâlni diverse straturi de tip “arheologic”. Astfel de ex. este de așteptat ca un comportament edificator pentru starea de rușine psihopatologică – așa cum indica tulburarea anxietății sociale sau sindromul senzitiv de relație – să nu fi apărut înainte ca omul să se așeze în localități, diferențiind pregnant comportamentul din spațiul intim al casei de cel public, din agora. Sau, modelul comportamentului pronunțat autocontrolat și de autoanaliză introspectivă al obsesivului ruminativ, să se fi dezvoltat major de abia odată cu cultura creștină a Europei de după Renaștere. Pe când manifestările spectaculare ale histeriei să se regăsească în culturi mult mai vechi.

Revenind la problematica stărilor depresive, putem considera că, pe parcursul desfășurării vieții sale, un subiect experimentează nenumărate situații în care, direct sau indirect, intră în condiția stării depresive, actualizându-și structura funcțională dispozițional comportamentală corespunzătoare (Chenar 7). Dar de fiecare dată, reacția depresivă e impregnată și de specificul împrejurărilor ce au condiționat-o; și de cadrul socio-cultural în care se desfășoară. Iar aceasta își păstrează ecoul în fenomenalitatea trăirii respective. Când se intră însă în modelul psihopatologico-endogen al depresiei, toate aceste nuanțări dispar; împreună și cu reflectarea condițiilor situaționale. În manifestarea sa psihopatologică, depresia se afirmă nivelator esențialmente prin caracteristicile sale formale de bază (inhibiție bradipsihică, retragere autodepreciatoare, ieșire din prezent, etc.). Acestea au o marcată expresivitate corporală, psihobiologică (lentoare psihomotorie, inhibiție

alimentară și erotica, disfuncții ale somnului și psihoritmului circadian), ceea ce i-a sugerat lui Schneider caracterizarea de „depresie vitală”. Dar perturbarea aspectului psihoantropologic este și ea marcată în depresie, cu un sentiment al autodevalorizării, culpă, ideeație suicidară, anhedonie, lipsă de speranță, retragerea din „prezența la prezent” . Astfel încât subiectul apare ca rupt de context, de articularea sa cu lumea. Ceea ce înseamnă că însăși structura funcțională ce-i este specifică – „organul” ei – s-a modificat deficitar la persoana respectivă, printr-o tasare contractantă.

În plus, se cere comentat și faptul că la unii oameni, dispoziția depresivă se poate manifesta ușor și frecvent. Pe când alții, au o redusă capacitate de a reacționa depresiv. Faptul e valabil pentru tot evantaiul stărilor dispoziționale comportamentale menționate, de la cele anxioase la cele iritabil agresive sau de raportare suspicioasă la situații. Iar acest fapt ne trimite atât spre organizarea bio psihologică a temperamentului caracterial al persoanei; cât și spre perioade de accentuare circumstanțială, a vulnerabilității pentru depresie.

Cele menționate mai sus se cer avute în vedere atunci când abordăm psihopatologia depresiei, în conjuncția ei tradițională cu cea a manifestărilor de tip maniacal. Cu cât intrăm mai adânc în patologie, cu atât condiționarea exterioară, reactiv actuală și comprehensivă, joacă un rol tot mai redus; iar intensitatea manifestărilor și ruperea de viața cotidiană e mai pronunțată.

Medicina a diferențiat încă din antichitate o variantă mai ușoară a melancoliei, temperamentală; și una mai accentuată, care tulbură episodic major psihismul. Psihiatria ce s-a constituit în sec.XIX, concentrată fiind inițial pe cazuistica clinică azilară, a reținut doar varianta majoră melancolică, cea care condiționa internarea. Astfel s-a circumscris către sfârșitul aceluia veac boala maniaco-depresivă, cu evoluție periodică, plasată în centrul sistemului nosologic al lui Kraepelin, în calitate de psihoză endogenă. Tb. bipolară (maniaco depresivă) s-a păstrat în clinica psihiatrică până în prezent, chiar dacă în zilele noastre eticheta

de psihoză nu i se mai pune. Dar s-au menținut și acele tulburări depresive care, disfuncționale fiind, nu deconectează major subiectul de ambianță; și care se cer diagnosticate și tratate și ele. Și care au fost etichetate în sec.XX ca nevrotice.

**g) Diferențierea clinică clasică dintre nevroze și psihoze; orbita psihotiformă în perspectiva psihopatologiei antropologice (evoluționist culturală)**

În lucrare vor fi aduse în discuție zece mari clase de sindroame psihopatologice, (Chenar 8) așa cum sunt cele internalizate anxios fobice, cele externalizate conflictual-interpersonale, , apoi cele disociative, obsesiv compulsive, maniacale, depresive, delirante, halucinatorii, depersonalizante, deficitare, dezorganizante. Deci, nu multe arii semiologice, ci doar acelea care s-au agregat ca stând la baza principalelor tulburări psihice specifice omului, pe care se străduiește să le trateze medicina psihiatrică.

Depresia care a fost adusă în discuție în această introducere, face parte evident din aceste mari clase sindromatice. Împreună cu mania, ea a preocupat medicina deja din vremea hipocratică până în prezent. Și amândouă au corespondente în viața normală a oamenilor. În tristețea doliului, pe de o parte, în euforia sărbătorească sau alte comportamente expansive, realizatoare, pe de altă parte. Dar, depresia e un sindrom cu manifestări antropo-medicale, variate, inclusiv ca intensitate. Tulburările psihice centrate pe depresie sau care includ semnificativ depresia, pot fi mai ușoare sau mai intense. Unele din ele au fost plasate din secolul trecut, așa cum tocmai s-a menționat, printre cele etichetate ca nevrotice - e.g. tulburarea anxios depresivă, cea obsesiv depresivă, asteno-depresivă etc. Iar altele printre cele psihotice, -e.g. ep.schizo-depresive, delirul melancolic sau boala maniaco-depresivă.

Diferențierea nevroză/psihoză care a jucat un rol important pe parcursul sec.XX, s-a conturat în sec.XIX, după ce termenul de psihoză a fost introdus.



Deoarece nevroza era pe atunci un concept destul de vag, ce se aplica atât unor tulburări psihice care nu erau neapărat instituționalizate - precum histeria, hipocondria, neurastenia -, cât și unor tulburări neurologice ca epilepsia, coreea etc., expresia de psihoză a fost atașată tot mai mult în acel veac de patologia internată în spitale, clinici și azile. Aceasta cuprindea pacienți cu delir halucinator, vorbire și comportament bizar și alte sindroame majore ce au fost descrise treptat, până s-a ajuns la dg. de schizofrenie. Dat fiind faptul că etiopatogenia acestor tulburări, deși bănuită organică, era greu definibilă, a apărut și expresia de “psihoză endogenă”, care a centrat sistemul nosologic a lui Kraepelin.

În sec.XX s-a menținut etichetarea de psihoză pentru cazurile în care tulburările psihice erau pronunțate, pacientul nu înțelegea corect realitatea și nu se putea autoadministra adecvat, impunându-se internarea. Situație ce a fost etichetată, pornindu-se de la o formulare a lui Janet, ca „deficit de testare a realității”. Acesta, împreună cu „intensitatea (pronunțată) clinică” a simptomelor, au fost cele două criterii exterioare care s-au menținut constant pentru etichetarea stării psihotice. Către sfârșitul sec.XX, odată cu DSM III, expresia de nevroză a fost scoasă din terminologia psihopatologică. Ceea ce psihoza însă a rămas. Dar, doar cu o definiție vagă, ce includea cele două caracteristici menționate; la care, sistemul de diagnostic DSM-III-5 a adăugat o precizare simptomatologică, trimitând spre cinci clase sindromatice: delir, halucinații, dezorganizare ideo-verbală, dezorganizare psihomotorie (catatonie) și sindrom deficitar. Odată cu precizările din DSM-5, unele tulburări care în mod tradițional erau incluse între psihozele endogene așa cum era boala maniaco-depresivă, nu au mai beneficiat de această etichetă. Iar intensitatea clinică intra în joc acum cu unele nuanțe. Astfel în DSM-5 se precizează că, pentru a putea fi incluse între simptomele psihotice halucinațiile nu trebuie să fie criticate; iar dezorganizarea ideo-verbală trebuie să fie pronunțată.

Situația ce rezultă pentru psihopatologie odată cu sistematizarea din DSM-III-5 este însă una ambiguă, ce întreține neclarități. Și aceasta deoarece, atenția centrându-se asupra pozitivității simptomatologiei clinice, nu s-au organizat dezbateri teoretice privitoare la semnificația „testării realității”, în perspectiva unei psihologii antropologice. Referința ce se face la bunul simț al înțelegerii dintre oameni în cadrul vieții cotidiene, e o trimitere empirică insuficientă. Iar faptul că stările de pronunțată inhibiție depresivă sau excitație maniacală nu sunt considerate psihotice decât dacă sunt marcate de delir, creează nelămuriri. De aceea s-ar impune ca, menținând tema psihozei delirante ca una centrală pentru psihopatologia clinică, să se recurgă și la parametrii teoretici care s-au decantat între timp cu privire la specificul psihismului uman. Anticipând, facem în continuare câteva trimiteri spre distorsiunile psihice specific afectate în psihoze, urmând ca pe parcursul lucrării problema să fie abordată sistematic.

Se poate pleca astfel de la cele două axe deja menționate: – Cea a structurii identității caracteriale a persoanei socio culturale, înrădăcinată în propria-i corporalitate biopsihică; - Și, cea a raportării la situațiile problematice actuale, în vederea rezolvării lor, în colaborare cu alții; ceea ce presupune inserția subiectului în rețele sociale după o diagramă intim public, în cadrul unor practici instituționalizate. Iar o condiție de fond pentru ambele dimensiuni o constituie limbajul narativ teoretic al unui mediu cultural dat, structurat prin practici instituționalizate, odonate prin norme și valori (Chenar 10). Într-o astfel de abordare, deficitul psihotic - pe care DSM\_III-5 îl centrează pe tulburări delirant halucinatorie - ar aduce în prim plan o distorsiune deficitară a trăirii și autoevaluării identitar relaționale, printr-o convingere ce nu poate fi modificată prin argumente. Subiectul e convins că s-a transformat într-un personaj deosebit, că e rege, Napoleon, trimisul special a lui Dumnezeu, inventatorul elixirului nemuriri, persecutat și dirijat de extraterestri, de mafia internațională, posedat de diavol, cel mai păcătos om de pe fața pământului etc. El se transforma astfel într-un personaj

dintr-o lume fictivă, asemănătoare cu cea din mituri, basme, istorii; iar instanța cauzalității operează acum pentru el tot după modelul narativității fictive. Condiția de personaj e latent funcțională în psihismul oricărui om; dar activă doar în planul eventualităților imaginative. La starea psihopatologică a modificării identitare delirante se ajunge printr-un proces de depersonalizare și transpersonalizare.

Odată cu depersonalizarea subiectul resimte că își pierde identitatea, că „el nu mai e el”, că trecutul nu-i mai aparține. Iar prin derealizarea corelativă, el se simte detașat de lumea ambientală, care îi apare îndepărtată, ca în vis, ideală. În acest context subiectul resimte semnificația aparte, care anunță o transformare existențială fundamentală („dispoziția delirantă a delirului primar”). Și astfel resimte și ajunge să fie convins că se transformă, că lumea e alta, că a sugerat o transpersonalizare, căpătând o nouă identitate, de personaj. El poate avea impresia că a alunecat într-un scenariu de tip teatral, că e cuprins într-un film...oricum, că îi scapă accesul la realitatea umană efectivă din jur fiind absorbit de o realitate de tip narativ. Tot o condiție psihotică – pentru schizofrenie – a fost considerată de Bleuler cea a autismului ce consta pentru psihiatrul elvețian în închiderea într-o lume dereistă, detașată de realitate, sub un „clopot de sticlă”. Toate aceste aspecte fac obiectul abordărilor din capitolele din a doua parte a lucrării.

Pentru trăiri ca cele de mai sus nu pot găsi direct echivalente în instanța psihologiei biologice. Pe când o stare de alertă hipervigil tensionată, o dispoziție furios agresivă sau una de retragere inhibată, sumisivă, stări ce se întâlnesc în psihobiologie, pot fi până la un punct comparate cu reacțiile situaționale umane, ce actualizează dispozițiile anxioase, disforice sau depresive. Ba chiar ar putea fi comentate din perspectiva unor moduli psihoantropologici care, așa cum s-a comentat, ar funcționa ca un fel de instrumentar aflat la dispoziția persoanei, pentru a interveni în anumite situații; și care poate ajunge să se manifeste disfuncțional. De aceea tendința de a detașa psihopatologia depresiei reactiv

nevrotice de cea propriu zis psihotică, ce afectează manifestarea structurii identitare - poate fi până la un punct justificată. Iar pentru clarificarea patologiei identitare de tip delirant, s-ar cere abordarea unor noi coordonate. Totuși, dacă ne gândim la „ieșirea din prezent” a depresivului repliat pe culpa trecutului sau a maniacalului euforic, expansiv și gregar, trebuie să acceptăm o zonă de interferență. Mai ales că, atât în depresie cât și în manie, autoreferința identitar relațională valorică este evident distorsionată; chiar dacă în mod obișnuit nu chiar până la nivel delirant. De aceea când se abordează marile sindroame psihopatologice putem avea în vedere gravitarea lor în jurul unei orbite psihotiforme centrale.

S-ar putea considera că deficitul disfuncțional ce se constată în delir, constă în absorbția psihismului persoanei de către instanța narativă a logosului teoretic, cu un deficit a parametrilor ce asigură prezența și articularea sa cu viața cotidiană; în care colaborează eficient cu alții, pentru rezolvarea unor probleme situaționale pragmatice. Eroii de narațiune – de roman, istorie, basm, epopoe, mit – „există” într-o instanță umană aparte, suprapersonală, a teoreticului, susținută de logos. De același logos care stă la baza teoriilor științifice mai mult sau mai puțin matematizate, a miturilor sacrale, a speculației filosofice asupra fundamentelor. Apoi, dacă abordăm într-un sens mai larg domeniul psihozei – care în sec. XX a fost în mare măsură identificat cu cel al schizofreniei – nu se pot ignora preocupările specifice pe care le au schizoizii și schizofrenii la care predomină simptomatologia deficitar dezorganizantă, pentru abstracții, sensuri particulare ale cuvintelor, științe oculte, filosofare sterilă. În aceste cazuri „căderea” psihotică simplificatoare a psihismului se produce în direcția altor sectoare ale logosului teoretic decât în delir. Dar implicată e aceeași instanță teoretică a psihismului, care e consubstanțială persoanei umane identitare.

Filosoful E.Husserl, care a întemeiat în sec. XX fenomenologia, sugera că în fiecare om există un nivel al „egoului transcendental”, care intervine atunci când

subiectul adoptă o atitudine teoretică, științifică, filosofică; și la care s-ar putea ajunge prin adoptarea unei atitudini speculativ meditative abstracte, ce presupune „punerea între paranteze” lumea vieții cotidiene. În anii 70 ai sec. trecut, psihopatologul Blankenburg a sugerat că ceea ce se petrece în psihoze – trimiterea sa fiind făcută la forme paucisimptomatice de schizofrenie hebefrenă - ar reprezenta tocmai o ”cădere” dediferențiatore pe acest nivel transcendental al egoului, prezent latent în fiecare om. Și care, la marii creatori din științe, filosofie, cultură, mistică, stă la baza creativității lor spirituale, în contextul unui psihism bogat, diferențiat, puternic.

Psihoza ar exprima deci, și ea, un minus dediferențiator al psihismului, ce afectează în primul rând instanța structurală de fond, identitară a persoanei, în care stratul profund, transcendental, al logosului teoretic propriu persoanei culturale iese la iveală, în manieră aberantă. Lipsit fiind de suprastructura sa firească, care să-i permită inserția în viața situațională cotidiană, alături de și în rezonanță cu alți oameni. Marile sindroame ale psihopatologiei care înaintează și străbat orbita psihotiformă, ne înfățișează aceste aspecte.

O parte din sindroamele psihopatologice exprimă deficite disfuncționale ale psihismului care mențin în continuare persoana în contact și interrelații – subiective și obiective – cu variate aspecte ale stărilor situaționale care-l întâmpină; dar la care sinele identitar al subiectului ajunge să se raporteze dificil, problematic, tensionat etc. Acestea vor fi comentate în partea întâi a lucrării. Orbita psihotiformă propriuzisă afectează însă, sinteza, autoreprezentarea și funcționarea interpersonală socială (culturală) a identității autonome a sinelui identitar ce implică straturile teoretice ale logosului comunitar, însoțită de o detașare sau o gravă distorsionare a raportărilor la situațiilor existențiale. Problematika acestor sindroame e comentată în partea a doua a lucrării. Dincolo de astfel de repere de ordin general, însăși factologia psihopatologică ne provoacă în direcția unei descifrări și modelări cât mai adecvate a structurii specificul psihismului uman.

Chenar 9

## **Zece mari sindroame ale psihopatologiei**

### **I. Tatonări în jurul orbitei psihotiforme**

1. Patologia anxios fobică internalizată; retragerea din viața cotidiană în zone protejate;
2. Anormalitatea comportamentelor externalizate iritabil agresive și conflictuale (ADHD, sd.opozitiv provocator, exploziv, tb. de conduită, psihopatia);
3. Tb. disociative: subiectul se simte dedublat, ca identitate și agenție, neputând controla zone importante ale psihismului (memoria, identitatea, agenția, motricitatea etc.); el își predă sumisiv identitatea unei alterități similumane, în stare cvasihipnoidă.
4. Tb. obsesiv compulsivă : subiectul se simte dedublat egodiston, cu exagerat autocontrol analitic al funcțiilor executive, a comportamentului.
5. Tb. maniacală și depresivă, care extrag subiectul din prezentul situațional. Mania, ca impunere formală a schemei comportamentelor externalizate ce proiectează subiectul într-un viitor atotposibil, sprijinit fragmentar de un prezent hedonic. Depresia, ca impunere a schemei formale a manifestărilor internalizate, care trimit subiectul spre un trecut vinovat și spre neființă; e blocată „prezența la prezent” și speranța în viitor.

### **II Orbita psihotiformă**

6. Delirul, ca absorbție a subiectului de o ipostază a sa de personaj, cuprins într-un scenariu aberant, într-o lume fictivă, narativă; „lume delirantă” care îl absoarbe într-un cerc al unei realități fictive paralel cu cel al vieții cotidiene.
7. Tulburarea percepției situaționale, ca distorsiune a formei și semnificației celor receptate și ca neoformații perceptivă (halucinații); autopercepția anormală sesizează trăiri deficitare ale cursului ideativ și ale propriei poziții în situație și lume.
8. Tb. de depersonalizare și transpersonalizare. Subiectul se resimte dedublat și detașat de propria sa identitate (corporală, mnestică și situațională) și de ambianță; el resimte că se transformă într-un personaj dintr-un scenariu fictiv și că-și pierde controlul asupra agenției și identității.
9. Tb. dezorganizării ideo verbale. Se pierde arhitectonica procesului de gândire și comunicare precum și sinteza gramatical semantică a limbajului narativ conceptual, cu refugiere în abstracții goale de conținut.
10. Sindroame deficitare; subiectul anergic, amotivațional și abulic, trăiește pierderea identității și agenției, în direcția unei depersonalizări anonimizante.

Intenția acestei lucrări deși e predominant descriptivă, nu vizează atât repetarea și detalierea actualei semiologii sindromatice psihiatrice, care va fi totuși invocată și prezentată continuu prin manualele DSM-5 (2013) și Draft ICD-11 (2018); precum și prin datele tratatele de psihopatologie descriptivă existente. Cât, mai ales, provocarea pe care această simptomatologie o ridică pentru o psihologie antropologică de referință, specifică persoanei conștiente. Persoană socio-morală și cunoscătoare, cu o identitate și autonomie proprie a agenției, centrată de sinele său intențional, reflexiv și autogenerativ sintetic. Sine ce se relaționează cu alții după o diagramă intim-public, realizând atașament, introjectări, comunicări, reprezentări, preocupări relaționale identitare, autoevaluative etc. Deci, luarea în considerare a stărilor psihopatologice ca experimente naturale care dezvăluie infrastructura acestui psihism.

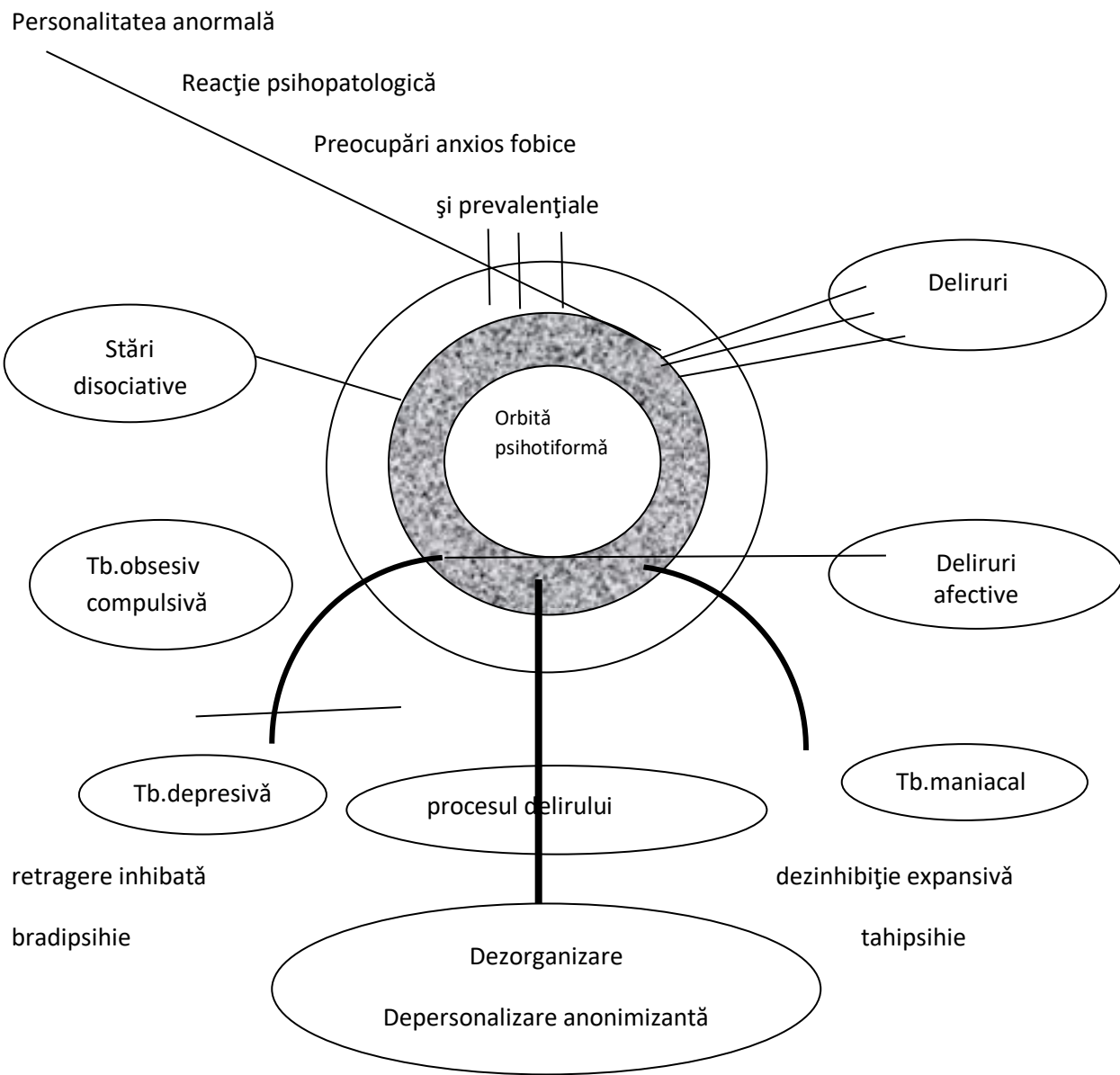
De aceea interesul îl purtăm sindroamelor însăși și corelării lor cu trăirile adaptative normale corespunzătoare; și nu etiopatogeniei și tratamentului lor. Și nici faptului că, eventual, aceste sindroame apar și în cadrul suferințelor organice cerebrale sau a utilizării de substanțe psihoactive. În schimb, psihismul omului actual va fi privit în permanență ca rezultatul antropogenezei și al istoriei culturale, a personogenezei ontogenetice, realizată în mijlocul rețelelor sociale; care, angrenează subiectul în structurile practicilor (teoretice) instituționalizate ale culturii sale istorice.

Nu credem că persoana umană a fost dintotdeauna așa cum e acum; și nici că va rămâne la infinit astfel constituită. Dar edificiul său actual, acela la care avem acces în prezent ca rezultat al unei uriașe devenințe, îl putem cât de cât sonda și pe această cale, a dramelor insuficienței sale psihopatologice.

Chenar 10

### Tulburări psihice orientate spre orbita psihotiformă

## VIAȚA COTIDIANĂ





## PARTEA ÎNTÂI

### TATONĂRI ÎN JURUL ORBITEI PSIHOTIFORME

Ideea de bază în sistematizarea prezentării celor zece mari sindroame psihopatologice constă în partajarea lor în psihotice și nepsihotice, ultimele gravitând însă în jurul unei “orbite psihotiforme”.

Prima parte, cea a sindroamelor ne(sau pre-)psihotice, se organizează în primă instanță în jurul dispozițiilor, care structurează prezența la situațiile actuale. Se pleacă de la dihotomia introdusă de Achenbach între tulburări externalizate și internalizate. Primul Capitolul se referă la Tulburările internalizate anxios fobice, a căror descriere e prezentată după DSM-5. Se introduce un comentariu privitor la specificul anxietății la om în raport cu anxietatea fobică la animale, Precum și observația fenomenologică privitoare la fragilitatea și destructurarea spațialității psiho antropologice la acest nivel (anxietatea fobică se amplifică odată cu depărtarea de spațiul sau persoana protectoare, în lipsa unui suport sau sprijin adecvat etc.). Mai e subliniat faptul ca anxietatea fobică psihotică se consumă la nivelul relaționării interumane ostile (paranoide). Anexa analizează tema “prezentului trăit” - care se referă la rezolvarea situațiilor problematice -, în raport cu celelalte dimensiuni ale temporalității personale; toate sprijinindu-se pe resimțirea duratei identitar biografice a persoanei socio-culturale.

Cap. 2 continuă prin comentarea tulburărilor externalizate ale copilului și adultului, pe care DSM-5 le include în Cap.15 al Tulburărilor disruptive de control al impulsurilor și de conduită. Acesta conține: tulburări impulsiv provocatoare, tulburarea explozivă intermitentă, tulburări de conduită, tulburări de personalitate antisocială; la care sunt adăugate în acest capitol ADHD și problematica psihopatiei. Starea dispozițională ce se manifestă disfuncțional în această clasă

nosologică e cea a tensiunii agresiv opozitive, cu tendințe dominatoare, ce poate evolua spre conflictualitate și manipulare; și care poate fi însoțită de o restricționare a emotivității. Prezentarea categoriilor nosologice e scurtă, reluându-se, cu câteva comentarii, cele scrise în DSM-5. Manifestările incluse în aceste sindroame sunt ușor accesibile simțului comun. Ele nu au nevoie de nici-un termen tehnic psihiatric; și, evidențiază cum trăiri firești și în esență adaptative, pot să se manifeste excesiv, distorsionat, dezadaptativ. E prezentată ceva mai detaliat problematica psihopatiei. În Anexă se urmărește felul în care stările deficitare disfuncționale în arie dispozițională se articulează cu parametri temperamentali, pentru configurarea tipologiei tulburărilor de personalitate.

Cap.3 și Cap 4. abordează treptat perturbarea structurii de fond a identității și a autonomiei agenției persoanei. Inițial sunt comentate, în Cap.3, tulburările disociative și tradiția histeriei, din care patologia disociativă derivă. E folosită sistematizarea din ICD-11, care păstrează conturul tradițional al tulburărilor histerice. Tulburarea disociativă de identitate și tulburarea disociativă de memorie, amintesc de fragilitatea și perturbarea identității sociale și mnestice pe care o exprimă această ancestrală suferință psihică. Iar tulburarea disociativă de transă (cu posesiune), subliniază aspectul relațional și de dependență a acestui întreg domeniu de patologie. Scurta schiță ce reface istoria histeriei, aduce mai clar în lumină condiția antropologică bazală a cărei fragilitate se exprimă acum, recte relaționarea dependentă, până la anularea propriei identități. În perspectiva istoriei culturale, trimiterea la șamanism ar putea da o interpretare antropologică comprehensivă pentru felul în care patologia histerică apare în medicina greco romană. Iar invocarea cadrului nosologic mai recent al tulburărilor reactive de stres, indică particularitatea mecanismelor etiopatogenice în acest caz. Mai precis, folosirea de către subiect a însăși condiției sale de bolnav, ca limbaj prin care solicită ajutor.

Cap.4 tratează sindromul obsesiv compulsiv (O.C.) atât prin simptomatologia sa de episod cât și prin cea de tulburare de personalitate. Se

subliniază de la început polarizarea patologiei O.C cu grupajul tulburărilor disociative. Iar pe de alta parte faptul ca amândouă aceste clase de tulburări exprimă o dedublare psihică. La nivelul TOC dedublarea e egodistonă, vizând în primul rând agenția comportamentală a sinelui girată de “funcțiile executive” (și nu identitatea sa, ca în tulburările disociative). Iar contextul psihopatologic e cel al unei hiperreflexivități lucide autonolitice, cu respingerea alterității (pe când la disociativi aveam o propensiune și o sumisiune față de alteritate). Simptomatologia e prezentată tradițional, cu accent pe trăirile obsesiv compulsive agresive, de contaminare și de ordine (spațială și ritualic temporală, cu aritmomanie). Comentarea spectrului obsesiv compulsiv și a diagnosticului diferențial, permite degajarea unor particularități ale acestei dimensiuni psihopatologice, dintre care menționăm în primul rând preocuparea față de proximitatea corporal spațială (incluzând limitele acestuia și spațiul casei). Faptul sugerează trăiri din clasa depersonalizării (fragilizarea și fluidizarea limitelor corpului). Se semnalează apoi situația aparte a apartenenței patologiei TOC la o clasa de tulburări ce începe cu autismul și ajunge la dezorganizarea ideo-verbală, având ca suport deficiența funcției formale a “coerenței centrale”. Pentru înțelegerea în ansamblu a patologiei obsesionale din TOC și din TPOC, se comentează în Anexă perturbarea funcției integrative neuropsihice a “coerenței centrale”.

Cap.5 se referă la sindromul maniaco-depresiv, încheind proiectul început în primul capitol odată cu abordarea dispozițiilor externalizate și internalizate. Mania și depresia sunt prezentate ca rezultând dintr-o distorsiune psihică deficitară, cu trecerea în prim plan a schemelor formale bazale a dispozițiilor externalizate și internalizate. Iar manifestarea lor majoră poate induce o transgresare directă a orbitei psihotiforme, prin ”ieșirea temporală din prezent”; chiar fără instituirea unui delir centrat de o temă delirantă (= transformarea identității persoanei într-un personaj narativ).

Abordarea marilor sindroame ale psihopatologiei e făcută în lucrarea de față cu intenția de a descifra aspecte și dimensiuni specifice ale psihismului uman. Pentru ca diverse clase sindromatice să fie posibile, e necesar ca psihismul normal al persoanei să aibă o anumită configurație, o structură a cărei deficit disfuncțional respectivele tulburări tocmai o exprimă. De aceea expunerea comentată și interpretată a marilor sindroame psihopatologice ar putea constitui și o provocare pentru cei interesați de o psihologie antropologică comprehensivă și sintetică. E vorba de un proiect de amploare, ce se derulează în prezent în multiple planuri ale științelor antropologice. Dat fiind că întreaga lucrare e orientată în această direcție, la finalul ei se va prezenta într-o Anexă și profilul conceptual ce tinde să se contureze prin analiza factologiei psihopatologice. Dar o schiță orientativă a unei astfel de scheme e necesară de la început, ca un referențial de avut în vedere.

După cum s-a menționat în Introducere, trimiterea la sistemul facultăților psihice pe baza căruia s-a constituit în sec.XIX semiologia psihiatrică nu e operațională dacă privim din perspectivă antropologică; și nu doar din cea a clinicii medicale. Iar proiectul dezvoltat de Jaspers la începutul sec.XX, deși a fost un timp ordonator, nu s-a mai putut păstra în forma sa inițială în a doua jumătate a sec.XX, în urma multiplelor cercetări psihologice, realizate de diverse școli doctrinare. Vom trece de aceea la sinteza, deja menționată, încercată spre jumătatea sec.XX de către Ey, (Chenar 2), care ținea deja cont de experiența cercetărilor comportamentaliste și configuraționiste, ale psihanalizei și ale fenomenologiei. Acest proiect sugera două axe complementare de analiză : - conștiința situației actuale; și, - conștiința diacronă a persoanei morale. Perspectiva acestor două axe a fost dezvoltată în a doua jumătate a sec XX și începutul sec XXI prin ample cercetări cognitiviste, neofenomenologice, neopsihanalitice, personologice (caracteriologice), interpersonale etc; fiind integrată în doctrine precum cea vulnerabilitate/stres, developmentală și a ciclurilor vieții sau cea evoluționist culturală. În toată aceasta perioadă s-a produs însă și o modificare de limbaj, astfel

încât conceptul de eu conștient a fost înlocuit treptat cu cel de sine intențional reflexiv.

Având în spate aceste dezvoltări, sugestia lui Ey s-ar putea relua după un model (Chenar 6) a cărui coordonate ar putea fi rezumate hiperconcentrat astfel: perspectiva diacronă e reprezentată de sinele intențional reflexiv al unității și coerenței delimitate a identității persoanei. Unitate ce integrează un pol corporal, o dimensiune duratei biografico caracteriale și un alt pol, al integrării și circumscrierii socio-culturale. Din acest fundal emerge și se afirmă agenția sinelui intențional reflexiv (autogenerativ și sintetic), prin care el se angajează în raportări active și autocontrolate la situațiile lumii, afirmându-și autonomia (în contextul unor multiple condiționări). Iar perspectiva sincronă s-ar configura prin implicarea sinelui în rezolvarea unor situații problematice actuale, ce sunt integrate în preocupări și proiecte de durată. Raportarea la o situație dată presupune o deschidere dispozițională a subiectului față de problematica prezentă ce i se relevă; urmată de actualizarea unor disponibilități de competențe cognitive și comportamentale obținute genetic și prin experiențe de viață. Iar în această apertură, agenția sa proiectează un plan de acțiune ce urmează a se desfășura după coordonatele "funcțiilor cognitive executive", în colaborare cu alții; și prin implicarea normativității socio-culturale din fundal.

Cele două axe menționate sunt susținute de o instanță metareprezentatională, ce se desfășoară sprijinindu-se pe limbajul narativ critic, prin care subiectul evaluează și operează pe modele probabiliste ale realității date. Instanță în care el se autoreprezintă ca personaj.

Psihismul persoanei conștiente se edifică progresiv pe parcursul ontogenezei, în paralel cu maturarea organismului și creierului său, prin experiențele și învățărilor ce le trăiește în mediul de interrelaționare strânsă cu alții, în familie și în general în nișa sa ecologică umană. Proces pe parcursul căruia el asimilează, „introjectează” imagouri ale persoanelor de atașament. Progresiv,

trecând prin etape formatoare succesive, se amplifică abilitățile, competențele și cunoștințele la școală, conducând spre o imagine și o reprezentare de ansamblu a lumii sale umane, pe care o centrează; având în permanență și o autoreprezentare critic valorică despre sine. Această reprezentare constituie, împreună cu sentimentul identității de sine un fundal aperceptiv în spatele raportărilor actuale la lume.

Persoana identitară se află în permanență în relații intersubiective, de atașament, raportare și comunicare cu persoanele din rețelele sociale în care e inclus; iar cele din zona intimă pot fi "introjectate" în propria structură psihică, constituind un "câmp dual" de interinfluențare. În arie publică, subiectul participă cu un anumit statut și rol social la practicile instituționalizate ale comunității sale culturale, ordonată prin norme și valori. Iar "lumea umană" care-l înconjoară e susținută de mediul lingvistic narativ critic – de dimensiunea teoretică a acestuia - și e populată de entități fictive din care fac parte nu doar personaje istorice sau supranaturale, ca și concepte științifice, matematice, de fundare filosofică sau simboluri transcendente; și în care se autoproiectează ca personaj. Psihismul individual e articulat definitiv cu instanța teoreticului (cultural-spiritual, științific, filosofic) astfel încât el participă constant la aceasta; iar uneori, este o personalitate creatoare, lăsând în urma sa opere artistice, științifice, filosofice.

Schema menționată mai sus a psihismului persoanei va fi reluată și detaliată în capitolele lucrării.

Chenar 33

### Fundalul identitar al persoanei

se exprimă prin trei instanțe (1,2,3)

3. Instanța socioculturală a persoanei  
(nme, origine, statut familial, profesional,  
religie, leadership)

sine

↓ ↓ ↓

Funcții metareprezentative - personaje

Stima de sine  
autoevaluare

a) Sinele temperamental  
caracterial al stilului manifestărilor  
acțiunile, reactive și active  
(etichetare caracteriologică după  
tipologii cultural științifice)

2) Sinele  
identității  
biografico-caracteriale

sine

eventiment  
situație actuală  
prezent trăit

b) Sinele narativ al coerenței  
identitar biografice, care  
interpretează scene și evenimente  
trăite (ce pot fi reprezentate și  
narate)

intimitate  
empatie

c) Sinele autonomiei agenției, în  
context relațional  
(efectivă și trăită)

autodirecționare

Sine

1. Sinele fizic, corporal

- (parametrii obiectivi ai corporalității
- corpul trăit subiectiv)

## CAPITOLUL 1

### TULBURĂRILE INTERNALIZATE ANXIOS FOBICE

#### 1.1. Tulburările internalizate anxios fobice și stările dispoziționale ale omului

Una din sugestivele și fructuoasele idei de sistematizare ale tulburărilor psihice a fost cea a lui Achenbach (1966, 1970), aplicată inițial pedopsihiatriei, de plasare a grupajelor simptomatologice între doi poli comportamentali opuși: cel externalizat, care reflectă tendința spre conflicte cu lumea exterioară; și cel internalizat, în care pacientul are probleme cu el însuși. Tulburările externalizate se referă la comportamente insuficient controlate, impulsive („acting-out”), deseori conflictuale. Tulburările internalizate reunesc stări supracontrolate, inhibitate, cu retragere socială, anxietate, depresie. Suportul acestei grupări e reprezentat și de comorbiditatea clinică cea mai frecventă a sindroamelor ce tind să se agrege spre unul din cei doi poli.

Ilustrative pentru tulburările externalizate ar putea fi considerate cele cuprinse în Cap 13 din DSM-5, care se referă la Tulburările disruptiv impulsive ale copilului și adultului, incluzând și tulburările de personalitate antisocială. Iar pentru cele internalizate, tulburările anxios fobice, depresive și obsesiv compulsive.

Vom începe comentariul marilor sindroame psihopatologice abordând în acest prim capitol tulburările internalizate anxios fobice, plasate în DSM-5 în Cap.6. Acestea pot fi raportate ușor și comprehensiv la condiții reactive anxios fobice din viața cotidiană. Iar apoi, pentru contrast, vom prezenta în următorul Cap. tulburările externalizate disruptiv impulsive, plasate în DSM-5 în Cap.13; și care se manifestă pe fundalul unei dispoziții iritabil agresive și conflictuale, predominant în perioada developmentală a ontogenezei. Aceste ultime tulburări au și o durată prelungită, uneori de câțiva ani. De altfel, în același Cap.13 – DSM-5 e



inclusă și Tulburarea de Personalitate (TP) antisocială, profilându-se astfel de spectrul unei patologii care tinde să afecteze structura caracterială a persoanei. Structură ce constituie un fundal pentru manifestările și reacțiile circumstanțiale situaționale – mai mult sau mai puțin comprehensibile – fie ele anxioase, de rușine, depresive sau chiar explozive.

Atât perspectiva anxios reactivă cât și cea iritabil conflictuală – eventual corelată unei personalități aparte, implică acum persoana într-o modalitate care o menține între parametrii vieții cotidiene; și nu afectează structura identitară profundă, ce se corelează cu instanța supraindividuală a teoreticului, ca în psihoză.

Pentru tulburările anxios fobice raportarea la echivalentul lor în normalitate nu e dificilă, ea fiind intuitivă. Starea anxioasă este o dispoziție afectivă („stimmung” în germană, „mood” în engleză, „humeur” în franceză) în care subiectul resimte iminența unui pericol, posibil dar nedefinit (ca loc, moment și mod de desfășurare). Iar frica, fobia, exprimă o trăire și un comportament raportat la un pericol de obicei definit, față de care subiectul dezvoltă o conduită de evitare, asigurare, ascundere, punere sub protecție. Pe scurt acestea ar fi caracteristicile formale ale dispoziției anxioase și fobice, care pot fi comparate cu alte dispoziții umane adaptative. A fost deja invocată în Introducere starea de alertă tensionată ce o poate trăi animalul când ajunge în teritorii necunoscute, potențial periculoase. La fel și omul poate trăi o stare de anxietate dacă străbate o țară străină, dușmănoasă, a cărui teritoriu și limbă nu o cunoaște. Sau, când se rătăcește într-o pădure în care îl prinde înserarea, în apropiere putând fi lupi și urși. Iar dacă percepe un dușman sau un lup apropiindu-se, îl invadează frica și încearcă să se ascundă. Desigur, dispoziția anxios fobică poate fi prezentă, în plan secund, și în împrejurarea confruntării directe cu un adversar, pe viață și pe moarte; caz în care ea dublează dispoziția expansiv beligerantă prin care subiectul abordează acum situația. Exemplele invocate sugerează o trimitere spre manifestări comportamentale dispoziționale situaționale, similare cu cele din biologie; unde acestea au o

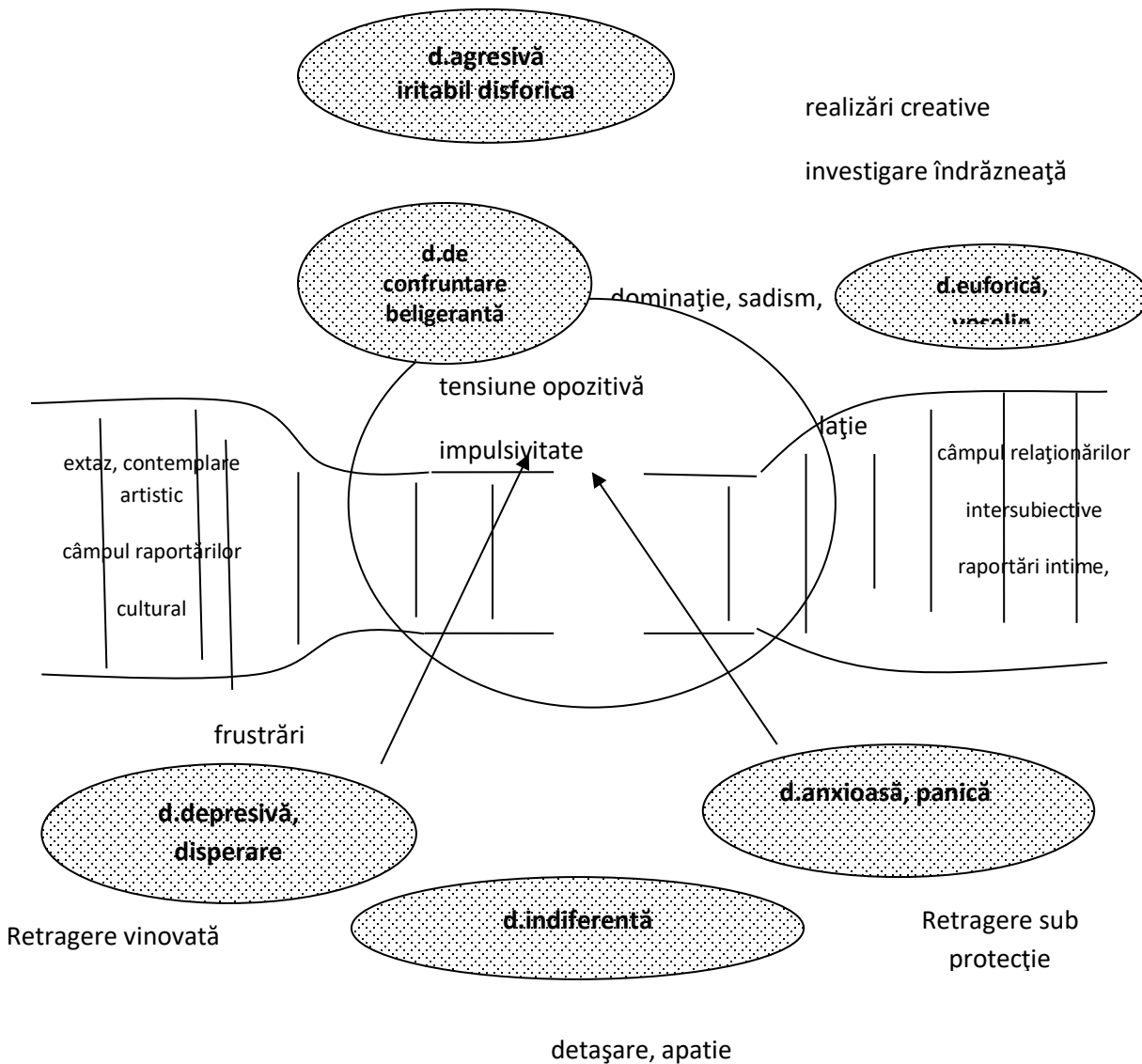
evidentă conotație adaptativă. Pentru om anxietatea și frica au, desigur, un larg câmp de raportări la contextele lumii sale specifice. Dar ele rămân tot timpul, în esența lor și dispoziții afective cu sens adaptativ prin care subiectul se poziționează într-un mod determinat și specific față de situații potențial periculoase și insuficient controlabile

Stările dispoziționale umane sunt multiple și variate. (Chenar 11) Astfel, a fost deja menționată dispoziția agresiv combativă, ce se poate manifesta la oameni curajoși și fără de acompaniament anxios fobic. Apoi, succesul în confruntare, induce de obicei o stare dispozițională pozitivă, de mândrie, autoevaluare pozitivă și încredere în sine, ce se poate dezvolta într-o dispoziție euforic petrecăreață pe parcursul sărbătoririi victoriei. Sau, în urma înfrângerii, se poate actualiza și instala o stare dispozițională (afectivă) depresivă, pe parcursul căreia subiectul se retrage inhibat, pentru reculegere, refacere și reorganizarea proiectelor (Chenar...). În continuare poate fi menționată dispoziția comportamentală investigatorie, susținută de curiozitate și îndrăzneală, prin care subiectul explorează variate domenii ale lumii sale. Și la fel, dispoziția ergică pentru munca realizatoare performantă, creativă. Dar omul poate trăi și episoade în care se simte „prost dispus”, lipsit de o dispoziție necesară pentru muncă și efort. Variate sunt stările dispoziționale și în situațiile în care oamenii se raportează direct unul la altul, uneori punând în joc o sociabilitate crescută dar superficială. Sau, o deschidere receptantă a apropierii sufletești, a cunoașterii reciproce tot mai intime, tinzând spre colaborare și comuniune; ori, o raportare marcată de suspiciune, de dominare, de sumisiune etc.

Stările dispoziționale omenești pot viza fenomenologic mai ales trei domenii interconectate: un obiectiv comportamental pragmatic, relaționarea cu alții și autoevaluarea. Situația unei confruntări nemijlocite între doi dușmani, pe viață și

Chenar 12

**Principalele stări dispoziționale comportamental afective și relaționale în câmpul pragmatic al vieții cotidiene**



În schemă sunt sugerate și două câmpuri de relaționări particulare: cel al intersubiectivității intime și cel al raportărilor culturale, ce deschide persoana spre transcendență

pe moarte, are ca obiectiv pragmatic victoria – sau salvarea – se petrece în cadrul unei relaționări de confruntare și se însoțește de o autoevaluare ce poate combina încrederea în sine cu neîncrederea anxioasă.

Dispoziția afectivă anxios fobică de la care am pornit face parte, deci, dintr-o largă clasă a stărilor dispoziționale, prin intermediul cărora psihismul persoanei se raportează la variate situații cu care se confruntă în lumea sa, actualizând din fundalul psihismului anumite poziționări atitudinale (Chenar...).

Raportarea la o situație dată presupune intenționalitatea reflexivă a unei deschideri față de o problematică a lumii din vate subiectul face parte și în care se integrează (Chenar...). Faptul implică sesizarea propriei sale situații sau poziții în împrejurarea respectivă, bază pentru actualizarea unei stări dispoziționale adecvate. În cazul anxietății fobice subiectul se resimte poziționat într-o condiție de vulnerabilitate accentuată în fața unor foarte probabile amenințării sau agresiuni, ce au în vedere deposedarea, lezarea sau anihilarea sa. Motiv pentru care el se orientează spre evitare, protecție și susținere din partea altora. Alta e, desigur, atitudinea (poziționarea atitudinală) a subiectului față de o situație care-i induce combativitate beligerantă; sau dacă ajunge să adopte o dispoziție de elacție euforică, depresiv retractilă sau de indiferență rece. Cazul dispoziției anxioase, în care subiectul resimte un pericol nedefinit ce-l amenință cu anihilarea, este și unul mai deosebit, cu semnificație existențială, ontologică.(Chenar 14)

În continuare vom trece în revistă tulburările anxios fobice, inițial prin modalitatea în care acestea sunt comentate în DSM-5.

## 1.2. Tulburările anxios fobice în DSM-5

DSM-5 descrie 7 astfel de tulburări: - anxietatea de separare ; - mutismul selectiv – fobiile speciale; - anxietatea socială; - atacul de panică; - agorafobia; - anxietatea generalizată. Vor fi prezentate pe scurt aceste tulburări într-o ordine

puțin diferită; iar după comentarea anxietății fobice la animale și om, descrierea lor va fi reluată mai detaliat.

**Tulburările centrate pe anxietate sunt două. Prima e tulburarea de anxietate generalizată (A.G.) care constă dintr-o stare de excesivă anxietate și îngrijorare („worry”) continuă, ce se menține peste 6 luni inducând deficiență în funcționare și suferință (distress). Ea se obiectivează prin: neliniște psihomotorie, iritabilitate, tensiune musculară, dificultăți de concentrare, fatigabilitate, tulburări de somn (mai ales de adormire și coșmaruri). Expresia pacientului e caracteristică: privire mobilă și îngrijorată, nu poate sta locului și își frământă mâinile, tresare ușor, nu poate asculta concentrat mai mult timp. Concomitent sunt prezente tulburări neurovegetative: tahicardie, extrasistole, transpirații, hiperpnee, reacții cutanate, balonări, eructații, micțiuni frecvente, uscarea gurii, amețeli, încheșarea vederii, vertij, cenesopatii, algii. E frecventă creșterea preocupării față de sănătate. Pacientul nu suportă singurătatea, starea de rău se accentuează spre seară, îl deranjează întunericul, nu poate dormi singur. Randamentul în muncă și/sau învățătură scade.**

**A doua tulburare anxioasă e atacul de panică (A.P.) care e o manifestare paroxistică ce se instalează brusc și durează câteva minute, mai rar zeci de minute. Subiectul resimte un sentiment al morții iminente, solicită dramatic prezența altora și ajutor medical; sau, are sentimentul că își pierde mințile; mai pot apare simptome de depersonalizare/derealizare . Tot brusc se instalează tulburări neurovegetative intense: palpitații, tahicardie pronunțată cu posibila creștere a tensiunii arteriale, transpirații profuze, tremor, dispnee, senzație de sufocare, greață, vertij, frisoare, paretezii, dureri. Pacientul poate avea senzația de cădere în gol sau că lucrurile se precipită peste el.**

Atacul de panică poate fi comorbid cu alte tulburări psihice, în primul rând cu cele anxioase fobice; dar și cu depresia, bipolaritatea, tulburarea obsesiv compulsivă, alcoolismul sau consumul de substanțe psihoactive. Poate apare și în suferințe generale sau cerebrale și necesită un îngrijit diagnostic diferențial. Se descrie și o tulburare de panică ce ar consta doar din A.P.recurente. Pacientul care a avut cel puțin un atac de panică e predispus la anxietate anticipativă.

Tulburările fobice se referă la o temă, un obiect, o ființă sau o situație, în prezența căreia subiectul prezintă trăiri anxioase din seria AP; motiv pentru care dezvoltă conduite de evitare sau asigurare; precum și anxietatea anticipatorie.

Se descriu așa zisele fobii speciale care sunt relative limitate. Așa sunt: Fobiile de animale (păianjeni, șerpi, insecte, șoareci, câini, cai etc.). Fobii de evenimente sau stări naturale (foc, apă, furtună cu tunete etc). Fobiile corelate actului medical (injecții, intervenții dentare, medicamente, sânge). Fobiile spațiale : de înălțime, de adâncime – (batofobia), de locuri înguste din care nu se poate ieși ușor, inclusiv aglomerație – claustrofobia; de spații largi care trebuiesc străbătute fără puncte de sprijin fizic. Fobiile de mijloace de transport în comun, ce pot fi aglomerate (autobuz, tren, avion); acestea și fobiile spațiale contribuie la structurarea complexului agorafobic.

\*Anxietatea de separare e comentată în primă instanță ca o tulburare dezvoltată ce constă într-o excesivă frică de separare a copilului de persoana de care e atașat. El anticipează stări de rău în cazul în care protectorul său nu va fi prezent; refuză de a merge singur departe de acesta sau de acasă; uneori nu poate dormi singur noaptea, are coșmaruri privitoare

la separare; prezintă acuze somatice când separarea se prefigurează sau se petrece.

**\*Mutismul selectiv** este o tulburare ce se manifestă în copilărie și constă în lipsa vorbirii în anumite situații specifice în care în mod firesc ar trebui să vorbească (de ex, la școală), deși în alte situații el vorbește. Durata tulburării este de peste 1 an și interferează negativ cu activități educaționale. Tulburarea nu se datorează lipsei de cunoștințe ale limbii sau altor condiții maladive (mutismul selectiv e un fel de echivalent al anxietății sociale în copilărie).

**\*Agorafobia** constă în dificultatea anxioasă a subiectului de a se deplasa singur în spații publice, departe de casă și de persoanele protectoare, mai ales în zone aglomerate (magazine, piețe, săli de spectacole) și în mijloacele de transport în comun aglomerate. În astfel de împrejurări apar A.P. cu ulterioară anxietate anticipatorie și conduite de evitare și asigurare (merge doar însoțit de persoane de încredere). Fobiile spațiale deja menționate și anxietatea socială pot contribui la complexificarea sindromului (de ex. dacă pacientul ar trebui să vorbească în fața unei adunări. O contribuție importantă o are și anxietatea de separare).

**\* Fobia sau anxietatea socială** se referă la raportarea printr-o așteptare anxioasă și evitare a situațiilor în care subiectul urmează să apară public, în fața unor spectatori sau examinatori, care-l privesc atent, evaluativ. În astfel de situații el se emoționează intens, inhibându-se, roșind și dezvoltând tulburări neurovegetative, cu un sentiment penibil de rușine. Evenimentul odată trăit angrenează conduite de evitare și anxietatea anticipatorie. La copil se descrie ca echivalent un mutism electiv în anumite împrejurări de expunere publică.

Tulburări psihice anxios fobice ca cele menționate mai sus au fost circumscrise clinic mai ales începând cu a doua jumătate a sec.XX. Iar o parte au

fost studiate mai detaliat în corelație cu dezvoltarea doctrinei atașamentului și analiza relațiilor interpersonale, incluzând anxietatea de separare. Anxietatea din psihopatologie e însă mai amplă decât categoriile explicit incluse în DSM-5. Ea însoțește, de ex. frecvent tb.internalizată depresivă. Comorbiditatea anxios depresivă e frecventă și se poate manifesta cu accent pe fiecare din cele două dispoziții afective. De asemenea anxietatea generalizată și atacul de panică se întâlnesc des în boala bipolară, care depășește limitele existenței cotidiene, în direcția orbitei psihotiforme; tulburare în care episoadele depresive alternează cu cele maniacale, în diverse forme clinice și intensități (Chenar 36). Anxietatea e prezentă constant și în patologia obsesiv compulsivă (OC) în care simptomatologia O.C. e dublată de o nesiguranță de fond, însoțită de un hiperautocontrol global. În aceasta din urmă se întâlnesc însă și fobii mai particulare, anancaste – de ex. contaminare cu microbi - care se pot combina însă cu AG și AP. Reacția de stres posttraumatic e și ea intens marcată de anxietate. Apoi, Freud considera că incertitudinea anxioasă rezultată din conflictul intrapsihic, este însăși motorul ce duce spre elaborarea întregii simptomatologii nevrotice.

Cea mai importantă patologie anxios fobică se regăsește însă în delirul paranoid, plasat în centrul orbitei psihotiforme, când subiectul e convins că alții, instituții și organizații, intenționează să-i facă - sau i-au făcut deja - ceva rău. De remarcat că dispoziția anxios fobică întâlnește orbita psihotiformă a delirului, mai ales când e însoțită de un scenariu relațional interuman, desfășurat într-un plan ficțional, în care subiectul se resimte o victimă a agresiunii celorlalți. Faptul o diferențiază de stările afective dispoziționale de euforie și grandiozitate maniacală și de cele depresive, inhibitate și autodepreciatoare, în care convingerile delirante psihotiforme se conturează centrate pe autoevaluare (Cap.5.5.). Atitudinea ostilă din partea celorlalți din delirul paranoid se însoțește și de sentimentul supravegherii, a accesului nestăvilat al străinilor, prin mijloace supranaturale, în toate locurile intime în care subiectul s-ar putea ascunde. Ba mai mult,



supravegherea și controlul pătrund și în intimitatea psihismului, odată cu simptomele depersonalizante de transparență/influență. Se poate astfel remarca faptul că anxietatea paranoidă se însoțește de prăbușirea arhitectonicii distanțelor interpersonale, care în normalitate fac ca accesul la intimitatea psihică să nu-l aibă cei îndepărtați sufletește, străinii.( Chenar 55). Patologia anxios fobică întâlnește deci relaționarea interpersonală la două extreme. Pe de o parte, în plan nepsihotic, la nivelul anxietății de separare, când subiectul se simte în siguranță doar în apropierea mamei, a persoanelor protectoare de atașament (iar acest model se extinde și la agorafobie, anxietatea socială și mutismul selectiv). Iar pe de altă parte, în condiția psihotică a paranoidiei, unde pericolul fobogen maxim vine din partea altora, a instituțiilor și instanțelor supranaturale ce se asociază și se coalizează împotriva sa.

### **1. 3. Anxietatea și frica la animale și om**

Frica e de obicei enumerată printre importantele instincte ale animalelor, jucând un important rol în supraviețuirea indivizilor unei specii, care se străduie ca în împrejurări periculoase să “scape cu viață”. La mamiferele superioare se poate comenta, mai ales la ierbivore, frica înăscută dată de mecanisme genetice care asigură identificarea unor predatori specifici. Șoarecelui îi e frică de pisică și oii de lup. Dar frica în corelație cu diverse pericole e și o condiție generică a indivizilor animalii care e parțial învățată. Ea se manifestă prin conduite de retragere, ascundere, plasarea în condiții de protecție. Frica este, și în biologie, raportată totdeauna la “ceva” periculos, identificabil și localizabil, determinat. Ceva ce poate fi până la un punct evitat, din fața căruia individul se poate retrage și ascunde. Pe când anxietatea se referă în biologie – așa cum s-a menționat - la situația în care sunt receptați unii indici referitori la un pericol încă neprecizat, posibil. Presentimentul anxios al pericolului potențial e prezent în deplasarea individului animal prin teritorii necunoscute, departe de vizuina și grupul familiar,

în zone fără repere știute. Această condiție exploratorie, de investigare, se însoțește de o vigilitate (arousal) crescută, de o alertă și punere în tensiune a organelor de receptare a informației și de execuție, de o creștere globală a metabolismului, de activarea sistemului nervos vegetativ, care, toate, pregătesc organismul pentru manifestări neobișnuite, extreme, periculoase, pentru solicitări intense de confruntare sau retragere.

Odată cu psihismul uman, parametrii desfășurării fricii și anxietății se amplifică mult în raport cu cei din lumea animală, datorită instanței metareprezentationale introdusă de limbajul narativ, a relației de atașament și a altor caracteristici ale psihismului și lumii umane. Schema comportamentală biologică a explorării tensionate a unui teritoriu necunoscut, nou, potențial periculos, se păstrează însă. Ea este evidentă la copilul mic ce se deplasează curios în spațiul pe care-l poate parcurge, privind în toate părțile, punând mâna pe toate obiectele noi pe care le întoarce pe toate fețele. Această conduită exploratorie se corelează însă la copilul uman cu dezvoltarea atașamentului față de mama protectoare, a cărei imago îl introjectează. Dacă se realizează o bună și sigură relație de atașament, copilul explorează în siguranță și cu îndrăzneală noile situații. În varianta anormală a unui atașament fuzional, copilul dependent nu se mai simte în siguranță decât în imediata apropiere a mamei; iar orice explorare a situațiilor noi departe de mamă, îi induce un disconfort anxios, cu neliniște și cu întreaga stare de alertă psihocorporală, prezentă și în biologie (= anxietate de separare). Acest exemplu subliniază de la început importanța raportărilor interpersonale în derularea fenomenelor anxios fobice umane. Dincolo de mica copilărie, conduita explorării de către om a unor teritorii necunoscute, potențial periculoase, - deci marcate de un pericol posibil - e însoțită prin definiție de menționata stare de alertă hipervigilă, cu atenție distributivă, punere în tensiune a musculaturii și organelor receptoare, și executive, alerta s.n. vegetativ, metabolism crescut etc. Iar acestea se exprimă cu atât mai mult, cu cât parametrii de siguranță, protecție și

capacitate de autoafirmare în eventualitatea unei confruntări sunt mai reduși. Manifestarea stării de alertă biopsihică în afara unor împrejurări de investigare sau de așteptare a unui pericol iminent, bine conturat, exprimă simptomatologia anxietății generalizate (AG).

Trecând dincolo de copilărie și de conduita de investigare a ambianței, problematica anxios fobică a omului se desfășoară pe amplele coordonate ale lumii umane. Aceasta cuprinde, pe lângă universul interpersonal social-structurat prin practici instituționalizate și prin relaționările distribuite prin diagrama intim/public-și personajele supranaturale ale instanței sacrale, ale mitologiei și ficțiunii. Deja din mica copilărie subiecților le e frică seara de „Baba Cloanța”. Referința de bază a anxietății fobice rămâne, la fel ca în biologie, pericolul mai mult sau mai puțin precizat. Iar ca termen ultim, pericolul trimite la moarte, la anihilarea brutală a propriei existențe.

Ideologia culturii umane dezvoltă ample scenarii metareprezentationale ale vieții de după moarte, în care subiectul individual, ca personaj, continuă să viețuiască într-un fel aparte. Instanța supranaturală a zeilor este, în același timp una protectoare și una din partea căreia te poți aștepta la sancțiuni. Apoi, însăși structura instituțională supraindividuală a socioculturii, funcționează atât ca protectoare cât și ca sursă de posibile puniții. Statul și regele, cei plasați în vârful ierarhiei sociale, au puterea de a-i sancționa pe subordonați; care, în consecință, se tem de ei. Dar așteaptă din partea lor și protecție. Sclavul se teme, implicit, de stăpânul care-l are în custodie. Normativitatea legilor pretinde sancțiuni în cazul încălcării lor, astfel încât cetățeanul are a se teme de brațul justiției. Educația se face și ea cu sancțiuni, pozitive și negative.

La om, în cea mai mare măsură frica se învață; și se referă la realități socioculturale. Totuși, și în lumea umană indivizii se pot concura și se pot opune unii altora pe viață și pe moarte. O bună parte a fricilor umane se referă la o astfel de raportare tensionată și periculoasă cu alții sau cu instanțe umane. Omul e

singurul animal care practică uciderea intraspecifică, care este chiar instituționalizată prin meseria militară și prin războaie. Când se confruntă decisiv cu altul sau cu mai mulți oameni, subiectul trebuie să fie impulsivat de curaj și energie expansivă, din aria externalizată. Dar în mod normal anxietatea fobică nu lipsește în cadrul luptei. Sunt desigur persoane extrem de curajoase, imune la frică. Însă și persoane mai puțin curajoase, pentru care condiția confruntării care extermină, e extrem de anxiogenă.

Anxietatea fobică crește dacă subiectul se află singur și expus în fața multor oponenti și dușmani, care cunosc și au ușor acces la punctele sale vulnerabile. Deci, dacă capacitatea de a face față agresiunii e subminată. Ea se reduce însă dacă subiectul obține „suport” și „sprijin” din partea altora. Și în primul rând de la persoanele de atașament și de la cele puternice, în care are încredere. Adică dacă alții, puternici, „îl susțin”, „îi acordă un sprijin de braț”; sau, „îi asigură spatele”. În mod semnificativ delirul de persecuție paranoid se însoțește de sentimentul urmăririi și supravegherii intimității. Căci în măsura în care dușmanul s-a apropiat și se află în imediata proximitate, el poate lovi oricând și eficient subiectul, care nu mai are cum să se protejeze „spațial”; care nu se mai poate ascunde, nu mai are „nicio portiță de scăpare”. Dimensiunea anxios fobică a psihismului persoanei umane se definește, în mare măsură pe coordonatele spațiale ale raportării la lume, și în primul rând ale relaționării interpersonal sociale.(Chenar 17)

Dispoziția anxioasă se limitează la presentimentul unui posibil pericol iminent, dar nedefinit și neprecizat ca temă și împrejurări (moment și loc) de apariție; în raport cu care subiectul se simte vulnerabil. Preconștiința faptului de a nu putea face față pericolului, sentimentul slăbiciunii, a lipsei de forță și control a situației, insuficiența mijloacelor de apărare și a accesului la ajutor, inexistența unor căi asigurate de retragere la nevoie, crește sentimentul de vulnerabilitate și predispun spre trăiri anxios fobice. Iar în măsura în care un pericol definit și evident ajunge să amenințe subiectul, astfel încât nu mai întrevede nicio cale de

scăpare, el poate trăi spaima, groaza, panica în fața morții iminente. Criza de angoasă poate fi considerată ca o declanșare anormală a unei astfel de trăiri, în afara unor situații care o determină efectiv, prin împrejurările și semnificația lor.

Anxietatea paroxistică, angoasa, panica, au fost caracterizate, și în afara psihopatologiei, ca senzații subiective acute ale pierderii autocontrolului și a iminenței morții. În descrierea acestor trăiri au fost invocate de asemenea predominant metafore spațiale. De fapt însăși termenul de angoasă și cel de anxietate derivă de la o expresie latină ce trimite spre îngustare. S-au folosit apoi expresii ca: „impresia că pământul fuge de sub picioare...” că „se taie picioarele”..”că lipsesc punctele de sprijin și reperele”..”sentimentul de prăbușire, de cădere în gol, în abis”. Referințe la spațialitatea lumii trăite se întâlnesc și în unele fobii aflate la limita normalității, cum sunt cele de înălțime, de locuri închise, înguste, fără posibilitate de retragere, de spații largi în lipsa unor puncte de sprijin. Toate acestea pot fi puse în relație și cu condiția spațială verticală a corporalității umane, caracterizată prin stațiunea bipedă și privirea concentrată. În biologie există desigur multiple variante de stațiuni și deplasare, inclusiv cea arboricolă, la maimuțe dar nu ceva similar celei bipede umane.

Pentru om stațiunea verticală are o semnificație cu totul specială, asupra căreia atrăgea atenția Eliade, (Chenar 16 );

Chenar 13

### **Eliade despre poziția verticală a omului și începuturile religiozității**

“Poziția verticală a omului marchează depășirea condiției primatelor. Nu ne putem menține în picioare decât în stare de veghe. Grație poziției verticale spațiul este organizat într-o structură inaccesibilă pre-hominizilor: în patru poziții orizontale proiectate pornind de la un ax central “sus-jos”. Altfel spus, spațiul se lasă organizat în jurul corpului omenesc, ca întinzându-se în față, în spate, la dreapta, la stânga, sus, jos. Pornind tocmai de la această poziție originară – a te simți “azvârlit” într-un mediu de întindere aparent nelimitată, necunoscută, amenințătoare – se eliberează diferite moduri de “orientatio”; căci nu putem trăi mult timp în amețeala provocată de dez-orientare. Această experiență a spațiului omenesc în jurul unui “centru” explică importanța diviziunilor și împărțirii teritoriilor, a aglomerărilor și a locuințelor, cu simbolismul lor cosmologic”.

ea fiind corelată cu tema stabilității lumii organizate de un centru, din care se înalță un ax spre o lume transcendentă, generatoare și protectoare.

Patologia anxios fobică umană se corelează în mare parte cu acțiunile ce se realizează prin deplasarea pe orizontală, care necesită un teren ferm sub picioare și un bun control al teritoriului, al mediului imediat înconjurător, perceput ca spațiu al acțiunilor posibile. Confruntarea cu dușmanul într-o luptă pe viață și pe moarte se desfășoară, la fel ca orice acțiune umană eficientă, pe suprafața orizontală a pământului ferm, ea neputându-se realiza eficient pe o mlaștină. Controlul asupra teritoriului din preajmă este deci deosebit de important pentru cel ce se lupta sau trebuie să se ascundă. Când intervine însă condiția ultimă, a pericolului suprem, deși nedefinit, care e pe cale să anihileze prin moarte însăși existența persoanei, trăirea angoasei pune în joc cu preeminență dimensiunea verticală a lumii umane, declanșând vertijul angoasant al căderii în abis, sub extazul înălțării spre transcendență.

#### **1.4. Prezentarea semiologică detaliată a anxietății generalizate și a atacului de panică, alături de a altor tulburări anxios fobice.**

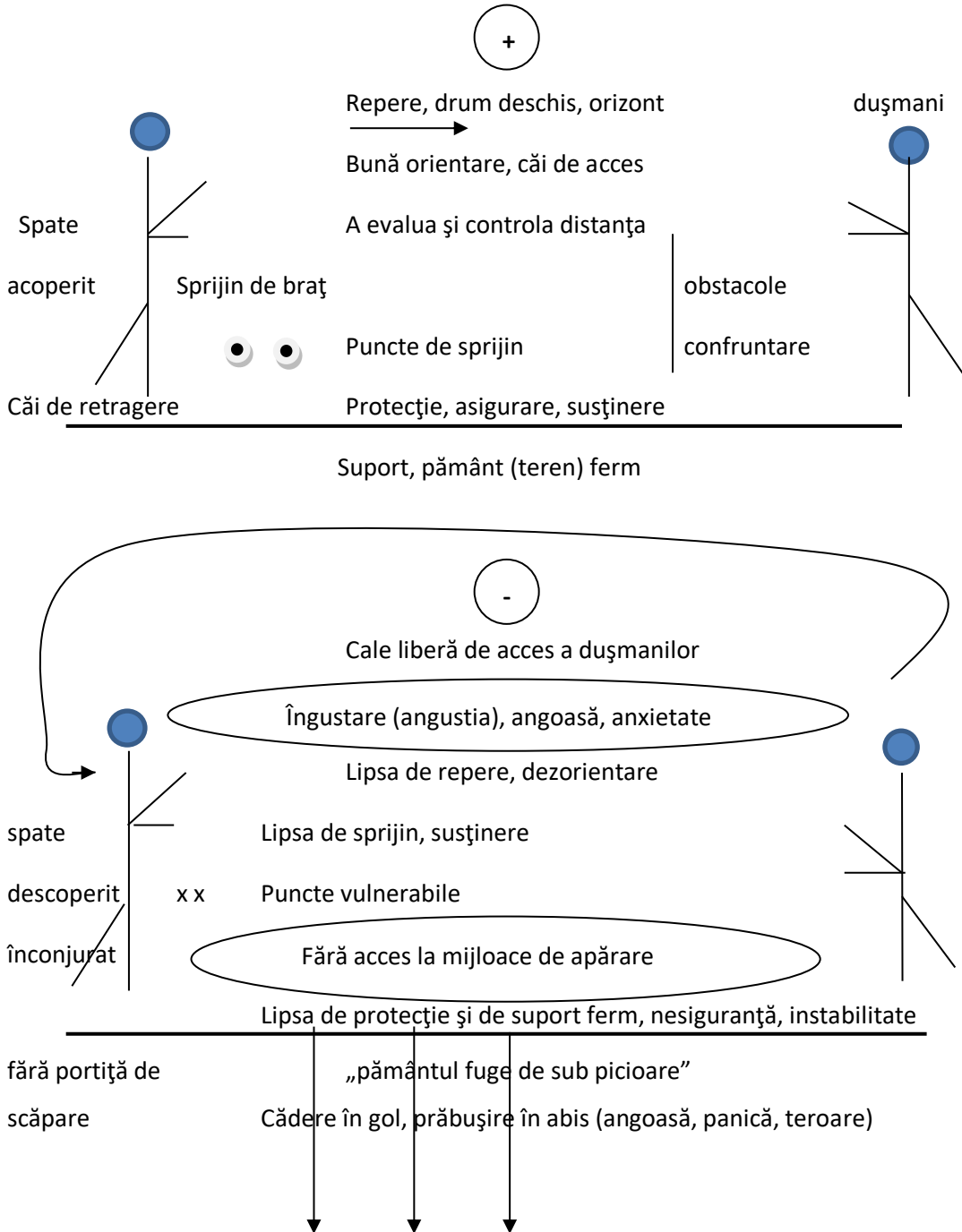
Adică ieșirea din parametrii obișnuiți ai manipulării eficiente a lumii, care se desfășoară pe suprafața pământului. Iar ca o consecință, prăbușirea în abis.

**Anxietatea generalizată (AG)** se caracterizează prin:- Sentimentul continuu al unui pericol neprecizat, nelocalizat în timp și spațiu, care condiționează 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 l-ar putea afecta pe el și pe cei ce-i sunt apropiați; - Poate apare chiar sentimentul sau imaginarea unei catastrofe iminente, a pierderii controlului, a înnebunirii sau a morții sale dintr-o clipă în alta;

## Chenar 14

## Metafore spațiale pentru trăirea anxietății

Astfel de metafore sunt folosite în vorbirea curentă din viața cotidiană, mai ales în cazul pericolelor, a amenințărilor și confruntării cu un dușman.



- 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, 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 bine controlat în orizontul 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 în general, nevoia de contact social, de a fi în mijlocul altora. Pe alții îi împarte în persoane apropiate cărora le cere ajutorul și au valențe de asigurare protectivă; și persoane necunoscute, în care nu se poate încrede suficient, posibil periculoase. În perioadele de anxietate crescută este dorită însa prezența oricui, se manifestă acum o nevoie generică de contact social, uneori cu oricine, numai să fie cineva prezent lângă el, mai ales seara. Deseori nu poate dormi singur.

**Din punct de vedere al performanțelor cognitive se constată:** - Atenția este hipermobilă investigatorie, dispersată, cu dificultăți de concentrare și persistență;  
 - Hiperatenție și percepție crescută față de stimuli externi și interni (informații, senzații, percepții) care ar putea fi relevanți pentru evenimente posibil periculoase; - Percepții corporale neplăcute, cenestopatii, dureri musculare (rezultate din contracția prelungită a unor grupe mușchiulare); - 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 palpitațiilor; - 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; - 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.

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

**Din punct de vedere bio-corporal, vegetativ se constată :** - Un bioritm în care subiectul se simte mai rău în a doua parte a zilei, spre seară, când se apropie întunericul, mai ales dacă e singur; - Dissomnie, cu adormire dificilă (din cauza dificultății de relaxare, a nesuportării întunericului (se culcă cu lumina aprinsă) și singurătății, a fricii de coșmaruri; - somn neliniștit, agitat, cu coșmaruri de cădere în gol sau imposibilitatea de a se deplasa, treziri nocturne, uneori cu atacuri de panică; - Ritm cardiac rapid, uneori cu creșterea TA; - Tahipnee; - Tranzit intestinal accelerat, scaune moi și frecvente, balonări, borborigme, regurgitații, eructații, uneori greață și dureri abdominale; - Polakiurie; - Ejaculare precoce, frigiditate, amenoree, pierderea libidoului; - Transpirații (mai ales în palme și axile); - Dermografism crescut, piloerecție, - Parestezii (senzații de arsură, furnicături, roșeață); - La nivelul extremității cefalice uscarea gurii, încețoșarea vederii, roșeață și paloare a feței; - Amețeli.

Anxietatea generalizată se poate asocia sau poate fi întreținută de diverse boli somatice cum ar fi hipertiroidismul sau hipertensiunea arterială. În perspectivă

Chenar 15

### Particularități antropologice și psihopatologice ale anxietății

Anxietatea majoră – angoasa, atacul de panică – are o poziție aparte între dispozițiile afective umane, deoarece ea nu deschide în vreun fel pozitiv subiectul spre situațiile lumii, ci îl orientează în direcția unei prăbușiri în neant, înspre neființă. Această raportare aparte față de nimicnicie (nimic) a fost remarcată ontoteologic de către Kierkegaard și comentată strict ontologic de către Heidegger în cartea sa *Ființă și timp*. Heidegger face diferența între angoasă și fobie, ultima formulează că dispoziția afectivă (Stimmung) a angoasei (Angst) plasează ființa omului (Dasein) în mijlocul ființării, ca ființă finită, ce există-întru-moarte. Ea ar induce în Dasein o cutremurare existențială (de tip „epoche,„) trezindu-l din neautenticitate și îndreptându-l spre trăirea autentică.

În perspectivă medico-psihiatrică anxietatea acută – atacul de panică - poate fi înțeleasă, desigur, ca un echivalent al trăirii spaimii intense, ce are rădăcini adânci în biologie și un suport în funcționalitatea unor centri nervoși. În perspectivă psiho-antropologică, particularitatea angoasei merită subliniată însă, deoarece ea de-situaționalizează subiectul. Stările dispoziționale, în toate variantele lor în afara angoasei, asigură subiectului un avantaj de moduri de deschidere și poziționare intențională față de semnificațiile problematice ale lumii percepute situațional. În afară de angoasă, tot o variantă de mai particulară de raportare o întâlnim în poziționarea atitudinală din sd. de depersonalizare/derealizare, în care subiectul se simte neaderent de lume: un observator extern al lumii și al sinelui (corporal, mnestic, actual, prospectiv). În varianta dispoziției depresive, subiectul se simte extras din prezentul (și, desigur, din viitorul) situațional, dar nu din lume, el fiind proiectat într-un trecut vinovat și autodepreciativ. Eventual, depresivul poate proiecta ieșirea sa din lume (și uneori realizarea efectivă a acesteia) prin suicid. Chiar în varianta delirului Cotard (ce are și conotații depersonalizante) subiectul (depresiv) neagă, parțial sau total, existența sa fizică, dar nu se raportează la ieșirea sa din lume (dimpotrivă, uneori se simte nemuritor).

Poziția dispozițională mai aparte a anxietății face ca ea să însoțească frecvent alte stări dispoziționale bine orientate, așa cum e confruntarea beligerantă, a investigației și creația.

Ar mai fi de comentat variantele dispoziționale de tip internalizat care plasează subiectul în fața lumii, subminându-i însă, parțial, aderența și unitatea. Fapt ce conduce spre dedublări. Așa ar fi: - Nesiguranța de sine și neîncrederea în sine: - nehotărârea în fața acțiunii, ambivalența: - îndoiala cognitivă, lipsa capacității de a atinge certitudinea. Trăirile menționate pot fi analizate, până la un punct din perspectiva deficienței de sinteză informațională a intenționalității (prin funcția coerenței centrale). Aceste poziționări atitudinale (dispoziționale) ce plasează subiectul într-o zonă intermediară, doar pe jumătate definită, în raport cu situațiile și cu lumea, au avut și ele o importantă dimensiune existențială (e.g. îndoiala sceptică, îndoiala carteziană).

psihopatologică, în primul rând se asociază cu atacurile de panică, mai ales ca anxietate anticipatorie sau crize de panică nocturne ce trezesc subiectul din somn. Apoi, cu fobiile, ca stare de fond; cu tulburarea obsesiv compulsivă și cu depresia. Înțelegând ca „dimensiune anxioasă” combinată deseori cu „dimensiunea depresivă” AG se întâlnește în foarte multe stări psihopatologice, inclusiv în cele de dezadaptare și cele 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. Ea sugerează cu pregnanță activarea exagerată și necontrolată a unei structuri funcționale cerebrale, pe care subiectul o are la dispoziție pentru alertă.

### **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.

A.P. 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., el nu se poate debarasa de fixarea pe evenimentul neplăcut de spaimă pe care îl trăiește foarte intens, pentru a percepe normal ambianta 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 accentuata, cu posibile tulburări de ritm și creșterea tensiunii arteriale; - Hiperpnee, uneori senzația de sufocare sau că e nevoie de un efort special 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; - Dermografism accentuat; - Piloerecție; - Reflexe vii.

A.P. poate fi facilitat de unele suferințe organice generale, endocrine și neurologice. El poate apărea în contextul A.G. (mai ales seara și noaptea), a tulburărilor fobice (la contact cu obiectul fobogen), în depresie (predominant dimineața) și în cadrul altor tulburări psihotice (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 A.P. subiectul trăiește o anxietate anticipatorie; dacă apar circumstanțe asemănătoare cu cele în care s-a produs precedentul atac, el devine încordat, deosebit de atent mai ales la funcționarea propriului corp, își analizează toate senzațiile corporale ca posibili indici ai apariției atacului, fapt care favorizează în cele din urmă chiar reapariția acestuia.

### Tulburările fobice

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, fiind 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 anticipativă, cu hipervigilență, stare de alertă și atenție exagerată acordată stimulilor ce anunță pericolul. Iar confruntarea conduce la o trăire neplăcută subiectiv care e însoțită de fenomene neurovegetative, evoluând spre un atac de panică sau un echivalent al acestuia.

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. În cazurile psihopatologice intensitatea lor e mare, cu perturbarea funcționării normale a persoanei. Se menționează:

**Fobia de animale:** poate fi vorba de animale mari, cai, boi, câini; sau de animale mici, șoareci, gândaci, păianjeni, aceștia inducând mai degrabă scârbă. Foarte răspândită e fobia și repulsia 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 foc poate fi polarizată cu atracția față de foc pe care o trăiesc piromanii. Fobia față de tunete se corelează cu sentimentul nesiguranței generale pe care o simte omul la cutremur.

**Fobia de sânge** (se consideră că e în mare măsură înăscută); fobia de medic (de obicei indusă); fobia de medicamente, de stomatolog, fobia de boli și de medicație, de spitalizare. Toate acestea pot rezulta și din experiențe negative de viață, corelându-se cu alte fobii, cum ar fi cea de separare, cea socială, agorafobia etc.

Fobiile strict spațiale pot fi considerate o subclasă a precedentelor, ele fiind centrate pregnant 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, a sta singur într-o barcă pe un lac );- Fobia de spații largi: a trece singur prin mijlocul unei piețe largi goală, a trece singur o stradă largă chiar dacă nu vine nici un vehicul; 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, toate 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 cazul fobiei față de cabine de lift se poate adăuga senzația vestibulară a deplasării bruște pe verticală la care unii subiecți pot fi deosebit de sensibili.

Privitor la fobiile strict spațiale unele din ele au fost interpretate printr-un deficit și o disfuncție cerebrală de calcul și integrare a distanțelor spațiale, a

percepției spațiului tridimensional. Cercetările de psihologie developmentală ale lui Piaget de la mijlocul secolului trecut au stabilit că în ontogeneza percepția spațială – dar și reprezentarea spațială – parcurge trei etape succesive: - cea a spațiului de contact, (topologic): subiectul percepe obiectele realității doar în modalitatea unui contact nemijlocit;- faza perspectivei punctelor de vedere, în care un obiect apare variat spațial (ca aspect, mărime, distanța la care se află etc.) în funcție de perspectiva din care e privit;- faza percepției tridimensionale, euclidiene a spațiului, ca mediu înconjurător în care se manifestă „constanța obiectului”, în sensul că el este evaluat ca având aceeași mărime și formă indiferent de distanța și perspectiva din care este perceput. În fobia de spații largi această capacitate de sinteză spațială tridimensională pare a regresa în direcția modelului de percepție topologică.

În fobiile spațiale e de presupus deci o perturbare a percepției spațiale, a distanțelor și a reprezentării distanțelor, drumurilor de acces și de fugă. Dar ele se pot combina - cel mai clar în cazul agorafobiei – cu prezența oamenilor. Astfel fobia poate fi maximă într-un tramvai aglomerat din cauza faptului că subiectul nu poate ieși repede din el. Și la fel, în mijlocul unei săli de spectacol (de aceea, fobicul se așează pe locurile de la margine, aproape de ieșire) 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 în fața unui 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, (deși, subiectul poate avea performanțe bune dacă susține examenul scris) a se prezenta într-un spectacol, (e.g. a recita o poezie), a conversa cu o persoană necunoscută, a sta într-un prezidiu și a lua cuvântul la o ședință, 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 este de obicei timid, sensibil, emotiv, impresionabil și are de obicei o asertivitate redusă. Se cere remarcat că emotivitatea socială se corelează cu nevoia de valorizare pozitivă și cu reacția de rușine. Acestea sunt structuri funcționale psihice firești și adaptative, dar variat distribuită în populația generală. Între altele, psihopatul Cleckley se caracterizează prin tupeu social și incapacitatea de a trăi rușinea, ceea ce îi potențează îndrăzneala. (dimensiunea baldness a psihopatiei în modelul triarhic a lui Patrick. Alte persoane sunt însă extrem de timide și retrase.

Fobia (anxietatea) de separare se manifestă în primul rând la copil în perioada 1-3 ani în corelație cu constituirea relației de atașament. 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 persoanei protectoare, fie prin îndepărtarea subiectului de



aceasta și de spațiul familiar și cunoscut, care dă siguranță; contactul cu persoane și situații necunoscute accentuează anxietatea. 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.

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, prin acuze somatice care sugerează o boală și cere să rămână acasă. Deseori pleacă de acasă copilul nu se duce la școală, rătăcește prin diverse locuri și nu informează părinții despre situație. Se consideră că starea e pluricondiționată, intervenind și evenimente, experiențe și atitudini nefavorabile experimentate la școală. Dar și situația relațională cu persoane de atașament, de ex. starea depresivă a mamei.

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 puțin populate dar necunoscute. Mai anxiogene sunt zonele intens populate, magazinele, bazarele cu multă lume, deplasarea cu mijloacele de transport în comun, mai ales dacă sunt aglomerate, cu tramvaiul, autocarul, trenul, avionul departe de locurile familiare. Deplasarea cu automobilul în prezența persoanelor familiare nu ridică probleme. Uneori pacientul se poate deplasa cu bicicleta.

Este dificilă participarea la spectacole, în săli aglomerate, la ședințe, la întruniri 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, caz în care posibilitatea de a ieși oricând din spațiul închis e exclusă;- Dificultatea sau frica de a călători și a sta singur în locuri îndepărtate și necunoscute în care intervine nefamiliaritatea și sentimentul lipsei de protecție.

Condiția agorafobiei, a anxietății de separare și a celei sociale, scoate în relief starea de rău pe care o poate trăi subiectul când se află departe de zona protejată și sigură a spațiului locuinței, alături de persoanele de atașament. În patologia propriu zis fobică, factorul cel mai liniștitor e prezența unei persoane de încredere (de atașament) pe care subiectul o resimte puternică și protectoare; precum și a unei ambianțe fizice cu care e familiarizat (așa cum e „acasă”). Această condiție contrastează cu starea de rău anxios fobic pe care o trăiesc pacienții cu TOC, ce se desfășoară tocmai în intimitatea locuinței, în proximitatea sinelui corporal, și care consta în fobii de contaminare, în problematica ordonării și în ritualurile actelor cotidiene, incluzând plecarea de acasă. Desigur, frecventarea locurilor publice „murdare”, accentuează fobia de microbi și în TOC. Dar în această patologie, disfuncția psihopatologică atacă tocmai zona care apare ca fiind protectoare pentru o importantă arie a patologiei anxios fobice.

Atât pacienții cu tulburări anxios fobice cât și cei cu tulburări obsesiv compulsive se înscriu în clasa tulburărilor internalizate. În raport cu aceștia, cei cu tulburări externalizate impulsive conflictuale au de obicei o dispoziție stenică, ergică și

asertivă. În cazul tulburărilor de conduită, a tulburărilor de personalitate antisocială și a psihopatiei, reactivitatea anxioasă chiar poate lipsi complet. Totuși, deși aceste variante există, o înțelegere dimensională și multifacțată a personalității, relevă deseori variate oscilații și mixtări ale dispozițiilor afectiv comportamentale.

### **1.5. Condiționarea anxietății fobice în normalitate și psihopatologie. Personalitățile anxioase.**

Trăirea situațională a fricii și anxietății în normalitate se corelează deci cu iminența unui pericol: agresiune, pierdere, suferință, moarte. Ea se poate desfășura în însăși timpul raportării subiectului la o situație actuală ce e marcată de pericole majore. Sau, ca o anticipare a unei astfel de situații; și, eventual, ca o consecință a sa.

Astfel, psihiatria înregistrează dg. de tulburare de stress posttraumatic ce se instituie ca o consecință a unui eveniment trăit extrem de stresant, cum ar fi amenințarea vieții subiectului sau a celor dragi. O perioadă după ce aceasta s-a consumat, subiectul intră într-o stare anxios fobică de câte ori se află în contact cu un obiect ce-i amintește de întâmplarea respectivă, dezvoltând conduite de evitare în raport cu acestea.

O altă eventualitate poate deriva din trăirea unei stări penibile, de rușine intensă, de ex. cu ocazia eșecului la un examen. (Chenar 18 ). Ulterior subiectul dezvoltă o conduită de evitare anxios fobică a situațiilor în care trebuie să se expună la o evaluare publică, sub forma unei tulburări de anxietate socială.

Trăirea culpei este și ea însoțită de anxietate. Încălcarea normelor poate condiționa preocuparea anxioasă față de descoperire și sancționare. Dar sentimentul de culpă se constituie în raport cu „forumul interior” al conștiinței morale. Viziunea psihanalitică asupra conflictului intrapsihic, generator de anxietate bazală în nevroze, se plasează în această zonă.

Comentariul de mai sus indică faptul că dincolo de aspectul strict situațional actual, anxietatea fobică poate fi corelată și cu alte evenimente ce implică subiectul de-a lungul duratei temporale a existenței sale biografice. Prezentul trăit se cere deci proiectat pe...și corelat cu structura diacronă a psihismului persoanei biografice (Anexa 1).

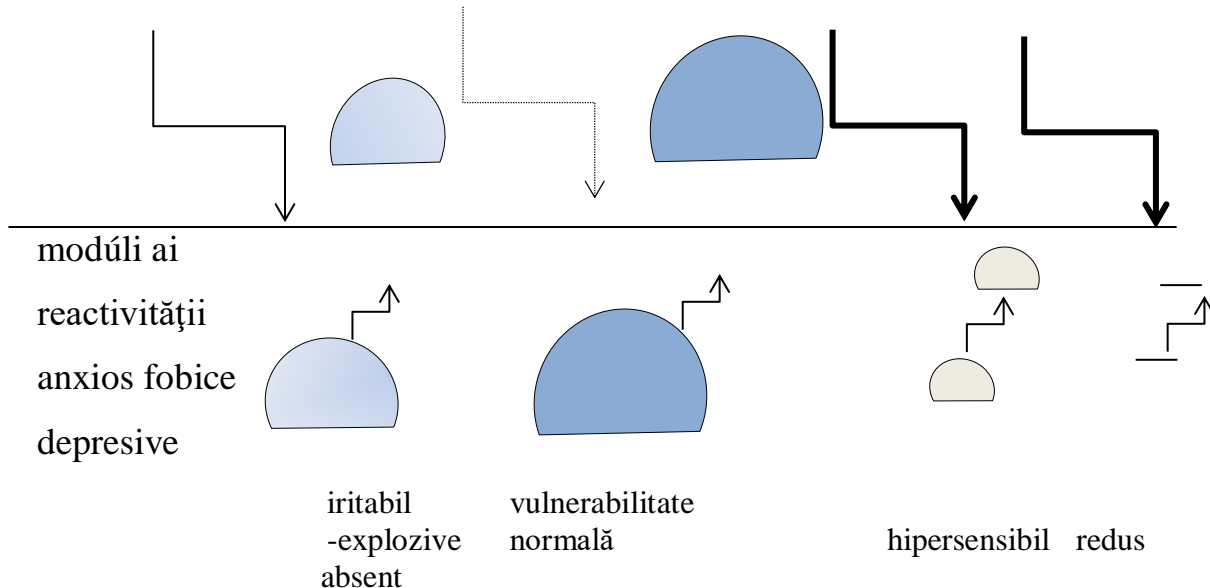
Evenimentele neplăcute amenințătoare pe care subiectul le trăiește în prezent pot contribui la apariția unor stări psihopatologice nu doar dacă sunt resimțite mai intens, ci și dacă evenimente similare se repetă într-un timp scurt; și dacă terenul personalistic e predispus. Predispoziția sau vulnerabilitatea psihică, în cazul de față – în direcția unor manifestări anxioase, poate fi condiționată genetic, prin influențe persistente în cadrul maternajului și educației, prin cumulare biografică a unor perioade de influențe nefavorabile, a unor multiple evenimente secvențiale cu semnificație de amenințare. Solicitățile excesive recente se pot adăuga acestora, la fel ca și lipsa factorilor protectori sau de refacere, pentru a condiționa perioade în care o dispoziție de tip internalizat, adaptativă, cum e cea anxios fobică, poate ajunge să se manifeste hipersensibil și distorsionat, psihopatologic. Dar, prin cumulum îndelungat de influențe ca cele menționate mai sus, unele persoane ajung să fie nu doar mai vulnerabile, ci și mai particulare; sau chiar anormale prin comportamentul și manifestările lor. Ele ajung astfel să aibă, pe lângă o vulnerabilitate crescută, și o anormalitate personalistică, cu o tipologie aparte.

Dacă trecem dincolo de evenimentele actuale și recente, dincolo și de vulnerabilitatea de fond și de anormalitatea tipologică caracterială, nu putem ignora însă și faptul că anxietatea fobică este o dispoziție pe care psihismul uman o moștenește din biologie, unde ea are deja o valoare adaptativă; fiind deci normală și utilă. Aceasta e teza psihopatologiei evoluționist culturale. Aspectul a fost și el deja menționat, subliniindu-se însă faptul că dispoziția anxios fobică – dispoziția și actualizarea situațională a unui astfel de mod de psihoproductivitate – are o serie de particularități la specia homo sapiens. În plus se

cer acceptate și specificități socio-culturale, datorate normelor, obiceiurilor, practicilor și credințelor unor populații istorice date, din care persoanele individuale se împărtășesc.

Tulburările anxios internalizate pot fi înțelese deci, în mare măsură, ca derivând din manifestarea unor structuri modulare dispoziționale afectiv comportamentale firești și adaptative care intră în joc și se manifestă însă deficitar, distorsionat insuficient de motivat, exagerat, în contextul unor deficiențe psihice, acaparând psihismul persoanei și decontextualizându-l. De ex. la copil, anxietatea separării de mamă sau de persoana de atașament protectoare face parte din normalitatea personogenezei. Ea poate avea însă manifestări particulare, excesive, excentrice sau aberante. Și la fel, reacția de rușine la evaluarea publică a unor performanțe nereușite, ce stă la baza anxietății sociale (Chenar 16). Sau reacția față de simptomele ce sugerează o boală. Dar chiar aceste trimiteri spre normalitate ne pot aminti că intensitatea reacțiilor în astfel de împrejurări este inegal răspândită în populația generală. Există copii mai îndrăzneți ce se manifestă fără grijă, departe de protecția maternă; și copii extrem de dependenți și anxioși. La fel stau lucrurile și în cazul rușinii. Fiecare persoana ar putea fi înțeleasă ca fiind dotată cu o anumită configurație de dispoziții - sau moduli psiho-antropologici - afectiv comportamentali, dintre care unii sunt mai bine reprezentați și extrem de sensibili chiar la stimuli minori; iar alții slab reprezentați, reacționând doar la stimuli puternici sau deloc.

Ne putem imagina următoarea situație:



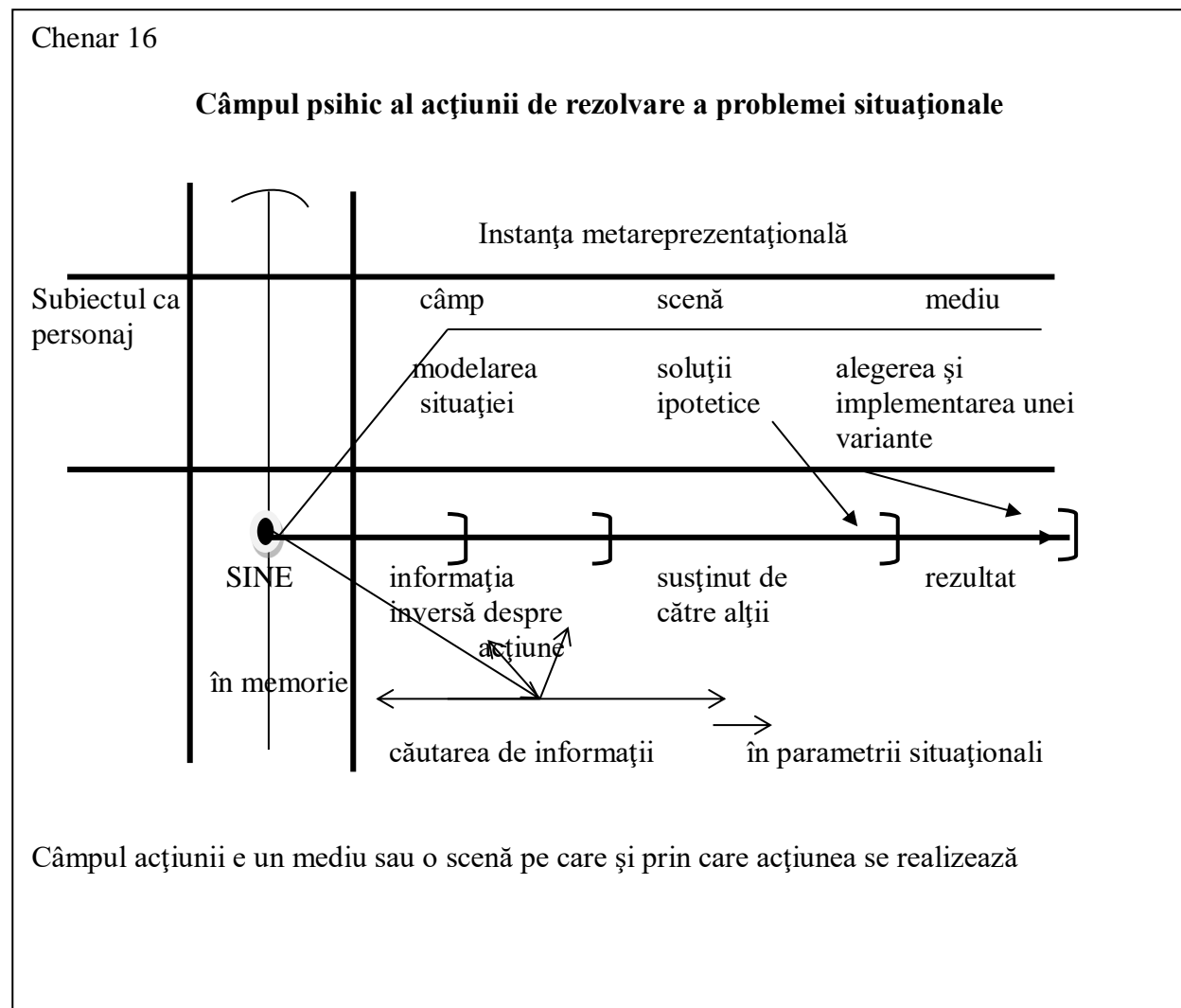
Toate cele menționate mai sus reprezintă un cadru general de înțelegere a stărilor psihopatologice anxios fobice ca derivând din trăiri firești, normale și adaptative. Comentând psihopatologia lor, e important să fim atenți în primul rând la deficiențele ce intră la acest nivel în joc.

O primă arie deficitară ni se relevă acum în direcția controlului și prelucrării informațiilor situaționale noi. În împrejurări tensionate, de anticipare a unui iminent pericol, noile informații se cer a fi bine conturate și identificate, pentru a se conjuga cu fundalul de cunoștințe și abilități mnestică la care subiectul va trebui să apeleze, pentru a-și schița proiectul de raportare situațională care poate fi de confruntare sau de retragere. Orice factor ce reduce obținerea sau discriminarea acestor informații poate accentua trăirea anxios fobică. Așa e întunericul, zgomotul, insuficiența organelor receptoare, dificultatea de a ajunge la unele surse de informare etc.

Un alt factor important îl poate reprezenta conștiința insuficienței mijloacelor sale de a reacționa adecvat. Dacă subiectul știe că nu are o dotare energetică sau instrumentală suficientă pentru confruntare - sau pentru retragere, ascundere, pentru solicitarea protecției, a sprijinului sau ajutorului - anxietatea

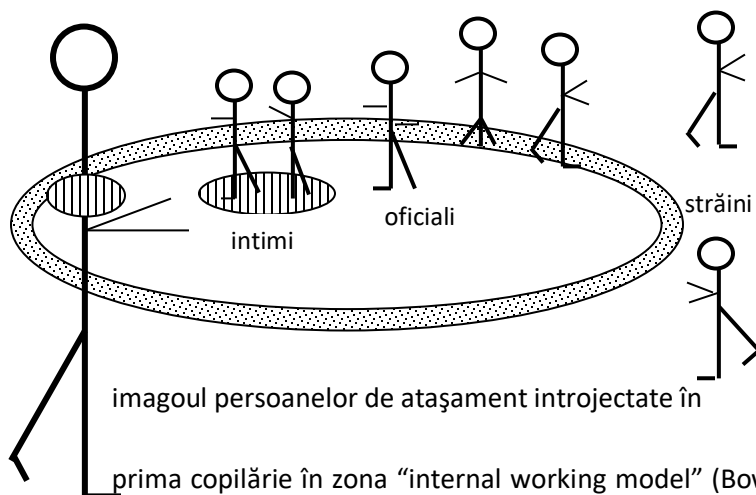
fobică se poate accentua. În mod special intră în joc evaluarea controlului asupra parametrilor spațiali ai situației, înțeleasă ca un câmp al acțiunilor posibile.

Când se angajează într-o acțiune - în vederea rezolvării unei probleme situaționale sau a implementării unui proiect – subiectul evaluează situația pe care o centrează în direcția tuturor parametrilor săi relevanți. El are în vedere direcțiile previzibile de evoluție a acestora și a resurselor disponibile. Toate aceste aspecte sunt modelate într-o instanță psihică meta-reprezentatională, pe scena căreia se testează mental șansele variantelor proiectate; iar după decizie, trece la implementarea controlată a acțiunii cu scop.



Chenar 17

### Câmpul psihic al relațiilor interpersonale



imagoul persoanelor de atașament introjectate în prima copilărie în zona "internal working model" (Bowlby), ca matrice pentru receptarea actualelor persoane de atașament

Persoanele de atașament și cele aflate în interiorul câmpului relațiilor interpersonale sunt resimțite ca accesibile pentru suport și protecție.

Resimțirea subiectivă și reprezentarea câmpului interpersonal de suport posibil e la fel de importantă ca și efectivitatea sprijinului acestuia, pentru o rețea de suport social.

Așa cum s-a menționat, pentru a se angaja într-o acțiune eficientă, subiectul simte nevoia de a se afla pe un suport ferm, fiind bine orientat în ceea ce privește direcțiile și – mai ales – distanțele (a accesului, a drumurilor) spre un anumit obiectiv. Sentimentul pierderii controlului asupra parametrilor spațiali ai situației e una din caracteristicile de bază a trăirilor anxioase fobice.

În sfârșit, un rol major îl joacă starea - obiectivă dar și subiectivă - a relațiilor interpersonale, tot în perspectiva spațialității; a „spațialității



antropologice” de data aceasta. Sentimentul ferm, convingerea în sprijinul sau suportul din partea altuia, a altora, puternici, reduce anxietatea fobică. Și la fel sentimentul că îi poate ține pe alții la o distanță convenabilă, astfel încât să aibă controlul raportării. De subliniat că relaționarea interpersonală intersubiectivă, care se sprijină pe rețele sociale proxime, se constituie într-un „câmp psihic interpersonal” (Chenar 15) care dimensionează din interior structura sa psihică. Configurarea conjuncturală a acestui câmp este aceea care dă subiectului sentimentul că poate conta pe alții, că alții sunt „prezenți în apropiere și îl sprijină”; sau că, „e părăsit de toți”, „singur pe lume”, fără niciun sprijin.

Trăirile anxios fobice normale și patologice se întretes strâns, într-o anumită zonă, cu cele agresiv conflictuale. Iar în altă direcție, ele se pot mixta cu trăirile depresive. Iminența pierderii a ceva la care subiectul ține mult - partener, avere, poziție socială, onoare etc. – susține anxietatea fobică. Pierderea efectivă e urmată de depresie. Mixtarea anxietății cu depresia se poate petrece pe întreg acest teritoriu

Tulburările anxios fobice circumscrise în DSM-5, care tradițional erau incluse în aria tulburărilor nevrotice, sunt suferințe ce nu se corelează direct cu evenimente trăite recent, - așa cum ar fi o reacție acută de spaimă. În plus ele au și o durată lungă de manifestare. În DSM-5 sunt menționate și Tb. de personalitate ce se manifestă pe un fundal dispozițional internalizat, anxios, plasându-se în Clusterul C. Acestea sunt TP evitantă, TP dependentă și TP obsesiv compulsivă. Vom aminti în continuare primele două, ultima fiind comentată în Cap.4.

**T.P.evitantă e caracterizată printr-o inhibiție socială generalizată, sentimente de neadecvare și hipersensibilitate la evaluări negative. Pentru un diagnostic pozitiv se cer a fi prezentate cel puțin 4 din următoarele caracteristici: - evită acțiunile profesionale care presupun contacte interpersonale semnificative datorită fricii, dezaprobare sau rejecție; - nu se**

**apropie de alte persoane decât atunci când este sigur că va fi plăcută de aceasta; - are relații intime restrictive datorită fricii de a nu fi ridiculizat; - este preocupat în mod constant de gândul că ar putea fi criticat sau rejectat în situații sociale; - este inhibat în relații interpersonale noi datorită unui sentiment de neadecvare; - se vede pe sine ca neatractiv social, ca neadecvat, inferior altora; - e reținut în a-și asuma riscuri personale sau a se angaja în acțiuni noi, de frică că va intra în încurcătură.**

Trăsăturile menționate mai sus ce caracterizează TP evitantă sunt, în mod evident, similare cu trăiri din tulburările de anxietate socială. Doar că sunt extinse la o condiție de fond, temperamental-caracterială a unei personalități anormale, bazată pe hiperemotivitate socială, redusă asertivitate și stimă de sine. De fapt, cercetările clinice au confirmat această apropiere, ce susține ideea de continuum între cele două tulburări. Anxietatea ce se exprimă în acest caz, se corelează cu un sentiment

precis al scăderii stimei de sine în situații publice, cu trăirea rușinii. Rușinea s-a structurat în psihismul omenesc desigur, odată cu diferențierea urbană între viața intimă și cea publică. (Chenar 17). În cea de a doua împrejurare, se cere purtată o anumită îmbrăcăminte și respectate reguli de comportament precis pentru a menține respectul și considerația celorlalți. În acest context a apărut și pedeapsa, oprobiul public, expunerea condamnatului, dezgolit, la stâlpul infamiei întru batjocora mulțimilor. Variantele psihopatologice ale trăirii rușinii se exprimă însă, dincolo de TP evitantă și anxietatea socială și în sindromul senzitiv de relație, care traversează orbita psihotiformă.(Chenar 18 ).

Chenar 18

### Specificitate umană a trăirii rușinii și psihopatologia

Dacă starea depresivă poate fi înțeleasă comprehensiv ca și consecutivă unei pierderi, se cere reținută și reacția de rușine; aceasta poate fi corelată cu condițiile psihopatologice ale anxietății sociale și personalității evitante; iar în corelație cu sentimentul supravegherii, cu sd. senzitiv de relație, ce se plasează la marginea orbitei psihotiforme.

Se poate considera că, la fel ca în cazul depresiei, rușinea se instalează în urma unei pierderi, ce induce scăderea stimei de sine. Dar, dacă pentru depresie specifică e pierderea unei persoane de atașament ce duce la condiția doliului, pentru rușine specifică e pierderea onoarei, a demnității, cu sentimentul de umilință, de pierdere a respectului altora. Respectul reciproc presupune conformarea la normele de conviețuire într-o societate diferențiată ierarhic. Un om ce ajunge dezbrăcat, gol, într-o piață publică plină cu cetățeni, lipsit fiind de hainele care-i dau în mod firesc o identitate în ierarhia socială, se simte penibil, umilit, vulnerabil, trăind un sentiment de rușine. El își dă seama că atrage spontan atenția celorlalți, care-l privesc cu curiozitate, izbucnind în răs. Deci, că “a ajuns de răsul lumii”.

Râsul, ca expresivitate specific umană, are două înțelesuri. Unul se articulează cu buna dispoziție euforică comunitară, cu veselia sărbătorească, care, prin dezinhibiția generalizată dediferențiază structura ierarhică a colectivității, crescându-i temporar coeziunea. Oamenii mănâncă, beau, cântă, dansează, glumesc și râd (echivalentul psihopatologic îl constituie sindromul maniaco). Celălalt sens al râsului exprimă o atitudine de inferiorizare, de superioritate colectivă prin care un individ e plasat într-o poziție de inferioritate, fiind disprețuit, înjosit, ridiculizat, umilit. Expresia ce se folosește e de “batjocură”. Râsul batjocoritor este cel care consfințește rușinea. Situația e concretizată prin faptul că “cineva” a “ajuns de răsul altora, al tuturor. Acest răs se poate extinde și în zona zâmbetului, care acum se exprimă cu un “aer de superioritate condenscententă”: zâmbetul batjocoritor, cu subînțelesuri, cu aluzii.

Sentimentul de rușine se articulează cu un cadru relațional în care alte persoane privesc cu insistență subiectul (cu curiozitate), iar fața lor exprimă un zâmbet disprețuitor. Urmează râsul ce-i reunește pe spectatorii batjocoritori, care-și iau ca obiectiv comentarea nefavorabilă a subiectului. Sancțiunea socială a oprobiului public a fost constant folosită în diverse socio culturi în variate feluri: - purtarea regelui învins într-un car prin fața populației învingătoare la parada triumfului, expunerea cu trupul dezgolit cu ocazia aplicării unei pedepse grave ca răstignirea, tragerea în țepă, tragerea pe roată, biciuire. Cu aceste ocazii publicul râde batjocoritor, cu expresii și gesturi disprețuitoare. E vorba de un comentariu critic, inferiorizant, care-l plasează pe subiect într-o poziție ridicolă (de răs). Această condiție se desfășoară în planul narativității culturale și sub forma satirizării și a spectacolelor de comedie. În condițiile concrete în care o persoană, prin aspectul și comportamentul său “se dă în spectacol” și “se face de răs”, publicul comentează persoana în cauză în registrul depreciator al batjocurii inferiorizante.

**TP dependentă se caracterizează prin faptul că este excesiv de sumisivă. Nu are păreri și opinii proprii, nu ia singură decizii, nu-i contrazice pe alții, singur nu duce la capăt proiectele, face orice ca să nu fie părăsit de persoana autoritară pe lângă care trăiește; iar dacă aceasta dispăre, caută grabnic alta.**

O astfel de caracterizare indică, evident, o atmosferă anxioasă care înconjoară existența persoanei respective, din cauza unei majore neîncrederi în sine; și a lipsei capacității de a decide singur, în numele său. Deci, subiectului îi este slab dezvoltat nucleul „agenției” proprii, care să-i permită să-și ia soarta în propriile mâini. Căci responsabilitatea acțiunii în general și a creației în mod particular, se desfășoară în marginea anxietății. Dependentul anxios se diferențiază de psihopatul indiferent fata de soarta altora și de schizoidul apatic, care e neinteresat nu doar de persoanele din jur ci și de sine.

Cazul persoanei dependente ne trimite la circumplexul atitudinilor interpersonale, (Chenar 22) a cărui axă verticală se desfășoară între dominația autoritară și dependența sumisivă. La polul superior al circumplexului, cel al agenției autoritare și dominatoare, se plasează TP antisocială din DSM-5. TP dependentă, care se agregă spre polul inferior a circumplexului, are o agenție nefuncțională, fiind incapabilă de a lua decizii și de a se autoadministra. De unde nevoia sa permanentă de dependență. Desigur, prin ea însăși, dependența nu generează anxietate dacă prin ea subiectul se simte complet protejat, condus, dirijat. Dar ea poate compensa și masca o nesiguranță de sine anxioasă, ce iese la iveală de îndată ce persoana dominantă nu mai e în apropiere.

Diapazonul trăirilor anxios fobice ale omului, normale și patologice, se etalează pe întreaga dimensiune ce se întinde între nemijlocitul trăirii situației prezente pe de o parte, și, pe de altă parte, la un alt pol, potențialitățile structurii temperamental caracteriale biografice, ce reprezintă pilonul de bază al identității și autonomiei agenției persoanei (Chenar 47).

În Anexa acestui prim capitol ne vom opri pentru început la acest pol al prezenței actuale la situații. Prezență prin care subiectul se integrează în lumea sa umană actuală, în cadrul existenței comunitare cotidiene.

## **Anexa la Capitolul 1**

### **Stările psihopatologice și prezentul trăit**

Dincolo de aspectul clinic, stările psihopatologice ne provoacă și spre o meditație fenomenologică analitică asupra structurilor psihice ale persoanei umane.

Vom începe comentariile în această direcție cu o problemă aparent simplă: prezentul trăit și perturbarea acestuia în psihopatologie

O persoană emotivă, timidă, poate trăi în cursul vieții evenimente neplăcute, în care, de ex. se face de rușine față de alți oameni; iar ceilalți râd de el batjocoritor. Când trăiește evenimentul respectiv el e năpădit de emoția rușinii. Apoi, întâmplarea îi poate reveni în minte obsesiv, perturbându-i fireasca raportare la evenimentele curente. Iar când are în vedere o nouă manifestare în public, se preocupă obsesiv ca nu cumva să trăiască din nou un eșec.

Un scenariu ca cel de mai sus evidențiază diferența între: - prezentul trăit nemijlocit; - prezentul marcat de rememorarea trecutului; și – prezentul grevat de anticiparea viitorului. Ultimele două variante pot submina trăirea actualității. Toate acestea se desfășoară, desigur, deasupra fundalului identitar, temperamental caracterial și mnestic-biografic al persoanei, înrădăcinat în propria-i corporalitate și circumscris social.

Spre deosebire de condiția normalității, într-o depresie majoră, subiectul nu mai e interesată de prezent, de ceea ce se întâmplă în jur, el fiind repliat pe un trecut vinovat, cu gândul la moarte. Obsesivul ce e chinat de o pulsivitate agresivă inacceptabilă împotriva căreia se luptă, autocontrolându-se mereu, nu mai e suficient de atent la ceea ce se petrece în preajmă. Cel care trăiește o stare de intensă anxietate generalizată cu sentimentul morții iminente, are dificultăți în a se concentra asupra evenimentelor curente. Maniacalul e fascinat de un viitor atot posibil, sprijinindu-se doar fragmentar pe un prezent hedonic, punctiform.

Remarcile de mai sus sugerează suficient de clar, credem, importanța faptului de a avea în față imaginea „prezentului trăit” în mijlocul vieții cotidiene comunitare, ca un referențial a trăirilor normale, ori de câte ori comentăm stările

psihopatologice. Vom încerca în cele ce urmează să schițăm conturul acestei teme, asupra căreia se va reveni constant în capitolele următoare.

Orice om își consumă viața parcurgând o succesiune de stări prezente, în cursul cărora el e angajat în rezolvarea unor situații problematice care-l privesc; și care rezultă din inserția sa în viața cotidiană în contextul unui prezent comunitar. De exemplu, prezentul zilei de azi, dintr-o anumită lună și an calendaristic, într-o țară și localitate dată, prezent învăluit și stratificat prin desfășurarea unor multiple linii de evenimente intersectate, din plan interpersonal, istoric, cosmic. „Prezent oficial”, ce se definește pe scena agoriei publice, la intersecție cu practicile instituționalizate ale socio-culturii respective, scenă pe care se circumscrie temporalitatea istorică a comunității, după norme și definiții pragmatice specifice acesteia.

Prezentul trăit de un subiect se corelează, în principiu cu desfășurarea unei acțiuni actuale în care el e implicat, așa cum ar fi: - a se confrunta cu cineva prin luptă fizică sau prin dialog; - faptul de a transmite sau a recepționa un mesaj; - a susține un curs sau a răspunde la un examen; - a produce sau a repara un obiect de către un meseriaș; - a efectua o operație de către un chirurg, a executa un tablou de către un pictor; - a participa la o reprezentație teatrală sau la un concert etc. Stări actuale sunt și cele în care se manifestă dispoziții afectiv comportamentale precum: furia dezlănțuită, anxietatea fobică a ascunderii, euforia sărbătorească.

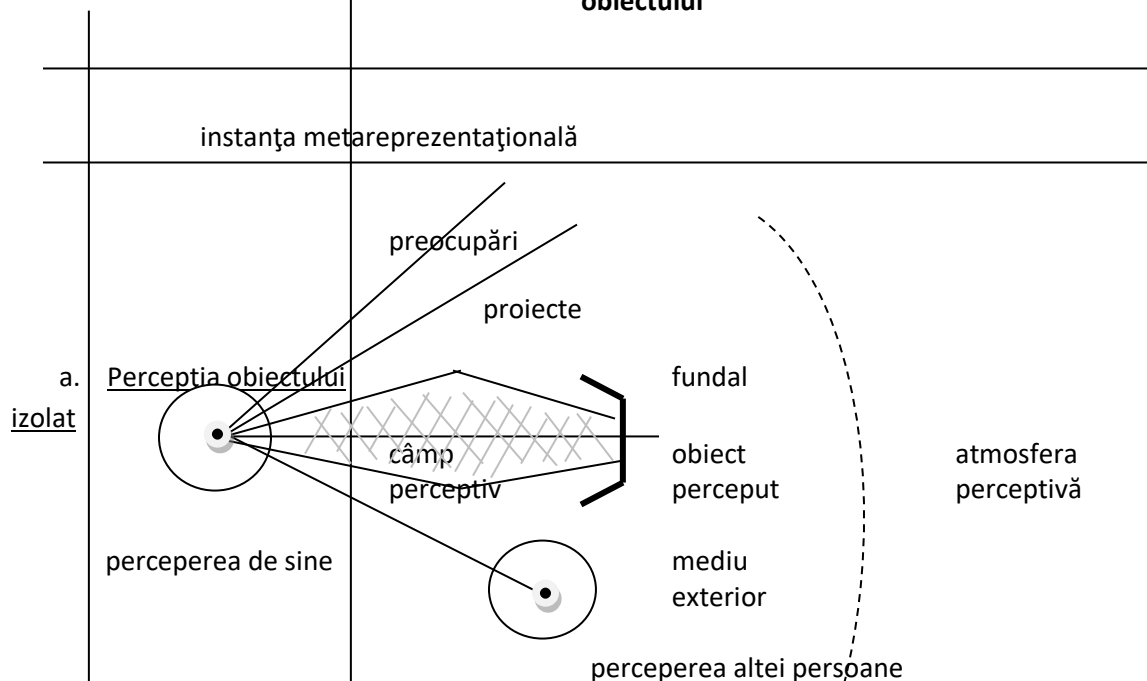
Astfel de „trăiri prezente” pot coagula mai strâns sau mai lax subiectul în jurul sinelui. Când resimte o emoție puternică sau e angajat într-o confruntare pe viață și pe moarte cu un dușman, sinele său e absorbit de actualitatea situației respective iar alte planuri ale angajărilor sale existențiale trec în umbră. În schimb atunci când subiectul execută o procedură dintr-un comportament profesional standardizat, de ex. o secvență din producerea unui obiect pe bandă rulantă, fundalul prezentului situațional poate fi mai aerat, mai deschis față de variatele solicitări ale ambianței actuale.

Stările psihopatologice perturbă atenția și raportarea firească la prezent a subiectului (Chenar 20-b). Această raportare e atât receptiv perceptivă cât și activ comportamentală, desfășurându-se fenomenologic între: a) sinele intențional și reflexiv, autogenerativ și sintetic, înrădăcinat în propria-i corporalitate, în identitatea sa biografico-caracterială și socială; și pe de altă parte b) datele nemijlocite ale situației, ca parte a raportării actuale a subiectului la lume. Raportare în cadrul căreia, subiectul își afirmă autonomia agenției.

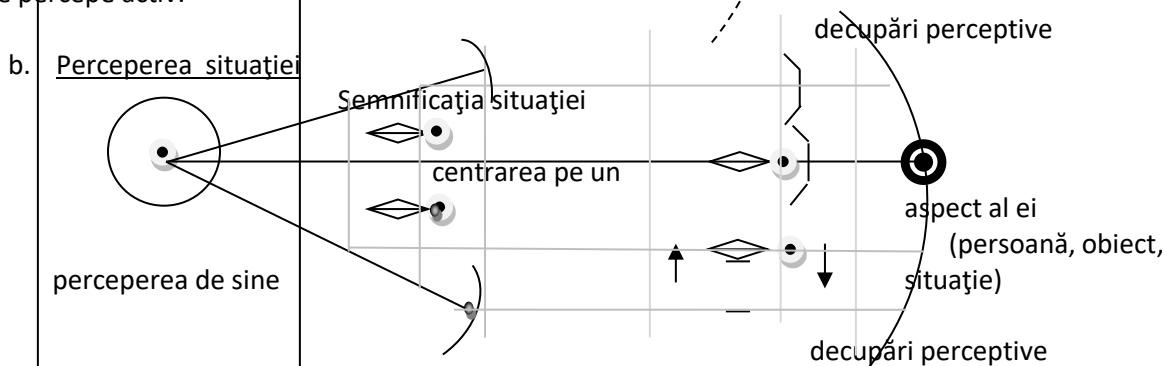
În orice moment al existenței sale o persoană dată, identificabilă prin corporalitate, biografie, temperament caracterial și circumscriere socială, se află implicată într-un fel oarecare, într-o situație problematică actuală. Ea percepe o situație prezentă (Chenar 18), trăiește și acționează într-un prezent situațional, (Chenar 19.a.) care se impune prin diferențierea sa față de trecutul memorabil și viitorul proiectat și dorit. Iar, prezentul său situațional, actualitatea trăirii sale se

Chenar 19

### Percepția situației actuale (ca "trăire a prezentului") în raport cu percepția obiectului



Perceperea unui obiect izolat se întâlnește doar în atitudinea de contemplare sau de observare științifică (experimentală); obiectul are o formă ce se detașează pe un fundal accesibil, și o semnificație; subiectul se percepe continuu (preconștient) și pe sine, ca plasat la unul din poli câmpului perceptiv, în poziția cuiva care percepe activ.



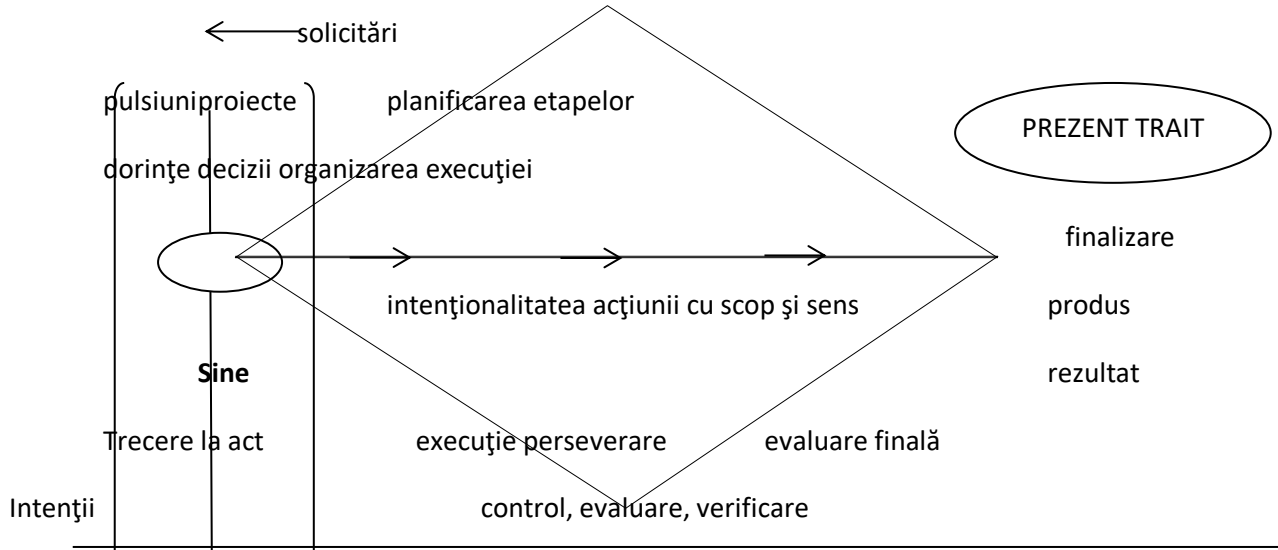
Perceperea unei situații la care subiectul participă împreună cu alte persoane în cadrul unui eveniment, presupune mai multe obiecte și persoane aflate în diverse relații reciproce și cu subiectul. Esențialul percepției constă în acest caz în semnificația situației pentru subiect, centrată pe un aspect al acesteia. În raport cu o situație ce se derulează, subiectul poate realiza mai multe decupări formale și de semnificație, abordând fenomenul din variate perspective și decupându-l dintr-o desfășurare temporală mai amplă. Subiectul este unul din centrele câmpului perceptiv, celălalt fiind semnificația evenimentului pentru el. Perceperea unei situații presupune o coerență centrală a unei ordini ierarhice. Ea apare ca o structură organizată. Prăbușirea acestei structuri induce simptomele de referință, în care subiectul e asaltat de semnificații neclare.

Perceperea unei situații are o structură complexă, ierarhică, implicând "adâncimea temporală" a variatelor proiecte și acțiuni ce se suprapun.

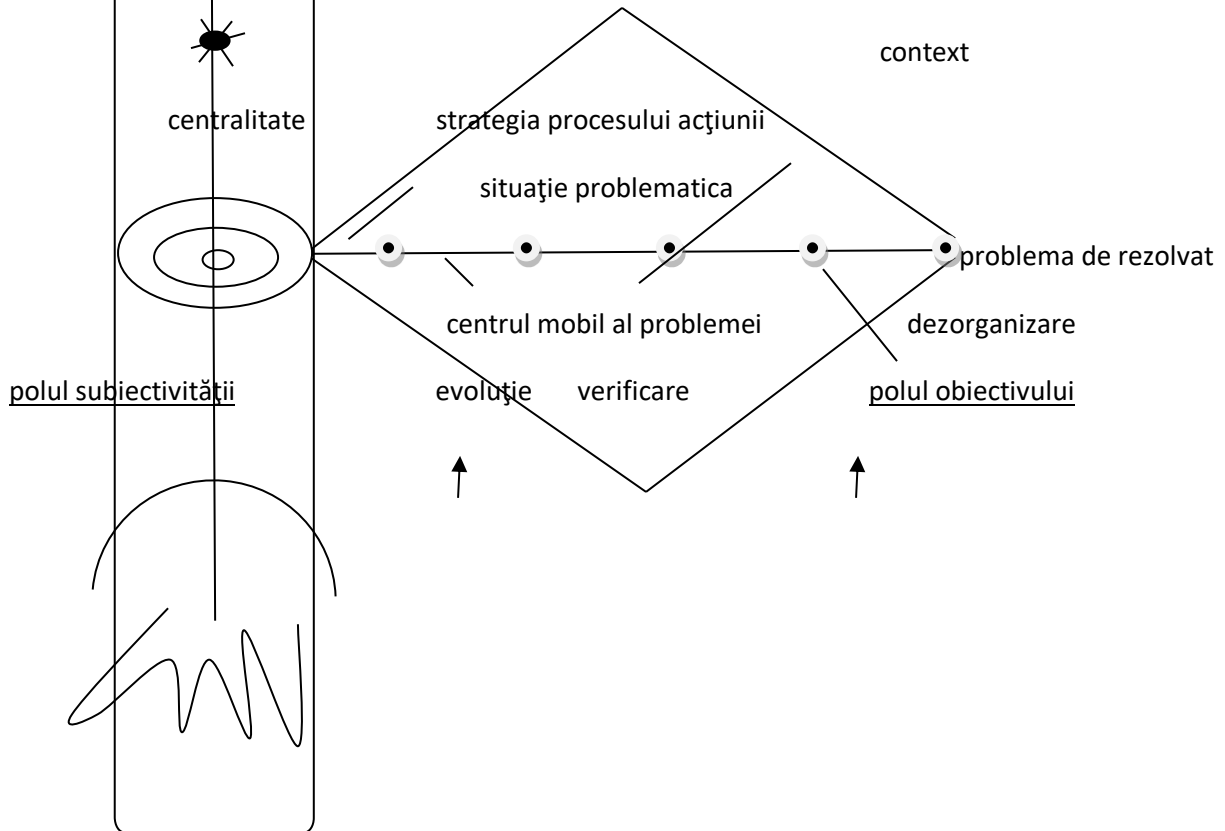
Chenar 20

### “Câmpul acțiunii” și al rezolvării problemelor organizat de centrare, coerență, apersepție

#### a) Acțiunea voluntară bazată pe funcții executive



#### b) Câmpul rezolvării problemei actuale





poate considera că durează până când el rezolvă problema situațională în care se angajează.

Prezentul trăit al unui subiect are, simplist vorbind, o durată și o structură, ce rezultă din însăși acțiunea în care acesta se simte angajat; (Chenar 31); și pe care știe sau presimte că o va integra după ce o încheie în trecutul său biografic identitar, rememorabil și povestibil. Potențialitatea unei relatări viitoare conturează și definește de la început prezentul personal trăit. Abordând prezentul trăit din perspectiva unei acțiuni realizatoare, se instituie desigur o tensiune între nemijlocitul de tip perceptiv al obținerii de informații actuale; și, pe de altă parte, însăși procesualitatea derulării actului ce vizează un obiectiv viitor. Iar atât percepția cât și acțiunea presupun o fundare formală, (aperceptivă) care le susține.

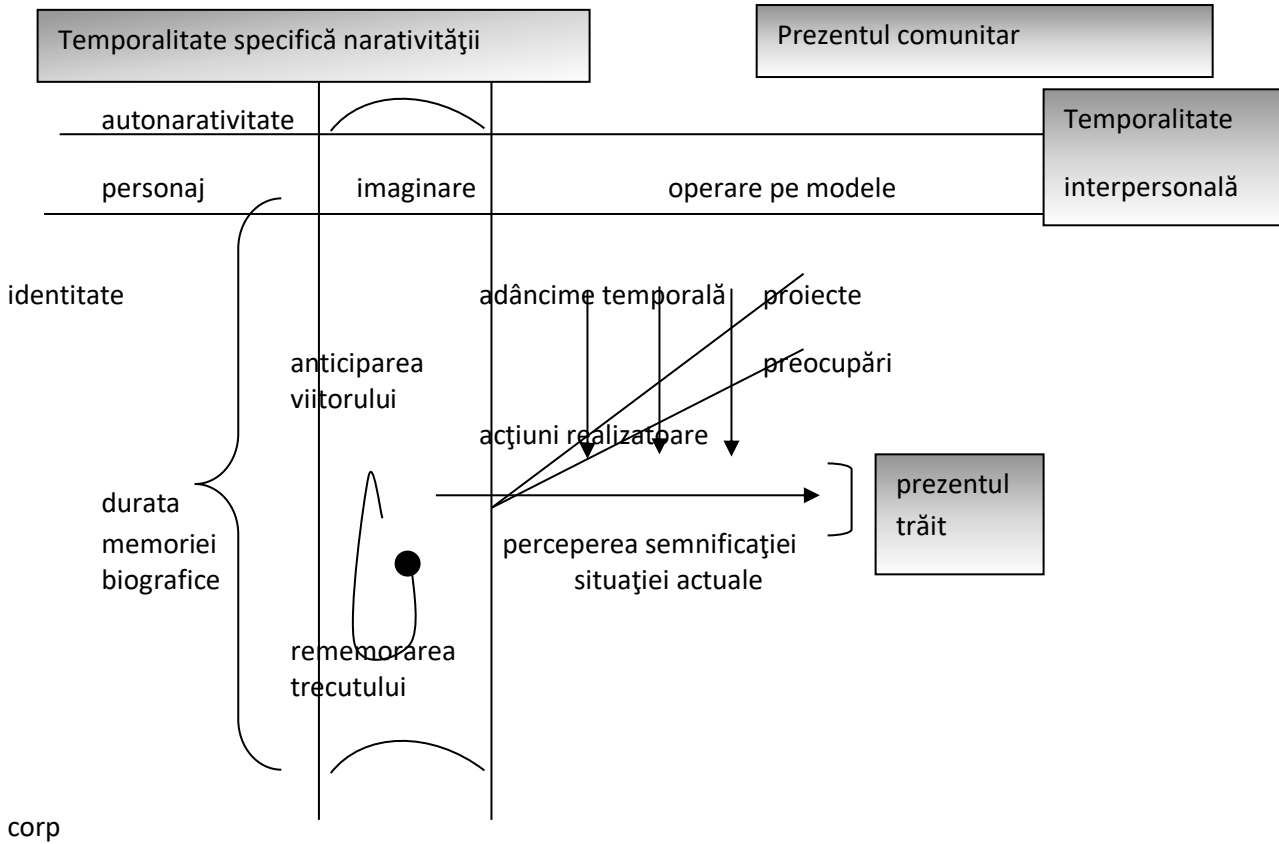
Cât privește perceperea, aceasta vizează inițial o situație problematică; și abia în subsidiar un obiect individual. (Chenar 19). Iar situația se cere circumscrisă din context prin semnificația sa comprehensibilă pentru subiect și printr-o configurare spațio-temporală proprie, susținută de o „apercepție” a întregului său. Psihologia configuraționistă a abordat și studiat, așa cum se știe, și percepțiile ce se derulează în timp, precum o melodie sau un mesaj comunicațional; fapt care presupune în mod evident o sesizare intuitivă a întregului, chiar înainte ca melodia sau expunerea respectivului mesaj să se fi terminat. Acest aspect al intuirii apericeptive a configurației întregului a fost intuit de la început de către inițiatorii conceptului de percepție și apericepție, Leibnitz și Wolff; și analizat aprofundat de către Kant. Aspectul aperipectiv al percepției curente a fost abordat și de către semiologia psihopatologică, cu exemple ca : incapacitatea unui pacient de a înțelege o frază citită, deși înțelege toate cuvintele ce o compun. Iar tradiția apericeptivei – a sesizării intuitive a întregului – se cere a nu fi uitată acum, când percepția situațională e privită din perspectiva derulării unei acțiuni actuale. Căci, un comportament cu scop, susținut de funcții executive, se derulează și el în interiorul unui „câmp al acțiunii”, care e deasemenea delimitat aperipectiv, ca un întreg (Chenar 38, Chenar 34). Sinteza tuturor acestor aperipecții la un loc, este cea care configurează limitele actuale ale trăirii prezentului.

Dacă în primă instanță perceperea pare a aborda realitatea dintr-o perspectivă spațială, în mod simetric acțiunea pare a se impune mai ales prin temporalitate. Cele două aspecte ale raportării intențional comprehensive la o situație dată sunt însă complementare, perceperea și descifrarea semnificațiilor fiind de fapt procese active. Iar acțiunea neputându-se desfășura fără a integra în permanență informația perceptivă curentă, inclusiv cea de tip feedback, privitoare la însăși cursul său de desfășurare. În plus, atât perceperea cât și acțiunea implică întregul aperipectiv menționat, înțeles ca o structură de ordine ierarhică prin care părțile sunt reunite într-un ansamblu coerent și semnificant. Căci, pe deoparte obiectele și persoanele percepute se oferă și sunt receptate sub forma unor întreguri interconectate în cadrul unei situații sau a unui eveniment actual. Iar pe de altă parte, acțiunea capătă sens doar prin integrarea secvențelor sale succesive ce se

Chenar 21

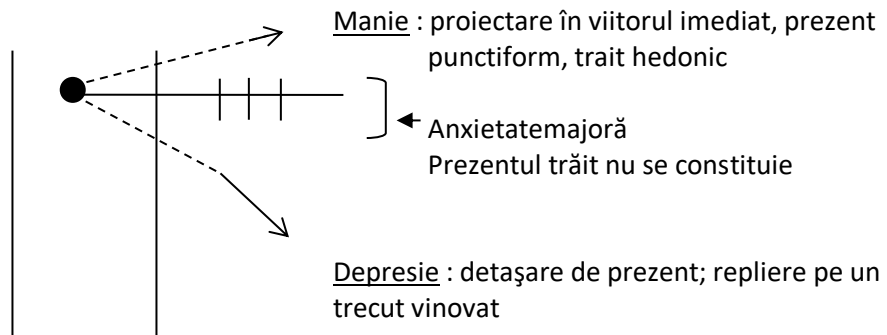
**Structura trăirii prezentului personal**

a) În normalitate „prezentul trăit” de subiect se bazează pe durata unei acțiuni efective ce poate fi repovestită



**b) Psihopatologia prezentului trăit**

În depresie și manie subiectul nu poate trăi plinar un prezent structurat



înlănțuie într-o anumită ordine, spre un final. Final prin care se delimitează semnificația sa de acțiune cu scop. Trăirea prezentului implică deci în permanență unitatea și coerența centrală a unui întreg, pe care structura funcțională a apercepției îl intuiește, sesizează și îl susține.

Un fapt aparent banal cum e cel al trăirii prezentului se dovedește, la o minimă analiză fenomenologică, a avea la bază o sinteză structurală complexă, pe care studiile cognitive, configuraționiste și fenomenologice din ultimele decenii încearcă să o descifreze.

Subiectul se află în permanență în centrul situației pe care o percepe, o trăiește, în cadrul căreia acționează. Elementele lumii ambientale – și ale lumii sale în general – se plasează la diverse distanțe față de corporalitatea sa, față de centrul agenției sale, ce emerge din sinele identitar al persoanei. Unele din elementele ambianței în care subiectul își trăiește prezentul sunt mai apropiate de el, mai la „îndemână”, pentru manipulare, iar altele se află mai la distanță, accesibile pe căi determinate, uneori pline de bariere. La fel stau lucrurile în ceea ce privește parcurgerea etapelor succesive prin care o acțiunea evoluează spre final. În plus, această proximitate a elementelor lumii nu e doar una spațială în sens fizic sau prin luarea în considerare a drumurilor de acces. Ci ea se cere înțeleasă și dintr-o perspectivă a familiarității. Trăirea efectivă a prezentului se corelează și cu proximitatea sa față de elementele lumii, ca familiaritate față de aceasta.

Dacă trecem însă dincolo de o primă abordare, structura temporalității pe care o deschide prezentul personal trăit e și mai complexă. (Chenar 20). Problema pe care subiectul actualmente o rezolvă poate fi doar o secvență dintr-un lanț, dintr-un proiect de durată ce poate dura zile, săptămâni, luni. Actualitatea susținerii unui examen e o parte a unei sesiuni de examene ce poate încheia un ciclu de învățământ și obținerea unei importante competențe; un tablou pe care un pictor îl încheie se poate înscrie în pregătirea unei expoziții, cu care va face un turneu în mai multe țări etc. Trăirea actuală delimitată printr-o acțiune cu scop se articulează deci cu întregul mai amplu a unor parcursuri existențiale în care e înlănțuit. Pe de altă parte, concomitent subiectul e angajat în mai multe proiecte, acțiuni, comportamente, fiecare cu linia sa temporală proprie; și care se suprapun ierarhic. Studentul ce pregătește și susține un examen în aceeași perioadă face curte unei colege cu care se logodește, practică sporturi, relaționează cu propria sa familie, participă la spectacole etc. Diversele proiecte și linii temporale de raportare la lume prin intermediul situațiilor, se suprapun, fiind paralele, în cadrul unei ierarhii de proiecte, de preocupări, ce constituie un context, un mediu, o atmosferă, asigurând în același timp o „adâncime temporală” pentru un „prezent trăit” anume. Iar în spatele tuturor acestor linii și direcții de raportare la lume, se plasează ca un referențial instanța sintetică a duratei biografice a subiectului încorporat; care are de altfel și o instanță caracterial socială și care susține identitatea persoanei sale în mijlocul rețelei sociale (Chenar 21).

Intervin apoi și alte perspective care largesc dimensiunea raportării la o situație actuală. Așa e colaborarea sa cu alte persoane, fiecare din acestea având – dincolo de ceea ce le unește în prezent - propriul său mănunchi de proiecte existențiale. Iar dintre colaboratori o parte sunt persoane apropiate sufletește de subiect, familiare lui, temporalitatea lor trăită împletindu-se strâns cu a sa. În plus, temporalitatea trăirilor intime, experimentate în spațiul „existenței duale” – a proximității dragostei de exemplu – presupun o calitate deosebită a „prezenței” și a prezentului trăit. La acestea se adaugă ritmurile și orarele temporale pe care le introduce socio-cultura istorică dată, pe fundalul căreia se definește „prezentul oficial”, „actualitatea zilei”. În cursul temporalității unei zile se poate vorbi de „timpul prezent” care definește o oră de curs, o pauză, un spectacol la care participi împreună cu alții etc. Iar la finalul zilei poți asculta la radio știri din actualitatea internațională.

În sfârșit intervine temporalitatea narativă, specifică cunoașterii și culturii omenești. Aceasta se afirmă în structura psihismului personal printr-o instanță metareprezentatională, susținută de limbaj. Și care, se conjugă cu instanța dimensiunii „teoretice” care funcționează în plan socio-cultural, la nivelul narativității publice. În cadrul acesteia, istoria se conjugă cu ficțiunile epopeilor, a literaturii, a basmelor, a miturilor, etc. Nivel la care a fost concepută și eternitatea lumii. Precum și conceptualizarea științifică a temporalității. Iar în cadrul narativității lingvistice care gravitează în jurul fiecăruia dintre noi, propria temporalitate trăită intențional întâlnește multiple împrejurări în care devine flexionară.

Totuși, dimensiunea structurii actualității trăite se menține ca un referențial de bază pentru normalitatea și patologia psihică a omului.

Comentariul analitic privitor la prezentul trăit al unei persoane aduce deci în discuție multiple perspective de abordare, care, fiecare, dezvăluie câte o dimensiune structurală a acesteia. Pentru început, avansăm ca elemente de pornire polarizarea între fundalul identitar al persoanei (centrat de unitatea coerentă a sinelui său intențional reflexiv) și actualitatea trăită prin care el se raportează la lumea comunitară actualmente perceptibilă, căreia i se descifrează semnificațiile, în vederea rezolvării problemelor situaționale.

Această polarizare se va menține și în comentariile din următoarele capitole, cu atenția centrată pe felul în care psihopatologia alterează raportarea subiectului la prezentul ambiental, evidențiind variate deficite disfuncționale ale structurii sale.

## CAPITOLUL 2

### TULBURĂRILE EXTERNALIZATE DE COMPORTAMENT ȘI PERSONALITATE; PSIHO PATIA

#### 2.1. Cadrul general al tulburărilor externalizate

Clasificarea dihotomică a lui Achenbach în tulburări internalizate și externalizate care a fost invocată în primul capitol, poate fi un ghid util, deși relativ superficial, în ordonarea și comentarea multor stări psihopatologice. În aceeași clasă generică internalizată în care se includ. Tb. anxios fobice, se plasează și cele obsesiv compulsive și cele depresive, care vor fi abordate în capitole ulterioare. Vom aduce în discuție în continuare tulburările externalizate, cu referire în primă instanță la cele cuprinse în DSM-5 în Cap.13, intitulat **Tulburări disruptive ale controlului impulsurilor și conduitei**. E vorba de o suită de comportamente disfuncționale, impulsive, opozitive, provocatoare și conflictuale ce se manifestă pe parcursul ontogenezei, perturbând relaționarea cu cei din jur, de obicei pe perioade lungi, chiar de ani de zile. În această clasă sunt incluse și tulburările de conduită ale copilului și adolescentului precum și tulburările de personalitate antisocială. De fapt, în ultimele decenii problematica tulburărilor externalizate – care inițial viza doar pedopsihiatria – a fost extinsă și la psihopatologia adultului (Kroeger 1994, 1998), implicând explicit tulburările de personalitate și consumul patologic de alcool și substanțe. S-a avansat chiar ideea unui „factor general al externalizării”, precum și o scală cu 415 itemi de studiere a psihopatologiei dezinhibitorii (Externalizing Spectrum Inventory).

În corelație cu această orientare vom comenta în acest capitol și problematica „psihopatiei” (în sensul lui Cleckley); iar în Anexă tulburările de personalitate, ca prim nivel al deficitului disfuncțional al structurii identitar caracteriale a persoanei. Dar majoritatea tulburărilor externalizate cuprinse în

Cap.13 DSM-5 sunt nu doar frecvent comorbide sincron ci se și succed pe parcursul ontogenezei.

**a) Tulburări externalizate impulsiv conflictuale**

ADHD

Tb.opoziționist sfidătoare

Tb.explozivă intermitentă

Tb. de conduită a copilului și adolescentului

Tb. de personalitate antisocială

Tb externalizate conflictuale deseori se succed de-a-lungul biografiei; ele sunt desemenea frecvent comorbide.

În această perspectivă e firesc să fie comentat la acest nivel și sindromul deficitului de atenție și control al comportamentului – ADHD – care în prima copilărie precede de obicei aceste manifestări. Cu acest sindrom vom și începe comentariul clinic al capitolului.

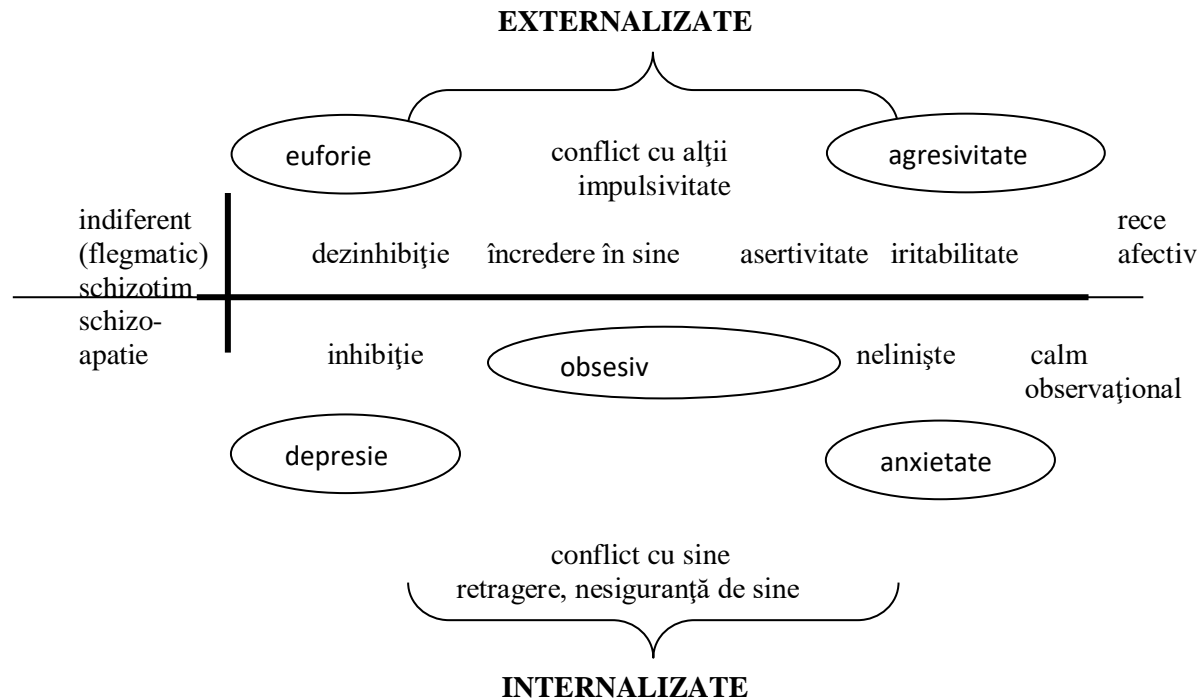
Tulburările externalizate, la fel ca cele internalizate, au la bază disfuncția unor stări dispoziționale, care susțin aceste modele comportamentale excentrice (Chenar 20). Cele din Cap.13 DSM-5 care vor fi comentate în prezentul capitol au în spate mai ales dispoziții interpersonal agresive, opozitiv conflictuale. Dată fiind importanța stărilor dispoziționale în manifestarea psihismului normal și patologic se va relua la acest nivel analiza acestora, începută în capitolul precedent, cu accent pe relaționarea interpersonală.

Deși în limbajul cotidian „dispoziție” e folosită mai ales cu conotație afectivă (e.g. „prost dispus”), fenomenologia stărilor dispoziționale poate viza preeminent trei direcții interconectate : un obiectiv comportamental pragmatic, relaționarea cu alții și autoevaluarea. În perspectivă comportamental pragmatică, prim planul unei dispoziții situaționale poate fi centrată pe o investigație, de efortul realizării unui produs sau a unei opere, de inițierea unui eveniment social; dar și de perioade de refacere sau contemplare. D.p.d.v. relațional, prim planul dispozițional poate fi unul de suspiciune, de ostilitate agresivă, de dominare manipulativă sau de sumisiune, ca în cazul manifestărilor corelative sugestiei. Iar în aria relaționărilor intime el poate fi unul de cooperare în activități curente sau de empatie, întru apreciere duală. Cât privește incidența autoevaluării, dispoziția poate exprima depresie autodepreciativă, euforia autoevaluărilor pozitive, megalomane uneori, ale succesului; sau nesiguranța anxioasă. Tulburările comentate în acest capitol sunt centrate de dispoziții interpersonale asertive, agresiv conflictuale. De aceea se va aborda și problema psihologiei relațiilor interpersonal sociale.

Un alt aspect îl reprezintă durata și condiționarea stărilor dispoziționale. Pe lângă dispozițiile reactiv circumstanțiale – cum pot fi cele ale depresiei de doliu sau ale reacției de spaimă – se întâlnesc și stări dispoziționale aparte prelungite, preconditionate „endogen” ca predispoziții; fie că acestea sunt temperamentale, fie externalizate cuprinse în Cap.13 DSM-5 sunt nu doar frecvent comorbide sincron.

Chenar 20

## b) Dispoziții afective și comportamentale



Starea dispozițională în tb. externalizate conflictuale și în psihopatie e una centrată pe relaționări interpersonale distorsionate, asertiv agresive în zona publică : aspectul afectiv al dispoziției e predominant iritabil agresiv, acesta putându-se combina atât cu elacția cât și cu și răceala afectivă crudă (C.U.) sau cu anxietatea depresivă disforică.

Stările dispoziționale au o componentă comportamental pragmatică, una afectivă autoevaluativă și una relațională; acestea coexistă și sunt interconectate, în prim plan putându-se impune unul din aspecte. În starea depresivă, comportamentul este inhibat, relaționarea redusă la minim iar trăirea tristă e corelată cu autodeprecieri. În stările euforic inhibate – de tip maniacal – subiectul e hipersociabil dar la nivel superficial, cu o stimă de sine crescută. Anxietatea afectivă se însoțește de nesiguranță de sine, neliniște psihomotorie și nevoie de sprijin și protecție socială. Dispoziția indiferentă se caracterizează prin neinteres pragmatic, neimplicare emoțională cu detașare în relaționări, indiferență față de valorizarea propriei persoane.



ci se și succed frecvent pe parcursul ontogenezei. În această perspectivă e firesc să că rezultă din cumularea unor învățări și experiențe trăite aparte. Tulburările externalizate comentate în Cap.13 DSM-5 se manifestă perioade îndelungate de timp, pe parcursul ontogenezei. Dar și în cazul tulburărilor de personalitate se întâlnesc aspecte (pre) dispoziționale particulare.

**2.2. ADHD.** Patologia psihică ce apare prima dată la vârsta infanțo juvenilă și-a impus treptat, către sfârșitul sec.XX, tot mai mult specificitatea. În plus, ea e relevantă și pentru evidențierea infrastructurii psihismului omenesc, a dependenței acestuia de funcționarea creierului și de relaționarea cu ceilalți; dar și pentru de problematica generală a ontogenezei și filogenezei psihismului uman. Privind din această perspectivă vom începe comentarea sindroamelor psihopatologice externalizate cu unul ce apare în copilărie – ADHD. Acest sindrom se referă la o pronunțată disfuncție a concentrării și persistenței atenției, ce se manifestă ca superficială și distractibilă; iar în același timp se exprimă o continuă stare de mișcare nedeterminată de un scop, dublată de izbucniri impulsive. Aceste manifestări externalizate sunt perturbatoare pentru ambianța umană din jur. Prezentarea în DSM-5 ADHD e următoarea:

**Tb. deficitului de atenție cu hiperactivitate/impulsivitate ( Attention Deficit/HiperactivityDisorder – ADHD)**

**Sindromul ADHD (în DSM-5) constă dintr-un pattern persistent de neatenție și/sau hiperactivitate/impulsivitate, mai frecvent și mai sever decât se observă la copiii comparabili ca dezvoltare. Cel puțin unele simptome apar înainte de 7 ani și persistă până la vârsta adultă. Simptomatologia trebuie să se manifeste cel puțin în două situații (de ex.acasă, la școală) și să interfereze cu funcționarea socială, școlară sau profesională.**

**Pentru diagnostic se cere prezența a 6 sau mai multe simptome din grupajul neatenție și din cel hiperactivitate/impulsivitate; manifestările trebuie să fie frecvente și perturbabile.**

**Neatenția.** A) incapabil de a acorda atenție detaliilor sau face erori prin neglijență în efectuarea temelor școlare, la serviciu sau în alte activități; b) dificultăți de a susține atenția asupra sarcinilor sau activităților de joc; c) adesea pare a nu asculta când i se vorbește direct; d) deseori nu se conformează instrucțiunilor și e incapabil să termine temele, sarcinile, obligațiile; e) are dificultăți în organizarea sarcinilor și activităților; f) evită să se angajeze în sarcini care necesită un efort mental susținut; g) frecvent pierde lucruri necesare pentru diverse sarcini și activități; h) e ușor distras de stimuli irelevanți; i) este uituc privitor la activitățile cotidiene.

**Hiperactivitate/impulsivitate:** a) se joacă cu mâinile sau picioarele sau se foiește pe loc; b) adesea își părăsește locul în clasă sau în alte situații în care ar trebui să stea; c) aleargă sau se cațără excesiv de mult în situații în care acest lucru este inadecvat; d) are dificultăți în a se juca în liniște sau în a se angaja în activități distractive; e) deseori e „în continuă mișcare” sau acționează „ca și cum ar împins de un motor”; f) vorbește excesiv de mult. (Impulsivitate); g) „trânțește” răspunsuri înainte ca întrebările să fi fost complet formulate; h) are dificultăți în a aștepta la rând; i) adesea întrerupe sau deranjează pe alții (de ex. intervine în conversația și jocul altora).

Dacă am căuta în normalitate o împrejurare în care copilul are în mod normal și adaptativ o atenție mobilă, răspunzând la toți stimuli noi și în același timp se deplasează în permanență, ne putem gândi la perioada de după 1 an, când el investighează spontan ambianța; se deplasează continuu, pune mâna pe obiecte și le manipulează, privindu-le atent pentru scurt timp, e atent la tot ce e nou pentru el. Această activitate exploratorie cognitivă e susținută de un atașament sigur, copilul împărtășind cu mama privirile, care susțin investigarea.

Modelul infantil al investigării ambianței e o etapă ontogenetică ce e apoi depășită, integrată în alte modele mai complexe de raportare la mediul înconjurător, ce-i implică tot mai mult pe ceilalți și se desfășoară urmărind scopuri, procese. La adult informația se obține din multe surse, inclusiv de la alte persoane și din surse de date specializate. Dar, se mai poate face o trimitere, de data aceasta filogenetică, la perioada în care specia homo era în faza de culegător vânător.

Pentru omul acelor vremi, investigarea mediului înconjurător în vederea căutării hranei era pe atunci principalul model de raportare la natura ambiantă, aceasta constând din deplasare și o atenție distributivă, realizată prin privire, pentru detectarea informațiilor utile. E vorba de un comportament orientat spre căutarea noutății și susținut de o atitudine ergică și stenică, subiectul fiind pregătit pentru acțiune, inclusiv pentru confruntare. Deci, e un comportament ce face parte dintr-un ciclu realizator adaptativ. Deși simptomatologia ADHD reproduce doar o parte din acest model comportamental, ea ar putea fi totuși interpretată – susțin psihopatologii evoluționisti - și ca afirmarea unei astfel de disponibilități arhaice de manifestare, pe care societățile agricole și cea industrial școlară modernă nu o mai cultivă. Mai ales civilizația ultimului veac, prin stilul învățământului școlar generalizat și ocupațiile sedentare ale adulților, blochează manifestarea disponibilităților de explorare corporală ambiantă. Astfel încât „schița” vechiului comportament s-ar manifesta uneori excesiv și aberant în noua cultură, ca un “mismatch – genă/ambianță”. Adică ca afirmarea unui model comportamental ce era adaptativ într-un anumit mediu, dar nu mai este util într-un nou mediu cultural. Iar prin aceasta schița lui nu mai e preluată și dezvoltată educativ de societate; astfel încât, devine un comportament aberant.

Sugestia psihopatologiei evoluționiste deși nu poate fi invocată univoc,- în ADHD - fiind incriminați și mulți alți factori etiopatogenetici - poate fi totuși reținută, necesitând însă câteva comentarii. Modelul comportamental al explorării ergice pentru descoperirea și procurarea hranei, era de fapt orientat spre un scop, fiind integrat într-un proiect ce se realiza de obicei în colaborare. Pe când comportamentul din ADHD nu e încadrat în nici un proiect și se desfășoară solitar. Distributivitatea atenției făcea parte în acel model din procesul de investigare. Iar poziționarea stenică – care ar putea explica impulsivitatea din ADHD – se corela cu așteptarea unei confruntări cu vânatul. Înțeles astfel, comportamentul explorator al omului arhaic vânător, se corelează și cu tensiunea anxioasă, astfel încât modelul

Chenar 21

### Funcțiile executive

Funcțiile executive (F.E.) a căror perturbare se întâlnește în ADHD și alte tb. developmentale se referă la inițierea și coordonarea unei acțiuni cu scop, așa cum ar fi acțiunea pragmatică ce realizează un produs, sau vorbirea ce transmite un mesaj. Ea e considerată, de asemenea, și ca unul din principalele câștiguri filogenetice, girate de cortexul prefrontal. Nu e vorba de o unică funcție globală, ci de multiple funcții definite operațional și prin teste; care însă toate participă la același obiectiv. În grupajul funcțiilor executive sunt menționate următoarele (cu diverse accente și formulări din partea cercetătorilor): - A genera, a iniția comportamente orientate spre scop; - A planifica și organiza atingerea scopului prin etape succesive; sau, altfel spus, a rezolva o problemă într-un mod organizat, strategic; - A menține atenția asupra scopului, concomitent cu flexibilitatea atenției spre noutățile contextuale; și, cu reorganizarea la nevoie a strategiei; - A coordona comportamentul printr-o continuă (“online”) informație asupra desfășurării sale în context (=memoria de lucru) și bazându-se pe informația inversă (feed-back), care evaluează etapele parcurse; - A îndepărta impulsurile și tendințele comportamentale care deviază de la obiectiv; precum și toate perturbările (“zgomotele”) ce apar pe parcurs; - A evalua finalizarea obiectivului și consecințele sale.

Analiza F.E. a condus la mai multe modele conceptuale, care încearcă să sistematizeze teoretic diverse rezultate obținute prin studii sectoriale bazate pe testări experimentale. Unul din aceste modele, analizând F.E. din perspectiva comportamentului motor, a condus la sugestia a două nivele:

- Nivelul controlului schemelor comportamentale standardizate, care pot fi declanșate și inhibitate (Entention Scheduling - ES);

- Nivelul supervizării atenționale (Supervision Attention System – SAS) care se desfășoară la un nivel conștient și implică : planificarea, decizia, atenția față de comportamentele cu dificultăți tehnice, fața de împrejurări nescunoscute și noi etc.

S-a subliniat că în cazul F.E. e important să se aibă în vedere în mod principal un “centru executiv” de supervizare, care e corelat neîntrerupt tot timpul cu obiectivul de atins; și în jurul căruia se organizează desfășurarea acțiunii. Faptul se realizează prin două din principalele funcții executive; menținerea atenției fixată asupra scopului; și, mai ales, “memoria de lucru”, care menține “online” informația “feed back” privitoare la progresul acțiunii spre obiectiv. Se realizează astfel un “câmp al acțiunii”, această metaforă făcând trimitere la coeziunea ce se realizează în cadrul unui câmp gravitațional.

Tulburări ale F.E au fost întâlnite, în autism și în alte tulburări neurologice și psihice ca deficiențe intelectuale, ale controlului motor, ale învățării, ADHD, tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC), schizofrenie, tulburări dispoziționale și anxioase, etc. În schizofrenie ele sunt incluse printre “tulburările neurocognitive” ce se evaluează (Keefe, 2004) prin teste psihologice ce cuantifică: vigilența și atenția, învățarea audioverbală și vizuală, raționamentul și rezolvarea problemelor, viteza procesării informațiilor, fluenta verbală, memoria imediată, de lucru (working memory).

F.E. au fost conceptualizate și studiate mai ales în legătură cu acțiuni secvențiale țintite, situaționale, așa cum ar fi: realizarea unui produs, comunicarea unui mesaj, rezolvarea unei probleme conjuncturale sau teoretice. Raportarea activă a subiectului la lume presupune însă și proiecte de lungă durată, de luni sau ani de zile, în care sunt incluse multe etape secvențiale. Astfel de proiecte pe lângă centrarea pe un obiectiv realizator – o operă, o performanță etc., pot avea în vedere și clarificarea unor preocupări și probleme identitare și relaționale (de ex. sunt sau nu bolnav, frumos și prezentabil, înșelat de partener etc.) Schema generică a comportamentelor ce vizează un obiectiv este aceeași ca în cazul menționat la început al F.E. Stilul și perturbările la nivelul acțiunilor – de tip proiect va fi comentat la nivelul patologiei obsesionale.

său poate fi regăsit și în anxietatea generalizată. Iar ADHD poate fi înțeles până la un punct, ca o variantă deficitară a sa, în care obiectivul lipsește, la fel ca și partenerii. În plus, deficitul ADHD este de obicei corelat cu o disfuncție a funcțiilor cognitive executive (F.E.) care susțin proiectele și executarea unei acțiuni cu scop. Principalul deficit ar fi acum dificultatea de a organiza o acțiune proiectată. Dar omul a dezvoltat foarte probabil aceste funcții executive în corelație mai ales cu producerea de unelte, care necesită o acțiune orientată spre un scop prefigurat de un model ce se cere reprodus; și care e realizat apoi, în condiții motorii statice și a unei atenții concentrate. Perturbarea FE în psihopatologie va fi reluată odată cu analiza obsesionalității.

### **2.3. Tulburările controlului impulsurilor, de conduită și TP antisocială**

Modul de manifestare externalizat al persoanelor cu ADHD în care copilul se află în permanentă mișcare fără a urmări nici un scop, nu doar că este neadaptativ pentru subiect; ci el e și deranjant pentru cei din jur.

Totuși ceilalți nu sunt vizați direct de expresivitatea cvasiinvestigatorie instabilă a copilului. Cei cu ADHD nu exprimă în mod direct agresivitate față de alții; iar reacțiile lor impulsive nu-i vizează în primul rând pe ceilalți. Această modalitate de raportare la ambianța se corelează mai strâns cu alte tulburări a căror debut e tot la vârsta infanto juvenilă. E vorba de tb. care se manifestă tot externalizat dar și agresiv față de alții și ambianța umană, mai ales prin izbucniri

impulsive agresive și explozive; iar mai apoi chiar prin acte deliberate. Sunt avute acum în vedere câteva categorii comentate în DSM-5 în Cap. 13: **Tulburările disruptive ale controlului impulsurilor și conduitei**. Prezentarea la acest nivel a acestor categorii, care sunt toate în mare măsură externalizate, e importantă nu doar datorită comorbidității lor crescute cu ADHD; ci și pentru că la acest nivel se evidențiază importanța în psihopatologie a conjuncției dintre anumite tulburări relaționale interpersonale și tulburările dispoziționale.

**Tb. opozitiv-provocatoare (Opposite Defiant Disorder – ODD)** se referă la un pattern comportamental cu dispoziție iritabilă supărată (grief) și argumentare sfidătoare sau vindicativă, ce se manifestă timp de peste 6 luni, asupra proprietății, animalelor, indivizilor) ; Dacă e fără distrugerii sau leziuni, ea trebuie să se manifeste cel puțin de 2 ori/săptămână mai mult de 3 luni. Dacă

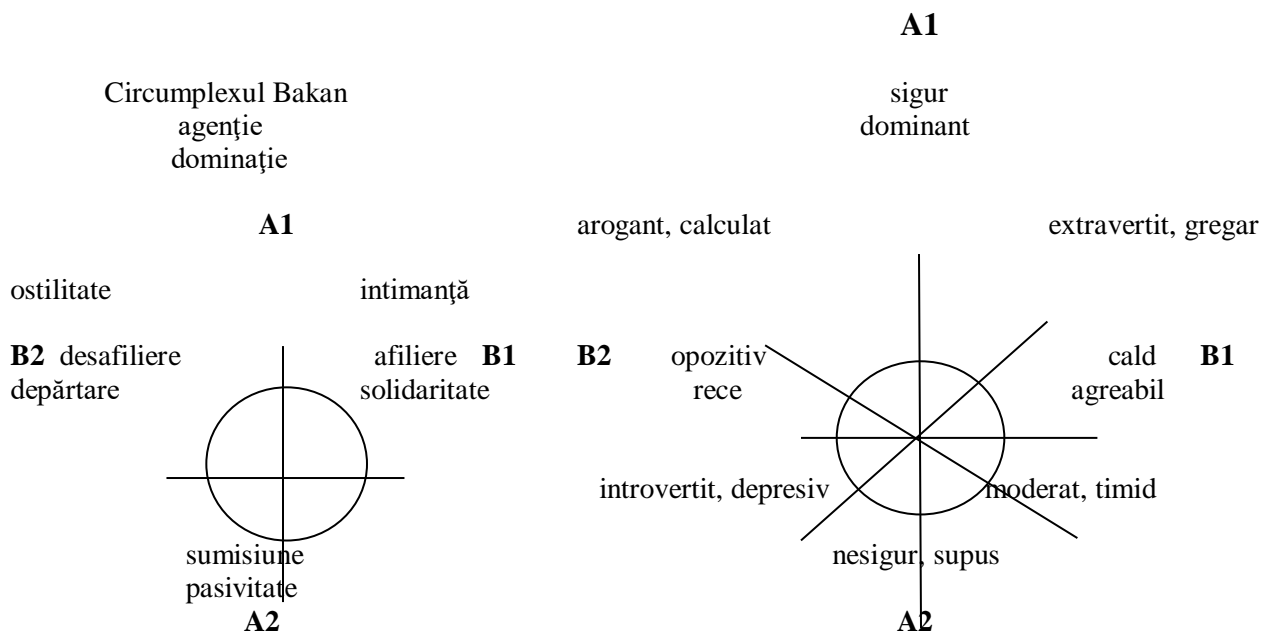
**Tb.explozivă intermitentă (Intermitent Explosive Disorder – IED)**se manifestă prin izbucniri comportamentale ce exprimă pierderea controlului asupra impulsurilor agresive. Simptomatologia cuprinde : 1) agresiuni verbale (izbucniri, tirade) sau agresiuni fizice (împotriva proprietății, animalelor, indivizilor); dacă e fără distrugerii sau leziuni, ea trebuie să se manifeste cel puțin de 2 ori/săptămână mai mult de 3 luni. Dacă manifestările comportamentale sunt cu distrugerii și lezarea altora pentru diagnostic ajung 3 manifestări în 12 luni. Magnitudinea comportamentului agresiv depășește proporția provocării; actele nu sunt premeditate și nu urmăresc obținerea de bunuri.

Tulburările psihice care sunt incluse în categoriile menționate mai sus se cantonează la nivelul relaționării interpersonale, inițial între copil și cei ce-l îngrijesc, ulterior între tânăr și societatea adulților. Ele derivă din comportamente ce se întâlnesc și în normalitate, fiind studiate de psihologia relaționării și caracterizării interpersonale, mai ales prin intermediul doctrinei circumplexului interpersonal (Chenar 23). În aceste cazuri psihopatologia nu a introdus niciun “termen tehnic” psihiatric special.

Chenar 22

### Tulburările comportamentale externalizat conflictuale în raport cu circumplexul relațiilor interpersonale (c.i.)

Circumplexul relațiilor interpersonale (C.I.) a fost elaborat de către o suită de psihologi din SUA (Leary, Wiggins, Kisker, etc) spre sfârșitul sec.XX, pornind de la circumplexul Bakan, (utilizat în psihosociologia animalelor), care e centrat pe axele ortogonale: dominație/sumisiune și deschidere agreabilă/opozitivitate, (desafiliere). C.I are multe variante, interpretări și utilizări mai ales în caracteriologie și psihoterapie, el e utilizat și în studierea Tulburărilor de personalitate. Privitor la folosirea sa în legătură cu tb. comportamentale externalizate și psihopatie, acesta e util în conjuncție cu analiza structurii dispoziționale a persoanei (Chenar 11) și a relaționărilor interpersonale intime: care sunt în aceste tb.deficitare.(Paragraf 2.5.)



În raport cu C.I. Tb.iritabil conflictuale,TP antisocială și psihopatia se plasează predominant în cadranul superior. Atitudinea interpersonală e dominatoare și agresivă, de confruntare, luptă, agresiune, manipulare. Predomină suspiciunea, ținerea celuiilalt la distanță, ignorarea nevoilor acestuia, indiferența față de suferința sa. Dispoziția afectivă iritabil agresivă se poate dubla cu una rece afectiv, mai rar cu una ușor euforică. (Chenar 20). Dispoziția anxios depresivă,e prezentă mai ales în cazul impulsivității. Cazuistica ce se plasează în cadranul inferior poate manifesta atitudini și comportamente agresive mai ales în modalitate impulsiv explozivă.

Tb.opozitiv provocatoare se caracterizează printr-un comportament iritabil, reactiv, exploziv, vindicativ, sfidător, pe fondul unei dispoziții disforice. Ea poate

apare din perioada preșcolară dar și în adolescența. Deseori precede tulburările de conduită ce apar precoce; dar, reprezintă și un risc pentru tulburările anxioase și depresive. Ca adulți, cei ce au avut tulburări opozitiv provocatoare în copilărie mai pot prezenta tulburări de adaptare, incluzând comportament antisocial, probleme de control a impulsurilor, abuz de substanțe.

Agresivitatea umană a fost împărțită în două subtipuri: proactivă și reactivă (Dodge and Cole, 1987). Agresivitatea proactivă e instrumentală și deliberantă (controlled–instrumental–predatory aggression); iar cea reactivă e emotivă, atribuită intențiilor ostile ale altora (impulsive–hostiles–affective–aggression). În tulburările opozitiv provocatoare predomină agresivitatea proactivă; dar e prezentă și cea reactivă, ce indică o vulnerabilitate ce se poate mai târziu valida prin stări anxioase și depresive.

Tb.explozivă intermitentă constă în reacții agresive disproporționate, verbale și comportamentale, ce apare intermitent. Ea e diagnosticabilă după vârsta de 6 ani. Dg. poate fi adițional față de ADHD, tulburări opozitiv provocatoare, tulburări de conduită sau tulburări din spectrul autist. E mai frecventă în adolescență; durează de obicei câțiva ani. Rareori apare prima dată după 40 ani.

Tb. explozivă intermitentă exprimă și ea un insuficient control a pulsionilor agresive și o dispoziție iritabilă și asertiv agresivă față de alții, care poate fi fundată temperamental. Prin simetrie s-ar putea avea în vedere, la un pol opus, copiii și tinerii retrași și timizi, “sperioși”, care caută mereu protecție, simțindu-se vulnerabili și temându-se de agresiunile altora ; și care sunt mai predispuși ulterior spre anxietate socială și tulburările de personalitate evitantă.

Atât în cazul tulburărilor opozitiv provocatoare cât și în cel al tulburărilor explozive intermitente, poziționarea contrarie față de alții și autorității se manifestă efectiv, în cadrul unor situații tensionate. Ea nu e tematizată ca în atitudinea de permanentă suspiciune a celor cu tulburare de personalitate paranoidă. Sau, mai elaborat, în delirul paranoid, în care subiectul e convins că este un personaj aflat



sub supravegherea și persecuția unor instanțe ostile; deci, că e cuprins într-un scenariu aberant.

**Tb. dereglării dispoziționale disruptive (Disruptive Mood Disorder – DMO) e centrată pe o patologie dispozițională iritabil/supărată, disforică, fiind plasată în clasa (spectrul) tulburărilor depresive; existența unor episoade maniacale anulează diagnosticul.**

**Se manifestă între 6-18 ani prin prezența timp de cel puțin 12 luni a dispoziției iritabil supărată și a unor izbucniri violente recurente: verbale (furii verbale) sau comportamentale (agresiuni fizice asupra proprietății sau a altor persoane).**

**Comportamentul agresiv e disproporționat față de situații și frecvență (peste 3 ori/lună); el se manifestă în mai multe locații (acasă sau la școală cu colegii) chiar dacă e mai accentuat în unul din acestea.**

Categoria tulburării dereglării dispoziționale disruptive atrage atenția în mod special asupra fondului dispozițional. O stare dispozițională considerată în general, se instalează ca un cadru care montează și orientează subiectul într-o anumită direcție a raportării la situație, vizând un obiectiv pragmatic, relaționarea cu alții și autoevaluarea de sine. Adică îl poziționează astfel încât el e pregătit pentru a avea în vedere anumite modalități de acțiune și angajare conjuncturală (Chenar 11, 20). Dispoziția exploratorie este una în care subiectul se orientează externalizat și e montat ergic pentru căutare și/sau realizarea unui obiectiv. Dispoziția euforică, de veselie sărbătorească, e una ce deschide subiectul bine dispus spre o sociabilitate gregară și un comportament de petrecere sărbătorească. Dispoziția opozitivă beligerantă, iritabilă, este tot una externalizată și activă, asertiv-agresivă, de confruntare cu alții, de atac și provocare, subiectul având inițiativa (Chenar 23). O dispoziție anxioasă internalizată poziționează însă subiectul într-o condiție de așteptare încordată; adică, a pregătirii pentru retragere, fugă, ascundere, evitare. Și la fel, dispoziția depresivă se manifestă internalizat de obicei prin retragere,

inhibiție, detașare de ambianță, repliere pe sine. Cazul dereglării dispoziționale disruptive are în vedere o situația mai particulară, cea a subiectului care în același timp e iritat și agresiv conflictual, ca în majoritatea dispozițiilor externalizate. Dar și depresiv, morocănos, nemulțumit, supărat, disforic. Nu e vorba de o depresie inhibată pronunțat internalizată ci de una tensionată, care se mixtează cu manifestări opozitive și impulsiv-explozive. În principiu, depresia iritabilă morocănoasă și agresivă, disforică, e diferită nu doar de depresia inhibată, ci și de cea anxioasă, care e și ea neliniștită. Cele două variante se pot combina. Disforia stă și la baza tulburării de personalitate marginală, „borderline”.

În Cap. Tulburări disruptive și ale controlului impulsurilor din DSM-5 este inclusă și Tb. de conduită, ce poate apare precoce, înainte de 10 ani; dar cel mai des apare după 10 ani, în perioada adolescenței. Ea se caracterizează prin comportamente în care drepturile de bază ale altora sunt încălcate, iar normele și valorile corespunzătoare vârstei sunt violate. DSM-5 împarte aceste manifestări în 4 clase. Dispoziția de fond este una aparte cu emoții prosoziale limitate.

**Tulburarea de conduită (Conduct Disorder – CD) se referă la un pattern de comportamente repetitive și persistente ce apar înainte sau după 10 ani prin care sunt violate drepturile de bază ale altora, normele și regulile de conviețuire în comun. Criteriile de dg. cer ca, cel puțin 12 luni să fie prezente 15 din următoarele criterii (cel puțin 1 din fiecare în ultimele 6 luni):**

- **Agresiuni asupra oamenilor și animalelor:** - deseori sare la ceartă, amenință sau intimidează pe alții; - deseori inițiază confruntări fizice; - folosește arme ce pot cauza serioase leziuni altora; - este fizic crud cu alte persoane; - e crud cu animalele; - îl forțează sexual pe altul.
- **Distrugerea proprietății:** - e angajat deliberat în incendieri cu scopul de a cauza prejudicii serioase; - distruge în mod deliberat proprietatea altora.
- **Înșelăciune sau furt:** - fură prin spargere din casă sau mașina altuia; - deseori minte pentru a obține bunuri, valori fără a se confrunța cu victima.

- **Violare serioasă a regulilor:** - deseori pleacă de acasă noaptea împotriva regulilor impuse de părinți; - pleacă de acasă pentru mai mult timp, locuind în alte părți; - lipsește frecvent de la școală.

**În criteriile de diagnostic se specifică și date asupra dispoziției afective:**  
 - **Cu limitarea emoțiilor prosociale, cel puțin 12 luni, în multiple relații și locuri; și care reflectă funcționarea interpersonală și emoțională a subiectului. Se reține:**

- **Lipsa remușcărilor și a sentimentului de vinovăție. Individul nu dă importanță consecințelor negative ale acțiunilor sale;**
- **Este rece afectiv, lipsit de empatie. Nu-l interesează ceea ce simte altul. E nepăsător; E concentrat mai mult asupra efectelor pe care actele sale le are asupra sa decât asupra altora, chiar dacă le pricinuieste rău.**
- **Este neinteresat de performanțele sale, chiar dacă sunt scăzute, atât la școală cât și la muncă. Nu face eforturi pentru a avea rezultate bune, chiar dacă îi blamează pe alții că au performanțe proaste.**
- **Are afecte superficiale sau deficitare. Nu exprimă afecțiuni sau emoții pentru alții decât în manieră nesinceră sau dacă urmărește un profit.**

Felul în care e caracterizată dispoziția ce constă în „limitarea emoțiilor,, la tinerii cu tulburare de conduită ar putea fi încadrată într-o variantă aparte de atitudine dispozițională față de lume, cea a indiferenței. (Anexa Cap.10) Dar atitudinea indiferenței poate avea mai multe variante. Astfel ea poate fi globală, față de lume în ansamblu, față de alții și de sine, așa cum se întâlnește în schizofrenia deficitară apato abulică, plasată în plină orbită psihotiformă. Precum și la tulburarea de personalitate schizoidă, desigur într-o măsură mai mică. În cazul tulburării de conduită și a tulburării de personalitate antisocială, întâlnim doar o indiferență anemotivă și lipsită de rezonanță afectiv empatică față de alții, în condițiile în care interesul față de lume și sine se păstrează, subiectul fiind capabil de interese egoiste și acțiuni complexe de manipulare a celorlalți. El manifestă lipsă de remușcare și sentimente de vinovăție; e rece afectiv, lipsit de empatie; și în plus, poate fi indiferent și față de propriile performanțe. Afectele sunt superficiale

sau deficitare. O anumită răceală afectivă anemotivă – mai ales cu absența emoției de frică – poate fi o trăsătură personalistă care e utilă în unele profesii riscante.

În Cap. Tulburări disruptive și ale controlului impulsurilor și conduitei mai sunt incluse două tulburări tradiționale care au etichete psihiatrice: pyromania și cleptomania. Precum și tulburarea de personalitate antisocială a adultului.

**Pyromania** se caracterizează prin punerea de foc (incendiere) și aprinderea deliberate, impulsivă; e precedată de o stare de tensiune, ce se descarcă prin act. Există tendința de repetare.

Subiectul este interesat, fascinat, curios, atras de foc și de incendiu, situații care-i creează satisfacții.

Se exclud răzbunarea, acțiuni socio politice sau alte tulburări mentale.

**Kleptomania** se caracterizează prin stări recurente în care subiectul nu poate rezista impulsului de a-și însuși obiecte străine de care nu are nevoie și care nu reprezintă pentru el o valoare monetară.

Actul este precedat de tensiune; iar după comitere urmează o stare de descărcare, de detensionare pozitivă.

Comportamentul nu se datorează altor tulburări mentale.

**Tulburarea de personalitate antisocială** se caracterizează în DSM-5 prin:

Un pattern persistent și inflexibil de atitudini și comportamente care neglijează sau violează drepturile altora, care se manifestă după 18 ani (dar au avut unele simptome de tulburări de conduită înainte de 15 ani), și constă în cel puțin 3 din următoarele:

1. Incapacitatea de a se conforma normelor sociale în legătură cu comportamentele legale indicată de comiterea repetată de acte care constituie motive de arest;

2. Incorectitudine, indicată de minciuni repetate, recursul la alibiuri, manipularea altora pentru profit sau plăceri personale.

**3. Impulsivitate sau incapacitate de a face planuri.**

**4. Iritabilitate și agresivitate, indicată de confruntări (bătăi) sau atacuri corporale repetate;**

**5. Neglijență nesăbuită pentru siguranța personal sau a altora;**

**6. Iresponsabilitate considerabilă, indicată prin incapacitate repetată de a avea un comportament consecvent în muncă ori de a-și onora obligațiile financiare.**

**7. Lipsa de remușcare, indicată prin indiferență ori prin faptul de a justifica de ce a făcut să sufere, a maltratat sau a furat de la altul.**

Caracterizarea tulburărilor de personalitate antisocială din DSM-5 include manifestări disruptive impulsive ca cele care au fost comentate în perioada dezvoltamentală (3-impulsivitate; 4-iritabilitate, agresivitate) precum și manifestări incluse în dg. Tb. de conduită a copiilor și tinerilor (2-incorectitudine, minciună; 7-lipsă de remușcare). Dar spectrul manifestărilor e mai larg, incluzând și neglijența față de siguranța altora (de ex. a propriilor copii), neonorarea obligațiilor financiare etc. De fapt, e vorba de un diapazon infracțional larg, ce include înșelăciunea (excrocheria), abuzarea și exploatarea crudă a altora, comportamente sadice etc. Cazuistica penitenciară, în care se găsesc multe persoane cu astfel de diagnostic, indică cazuri de omoruri planificate cu sânge rece, de criminali în serie, sadici; precum și de persoane care-și planifică foarte riguros nu doar acțiunile infracționale ci și aparenta lipsă de culpabilitate, construind conjuncturi astfel încât vina să cadă pe alții. Cazuistica de acest tip intră și în clusterul denumit tradițional „psihopatie”, în tradiția descrierilor inițiale ale lui Cleckley. În discuție nu e doar aspectul disocial și infracțional, ci și cel psihologic, din perspectiva anafectivității relaționale, a cruzimii sadice, a egoismului hedonic, a seducerii și manipulării altora, a construirii de scenarii care să-l dezvinovățească etc. Astfel de aspecte psihopatologice ne conduc mult mai departe decât aspectul „externalizat” a cazuisticii de comportament investigator, disruptiv impulsiv, exploziv. De aceea se

va comenta separat problema tulburării. de personalitate (T.P.) și a clusterului psihopatiei.

În cadrul TP, cea antisocială apare ca un tip caracterizat în mare măsură prin aspectul infracțional care e ușor obiectivabil. Faptul a făcut ca în studiile epidemiologice populaționale desfășurate în SUA (Epidemiological Catchment Area și The National Comorbidity Survey – NCS) să fie singura TP cercetată. Dar același aspect, care are în vedere comportamentul infracțional ghidat de normele de conviețuire din țările euro atlantice, face dificilă identificarea unei cazuistici similare în țări din alte zone decât Europa și America de Nord. E de reținut totuși faptul că la baza descrierii TP antisocială din DSM-III a stat un studiu longitudinal (Robins, 1960) care a urmărit evoluția în timp a copiilor cu tulburări de conduită și a dovedit corelația dintre acestea. De aceea și în prezent în DSM-5 această TP e menționată și în capitolul Tb. disruptive ale controlului impulsurilor, care se referă în mare parte la tulburările comportamentale din perioada infanto juvenilă. Constructul TP antisocială din DSM-5 e mai puțin unitar în ceea ce privește disfuncția la nivelul identitar al persoanei. În descrierile mai detaliate ale manualului, unele cazuri se prezintă ca egosintone cu bună sociabilitate, încadrabile deci în clusterul B. Dar altele tind spre depresivul iritabil, impulsiv și suspicios. Grandiozitatea ar putea fi o trăsătură narcisică. Suspiciunea sugerează interferența cu paranoia, iar anafectivitatea cu schizoidia. Ambiguitatea acestei categorii făcut ca în cadrul psihiatriei să rămână deschisă problema psihopatiei. Inclusiv a celei descrise în 1941 de Cleckley.

## **2.4. Problema psihopatiei**

### **Psihopatia în viziunea lui Cleckley și în perspectiva recentă**

În 1941 a apărut cartea lui H.Cleckley, “The mask of sanity”. În ea este descris și discutat un anumit tip de persoană anormală, din seria etichetată ulterior ca personalitate antisocial-sociopată. Decupajul tipologic făcut de Cleckley este

unul particular și nu acoperă decât o parte din ceea ce s-a considerat până atunci (și se va considera ulterior) ca persoană psihopată. Profilul simptomatologic este circumscris pregnant, utilizându-se descrieri de cazuri convingătoare. E prezentat un tip de om activ și deseori performant în societate, dar care are importante deficiențe în relațiile interpersonale și în respectarea normelor sociale și morale. Un om ce nu-și creează un drum ordonat și statornic în viață, deși poate fi acceptat și apreciat social în multe medii. Aspectul esențial este sociabilitatea cuceritoare care creează o mască de om normal și adaptativ, în spatele căreia sunt prezente multiple deficiențe, mai ales în ceea ce privește înțelegerea a unor noțiuni ca responsabilitatea, generozitatea. Psihopatul lui Cleckley nu are trăsăturile și caracteristicile tipurilor lui Kraepelin (excitabil, instabil, impulsiv, excentric, cverulent) și nici chiar ale celui antisocial (inamic al societății, distructiv, amenințător, turbulent, criminal). De asemenea, nu are nici caracteristicile unor tipuri descrise de Schneider: astenicul, depresivul, nesigurul pe sine, apaticul sau fanaticul. Chiar în raport cu ceea ce s-a conturat ca personalitate antisocială, respectiv disocială – așa cum sunt acestea descrise în DSM-IV și ICD-10 – există diferențe, lipsind caracteristicile explicite de agresivitate majoră și continuă, de ignorare gravă și sistematică a normelor de conviețuire și legale.

Psihopatul lui Cleckley este caracterizat de autor ca fiind activ, independent, sociabil, plăcut și convingător în relația cu alții, având un farmec superficial și o bună inteligență: este stăpân pe sine, sigur, fără nervozitate sau simptome de serie nevrotică. Lipsesc, de asemenea delirul și semnele de gândire irațională. El are o bună inteligență socială și este abil în a rezolva probleme interpersonale în folosul său. Față de aceste caracteristici care-i asigură un succes social – cel puțin limitat – el este, pe de altă parte, un om complet lipsit de sinceritate, în care nu te poți încrede; un om fără sentimentul rușinii și al remușcărilor, care are un comportament antisocial inadecvat și care nu învață din experiență. Relațiile sale interpersonale sunt deficiente în sensul egocentricității și a incapacității de a iubi,

având o sărăcie accentuată în relațiile afective. Nu-și dă seama și nu înțelege faptul că manifestările sale sunt neadecvate. La acestea se adaugă consumul necontrolat de alcool și droguri, comportamentele parasuicidare, o viață sexuală impersonală, trivială și puțin integrată; precum și incapacitatea de a urmări un plan general de viață.

Psihopatul descris de Cleckley poate avea succese în diferite domenii sociale. Sunt expuse exemple de medici, psihiatri, avocați, oameni de știință și de afaceri, “oameni de lume”, formule prin care psihopatia e deghizată, făcând destul victime. Autorul consideră că există patologie la acest nivel, că psihopatia integrată social și cea din domeniul juridic au la bază deficiențe mascate. Căci – susține autorul - sănătatea, incluzând-o pe cea mentală e un concept proteiform, larg. Există o mască a sănătății (acesta este și titlul cărții – *The mask of sanity*) care nu trebuie să demobilizeze psihiatrii.

Cleckley consideră că la mijloc e o patologie pe care încearcă să o circumscrie prin comparație cu tulburările pronunției și înțelegerii limbajului cu afazia. Trimiterile sale sunt la opera lui Head; la o formă superioară de afazie, cea semantică. Ar fi vorba de o incapacitate constituțională structural, bazată organic cerebral, de a înțelege unele semnificații cum ar fi cele de responsabilitate, vinovăție, rușine; alături de semnificația prieteniei, a dragostei, grijii față de semen.

Psihopatul circumscris de Cleckley a rămas un tip de referință. El e construit în mare măsură categorial, prototipic, nu dimensional. Mai mult, stilul de abordare și circumscriere pleacă de la cazuistică și se întoarce la ea, surprinzând ceva esențial pentru o categorie – în sensul în care în fenomenologie se vorbește de intuirea esenței și de tipul ideal. Este vorba de decuparea și cercetarea unui tip pregnant, relativ ușor de identificat dar mai mult în manieră intuitivă cu minime criterii operaționale. De asemenea, pentru a se evidenția trăsăturile comune și diferențiale față de alte tipuri lipsește plasarea sa într-un context, într-un cadru mai



general, ca cel al tulburărilor de personalitate, al tradiționalelor personalități psihopate.

### **Dezvoltări ale conceptului de psihopatie a lui Cleckley**

Importanța istorică a demersului lui Cleckley constă în faptul că a atras atenția asupra psihopatului ca persoană care este în același timp delictuală (o problemă juridico psihiatrică), deficientă psihologic în anumite arii (deci o problemă psihiatrică) și inserată destul de bine social (problema mascării sociologice a psihopatului).

Ulterior Harre (1985) a operaționalizat itemii de caracterizare a psihopatiei lui Cleckley. La origini acesta identificase 16 caracteristici de bază. Harre a construit o listă – checklist – (1980) cu 22 itemi reduși ulterior la 20 care să identifice “psihopatia” ca prezență și intensitate (psychopathic hecklist revised – PCL-R – Harre 1992; 1996; 2003).

Itemii cuprinși în PCL-R sunt: 1. Farmec, șarm superficial; 2. Grandiozitate (sentimentul de capacități sporite, supraevaluate, aroganță); 3. Nevoia de stimulare continuă; 4. Minciuna patologică; 5. Manipularea semenilor; 6. Lipsa remușcărilor sau a vinovăției; 7. Afect superficial; 8. Răceală interpersonală și lipsa empatiei; 9. Stil de viață parazitar; 10. Slab autocontrol comportamental; 11. Comportament sexual promiscuu; 12. Probleme comportamentale timpurii (de la vârste fragede); 13. Lipsa unor scopuri relevante pe termen lung; 14. Impulsivitate; 15. Iresponsabilitate; 16. Refuzul de a accepta responsabilitatea pentru propriile acțiuni; 17. Relații maritale scurte repetate; 18. Delicvență juvenilă; 19. Recidivism infracțional; 20. Versalitate criminală.

### Dispozițiile agresive în general și în relaționarea interpersonală

Dispoziția agresivă se referă, în primă instanță, la o deschidere spre – și apoi susținerea a – unei afirmări ergice, asertive a subiectului, hotărât să depășească adversitățile, rezistențele din lumea obiectivă, opozitivă (“ad-gresi” înseamnă etimologic “a se îndrepta spre”). Astfel, agresivitatea poate avea până la un punct un sens pozitiv proactiv, realizator, ce se exprimă în explorări, acțiuni performante, creație chiar (înțeles care se corelează parțial cu stările hipomaniacale). Sensul său negativ, care predomină în limbajul cotidian, se opune însă realizărilor, trimițând spre distrugere, anihilare, îndepărtare. Modalități care uneori se întretes cu orientarea proactivă.

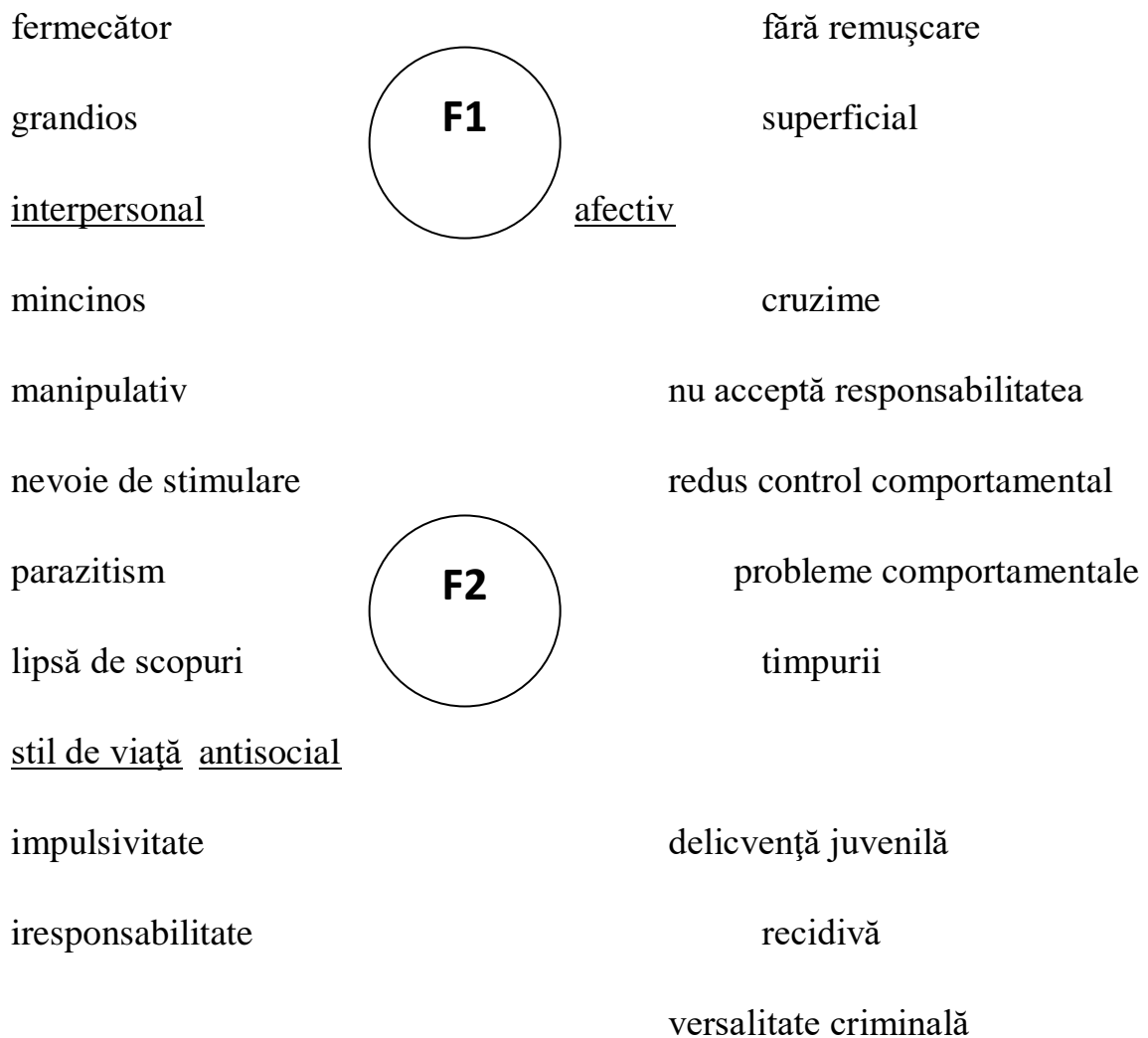
În manifestările relaționale interpersonale, agresivitatea iese în evidență mai ales în confruntarea conflictuală a subiectului, în lupta sa pe viață și pe moarte cu un adversar; comportament pe care omul îl moștenește din biologie, transformând însă modelul predator interspecific într-unul intraspecific. Dar, confruntarea agresivă e prezentă la om și în situații care nu implică dimensiunea sa fizică și corporală, de ex. prin sfidare, injurii, critică, șantaj etc. Celălalt poate fi agresat prin variate provocări, hărțuiri, prin atacarea dimensiunilor sale antropologice: prestigiu social, persoanele de atașament, posesii, șanse etc.

În varianta confruntării beligerante, dispoziția agresivă e una tensionată, care obligă subiectul să se centreze și să se delimiteze, adunându-și forțele și concentrându-se pe un obiectiv. În furia dezlănțuită el poate uneori ignora nuanțele preajmei, distrugând nediferențiat, printr-un comportament “clastic”, tot ce întâlnește în jur. Pe de altă parte, pe parcursul luptei sale cu altul, el poate resimți și anxietate, ce rezultă din conștientizarea pericolului la care se expune. De fapt însăși condiția confruntării implică, prin definiție, și atitudinea ostilă agresivă a celuilalt și care poate preceda evenimentul; fapt ce justifică suspiciunea (din care în psihopatologie rezultă paranoia). De asemenea, în contextul trăirilor conflictuale putem întâlni dispoziția depresivă; căci confruntarea beligerantă poate fi condiționată și de revolta unui om umilit, înjosit, frustrat, nemulțumit, disperat.

O a doua variantă a agresivității interpersoanle se manifestă prin respingerea celuilalt până la depărtarea sufltească în care el iese din câmpul relaționărilor, rămânând în postura unui obiect manipulabil. Acum nu mai e prezent contextul situațional al confruntării reciproc periculoase. Subiectul, dominator și detașat, îl manipulează și îl exploatează pe celălalt fără frică, emoții empaticе, rușine sau remușcări. O astfel de atitudine se poate manifesta și față de cel ce a fost învins în luptă și transformat în “sclav”, cu personalitate civică anulată. Precum și pentru toți cei considerați ca “apersonalizați”, aflați în poziția de “oricine”.

În psihopatologia nepsihotică e importantă și dispoziția iritabilă agresivă, disforică, în care starea afectivă e de nemulțumire, tensionată, cu o atitudine interpersonală negativă și ostilă, senzitivă (așteptându-se la agresiuni), fără empatie. În unele cazuri, ca în Tb. de personalitate marginală, se poate adăuga sentimentul depersonalizant al vidului, plictisului. Pe acest fond apar izbucniri de furie urmate de sentiment de rușine și culpă. Disforia din T.P. marginală e diferită de dispoziția din Tb. opozitiv disruptivă.

Cercetările ulterioare au condus o analiză factorială detaliată a itemilor din PCL care a converș spre identificarea a doi factori majori. Factorul 1 se referă mai ales la trăsăturile de personalitate pe care subiectul le afirmă în timpul interviului. Constând în manifestări interpersonale și afective. El evidențiază o persoană încrezătoare în sine, rece sub aspect afectiv și care se folosește de semenii fără remușcări. Factorul 2 s-ar referi mai ales la comportament, bazându-se predominant pe informații din dosarul individului; el evidențiază un stil de viață în mod cronic instabil și antisocial. O recentă sistematizare a celor doi factori și a fațetelor lor e următoarea:



Psihopatia, așa cum este ea circumscrisă prin PCL-R, poate fi relativ ușor de identificat, cu o bună concordanță între diagnosticieni. Ea este însă un construct ce

rezultă parțial din instrument. În raport cu tipurile de personalitate descrise categorial în DSM-5 această psihopatie apare ca o dimensiune de personalitate supraordonată, un cluster care cuprinde trăsături ce se regăsesc în mai multe tipuri: la histrionic (șarm superficial, nesinceritate, egocentrism, manipulare); la narcisic (grandiozitate, lipsa empatiei, exploatarea altora), la personalitatea de tip borderline (impulsivitate, gesturi suicidare) și la paranoid (neîncredere).

Pornind de la ideea că psihopatia ar fi o dimensiune de personalitate supraadăugată celor ce definesc tipurile categoriale din DSM-5, s-au propus modele în care fiecare din acestea ar avea și o variantă psihopată. Astfel după Millon, pe fondul TP narcisistă s-ar dezvolta „psihopatul lipsit de scrupule” (unprincipled). Acesta e deseori certat cu legea dar rareori ajunge la psihiatrie. Exhibă un simț arogant al valorii de sine și indiferență față de binele altora. Relația cu alții e lipsită de scrupule, amorală, cu înșelare. Îi exploatează pe ceilalți și îi umilește, îi escrochează, îi disprețuiește. Este abil în influențarea socială a altora, captivat de discuții, poate fi fermecător și afișează o mască de inocență. Psihopatul nesincer (disingenuous) se aseamănă cu TP histrionică. Este sociabil, caută să atragă atenția celorlalți, are comportament seductiv, dar relațiile sunt superficiale : e nestatornic, necinstit, incorect, nesincer, calculat. Inventează ușor, încercând să convingă pe alții de lucruri ireale. În mod similar Millon face un tablou descriptiv psihopatic pentru fiecare tip categorial de tulburare de personalitate.

Perspectiva de a adăuga o dimensiune psihopatică fiecărui tip categorial de TP nu s-a dezvoltat. Problematika ridicată de psihopatul lui Cleckley s-a păstrat însă incitând la noi cercetări. Una din observațiile ce au devenit clasice e cea a lui Lyyked (1957) privitoare la lipsa reacției de anxietate la „psihopatul primar”, care ar fi predominant condiționat genetic; spre deosebire de „sociopat” (sau psihopatul secundar) a cărui devianță caracterial comportamentală ar rezulta predominant din influențele negative ale ambianței educative. De-a lungul timpului s-au cumulat multe studii experimentale care precizează particularitățile biopsihice ale

reactivității emotive aparține a acestei cazuistici care se extinde mai departe chiar decât psihopatul clinic. Este vorba de persoane care sunt lipsite de răspunsul biopsihologic firesc la stressul anxiogen și de emotivitatea socială. Ele sunt lipsite și de empatie, de atașament, de impresionabilitate, milă, sensibilitate la vinovăție. Acest deficit bioafectiv a fost etichetat prin expresia „Callous Unemotionality” (aspru-neemoțional). El e exprimat în DSM-5 prin formularea „limitarea emoțiilor prosociale”. Particularitatea C.U. se poate întâlni și în cadrul populației generale, fiind chiar utilă pentru unele profesii (e.g. pentru selecția în trupe speciale de comando).

Un alt aspect care a atras atenția în a fost acela al unei alte cazuistici decât cea pe care a abordat-o Cleckley, care a avut în vedere persoane din clasa mijlocie, aflate în consultație ambulatorie. În 1964 a apărut cartea lui McCord and McCord: *The psychopath. An Essay on the Criminal Mind*, care avea în vedere studierea unei cazuistici penitenciare formată din infractori criminali. Și la aceste cazuri se regăsește lipsa de empatie, de milă, de remușcare, de anxietate în fața pericolului. Dar lipsește farmecul superficial, seducător. În schimb e prezentă o agresivitate activă, crudă, criminală, de tip „instrumental”, „predator”. Profilul psihologic al acestui „criminal predator agresiv” ce acționează cu sânge rece, fără milă și remușcare, plin de cruzime, se inseră și el în clasa psihopatiei, alături de psihopatul decelabil prin PCD-R.

**Abordarea recentă, dimensională, a psihopatiei.** În acest context problema psihopatiei a început să fie abordată dimensional și multifacțat. Unul din modelele interpretative ce s-au impus în ultimul timp a fost cel „triarhic” a lui Patrick și echipei sale, care are în vedere trei poli (sau fațete, dimensiuni):

1. Prima dimensiune, conceptualizată ca îndrăzneală (boldness) se referă la: lipsa de frică socială, asertivitate, stabilitate emoțională, spirit de aventură. Dimensiunea exprimă un tip special de dezinhibiție însoțită de siguranță de sine,

imunitate la stres, atitudine nepăsătoare (lipsa de griji) cu potențial interpersonal charismatic și cu căutarea noului.

Originile acestei trăsături trimit la descrierile lui Cleckley a psihopatului ca om sociabil, plin de farmec seductiv, lipsit de anxietate și probleme nevrotice, trăsătură pe care Patrick le consideră ca stând la originea „măștii sănătății psihice” pe care o afișează psihopatul. În perspectivă istorică, echipa lui Patrick a avut în vedere și cele 8 subscale ale inventarului PPI (Psychopathic Personality Inventory Lilliefeld & Widous) dintre care trei au fost grupate în clusterul Fearless Dominance (FD). E vorba de :- Potențialul social; - Lipsa de frică: - Imunitate la stres). Alte patru au stat la baza celei de a doua trăsături, antisociabilitate impulsivă (e vorba de: - Egocentricitate machiaveliană; - Nonconformitate impulsivă; - lipsă de planificare; - Externalitate blamantă). Ultima subscală a PPI, „Cold.....) se va corela cu malignitatea.

Pornind de la FD echipa lui Patrick a propus trăsătura „îndrăzneală” care e doar moderat corelată cu Factorul 1 PCL-R. Dar s-au găsit multe alte corelații și în alte direcții; de ex. în caracteriologia persoanei normale, la „trăsături extroversive” și „emoționabilitate pozitivă”. Și, de asemenea, în aria comportamentului interpersonal, în valorile pozitive ale comportamentului de la locul de muncă și mai ales în leadership. Trăsătura îndrăzneală e cea care joacă un rol important la psihopatul de succes.

Se mai cere avut în vedere un aspect, pe care autorii modelului nu-l comentează. Și anume, similitudinea cu manifestările comportamentului hipoman, care este orientat spre o sociabilitate gregară, imună la stresori, interesant de nou și plină de îndrăzneală. Această observație merită reținută și în perspectiva în care patologia maniactală poate fi comentată ca expresie a unei manifestări anormale a cadrului formal general al dispozițiilor și comportamentelor externalizate.(Cap.5).

2. A doua dimensiune de bază a psihopatiei din modelul triarhic a lui Patrick e impulsivitatea, ca extensie a tendințelor externalizate în care se înscrie

comportamentul psihopatic. E vorba de actele îndrăznețe, neplanificate, relizate spontan ca expresie a dezinhibiției și lipsei de autocontrol.

În prezent se are în vedere un Factor general al comportamentelor externalizate, care se regăsește la tulburările de conduită, la tulburările de personalitate și în adicții de alcool, substanțe psihoactive. Comportamentele externalizate presupun un deficit al funcțiilor executive și de control al impulsurilor și relaționărilor. El e prezent în ADHD, în tulburările opozitiv provocatoare, în tulburările exploziv intermitente, în tulburările de conduită a copilului. Dar și în manifestări nerelaționale ca pyromania și cleptomania.

O remarcă aparte a echipei lui Patrick se referă la faptul că impulsivitatea se corelează de obicei și cu afectele negative, ca anxietatea, depresia, sentimentul de culpă; ceea ce lipsește la psihopatul lui Cleckley și în general conceptului de psihopatie clasic. Totuși, tradiția cercetărilor asupra psihopaților criminali și delicvenți relevă prezența la aceștia și a unor subgrupe cu pronunțate trăsături de nevrozism și afectivitate negativă (Blankburg). Patrick sugerează de a se părăsi perspectivele univoce, propunând ca, în cadrul modelului triarhic să se accepte variate combinații între cei trei poli. De aceea, dimensiunea impulsivității e acceptată în acest model, împreună cu posibilele sale trăiri anxios depressive; care nu ar fi un criteriu de excludere a psihopatului. De altfel, categoriile tulburărilor developmentale ce sunt considerate ca precursora a tulburărilor de conduită, așa cum e tulburarea opozitiv provocatoare, nu e considerată ca lipsită de stări anxios depressive și de agresivitate reactivă; iar în perspectivă longitudinală, cei cu astfel de tulburări pot dezvolta și stări anxios depressive. Din acest punct de vedere se poate accepta și plasarea în acest spectru și a tulburărilor dispozițional disruptive, în care fondul dispozițional e predominant depresiv. După cum, e posibilă și combinarea cu anafectivitatea malignă din U.C.

3. A treia dimensiune a psihopatiei în modelul triarhic este malignitatea – meanness. E avută în vedere tendința spre agresivitatea proiectivă, instrumentală,

crudă, dublată de lipsa afectivității de atașament și empatie (milă, remușcare), pe care le are în vedere conceptualizarea C.U. Ca variante, la tineri se mai au în vedere : - cruzimea și anemotivitatea; - grandiozitate manipulativă;- impulsivitate irresponsabilă. Intervenția disfuncției C.U. apare în acest context al malignității altfel deci în cazul eventualei ei manifestări doar în contextul îndrăznelii. S-ar putea comenta, într-o perspectivă psihopatologică lărgită că, doar caracteristica îndrăznelii reproduce parțial pe cea a hipomaniei, cea a malignității plasându-se mai mult în aria schizoidiei sau schizotipiei.

Abordarea triarhică a psihopatiei este, desigur, mult mai flexibilă decât abordarea tradițională. Dar și ea lasă loc unor comentarii suplimentare.

**Psihopatul sadic.** O problemă tradițională e cea a comportamentului sadic, caracterizat prin plăcerea produsă de dominarea și chinuirea victimei. Se mai are în vedere tendința dominatoare a manipulării, intimidării, agresiunii prin diverse forme de violență etc. O formă specială e sadismul sexual în care plăcerea e obținută prin chinuirea partenerului. Descrierile și comentariile clasice, care încep cu Psihopatia sexualis a lui Kraft Ebing din sec.XIX, se referă la cupluri sado masochiste; idee care s-a diferențiat și în direcția unor cupluri de acest tip la care problema sexuală trece în plan secund. Criminalul sadic propriu zis este torționar, chinuirea victimei fiind uneori principala sa sursă de satisfacție. Într-o mărturie (citată de Stone) putem citi:

„Scopul ce mai radical e să faci ca victima să sufere. Aceasta pentru că nu există nicio putere mai mare asupra altei persoane. Plăcerea de dominare completă a unei alte persoane reprezintă adevărata esența a impulsului sadic”.

O altă problemă e cea a criminalilor în serie, care deseori duc în paralel, în comunitate, o viață aparent obișnuită, fără a se manifesta clar „psihopatic” în viața de zi cu zi. Ei pot avea o profesie, chiar o familie; și își planifică și își organizează



crimele foarte elaborat, cu multă grijă pentru a nu fi prinși. Se pare că în aceste cazuri se combină primul factor, cel al îndrăznelii, cu factorul trei, al malignității, fără o manifestare importantă a factorului doi, al impulsivității.

**Psihopatul de succes.** Tot o problemă aparține o reprezintă „psihopații de succes”, care se înscriu în formula lui Cleckley, de a masca bine anormalitatea lor, printr-o bună prezență socială. În aceste cazuri se pare că predomină factorul 1 și o bună inteligență socială. Manifestarea se realizează predominant în câteva domenii, cum ar fi managementul social și diverse zone de afaceri; dar nu pe termen lung. De asemenea, ei pot fi favorizați de unele conjuncturi sociale, care le permit să se manifeste ca și „eroi” a unor evenimente circumstanțiale. Se ridică problema dacă, actualele tendințe în plan socio-profesional de creștere a conjuncturalității și scădere a modelelor de activitate stabile de lungă durată în același cadru social, nu va favoriza o mascare și mai amplă a acestei cazuistici.

## **2.5. Structura relațiilor interpersonale și tulburările dispoziționale corelate acestora**

Ansamblul tulburărilor comentate în acest capitol au caracteristici externalizate în sensul sistematizării lui Achenbach, manifestându-se în plus, tot timpul, în mijlocul vieții cotidiene. În mod curent ele nu necesită instituționalizare și nu au o "intensitate clinică" a simptomatologiei. Iar "testarea realității" nu e perturbată. Dar, problemele ce se ridică în aceste cazuri nu se rezumă la neplăcerile subiectului, fiind tulburată și ambianța socială proximală, persoanele cu care subiectul intră în contact direct. De reținut că toate tulburările menționate au devenit probleme ale clinicii psihiatrice în ultimele decenii, de când s-a dezvoltat problematica sănătății mentale centrată pe comunitate și pe membrii familiei. Dată fiind centrarea acestor tulburări pe disfuncția relațiilor interpersonal sociale în mijlocul comunității, se impune un scurt comentariu privitor la patologia relațiilor interpersonale.

Relaționările interpersonale ocupă un rol deosebit în existența persoanei umane, a cărei identitate o dimensionează și o conturează în mediul și lumea sa. Studiarea lor s-a dezvoltat în a doua jumătate a sec.XX pornindu-se de la psihanaliză, un important impuls fiind dat de Sullivan. Acesta, preluând din configuraționism ideea de „câmp psihologic” a introdus noțiunea de „interpersonalism” pentru a caracteriza fenomenologia relaționărilor dintre persoanele ce trăiesc mult timp într-o ambianță comună și interacționează frecvent. „Câmpul interpersonal” se constituie și evoluează între două sau mai multe persoane ce se află în legături afective și sociale persistente. Iar, de obicei, un subiect întreține concomitent relații prelungite cu mai multe persoane.

În perspectivă psihosociologică acestea fac parte din rețelele sociale care circumscriu existența subiectului într-o nișă ecologică umană determinată. În acest cadru, relaționările sale de durată se ierarhizează în funcție de proximitatea afectivă și fizică a legăturii și de frecvența contactelor. Mai intervine apoi dinamica apropiierilor și îndepărtărilor sufletești. Persoanele de atașament intim ocupă o poziție specială în această constelație. La acest nivel se cere comentată pe scurt diagrama relaționărilor intim/public. Raportările interpersonal sociale ale subiectului diferențiază structural prin plasarea lor între doi poli. La o extremă se află persoanele intime și apropiate, cu care subiectul întreține legături constante și între care există o strânsă interpătrundere afectivă. La cealaltă se plasează zona relațională publică, oficială și a străinilor. Această structură relațională e una de fundal a vieții sociale, organizată prin practici instituționalizate, în cadrul cărora subiectul ocupă o anumită poziție, are un statut și exersează un rol social. Pe acest fundal, legăturile interpersonale se organizează în jurul fiecărei persoane într-o rețea, centrată de persoane apropiate, care de obicei sunt cele ale familiei, prietenilor, cunoștințelor.

În zona intimă subiectul se raportează la persoanele din familie, la părinți, copii, iubit sau partener de viață, rude, vecini și cunoștințe apropiate. Cu aceste

persoane există de obicei o colaborare strânsă bazată pe încredere și raport mutual, toți împărtășind un univers de cunoaștere și atitudini comune în care conviețuiesc. Prin procesul de atașament ele au o prezență constantă în interioritatea psihismului partenerului. Înțelegerea reciprocă utilizează puține elemente lingvistice discursive; fiecare cunoaște în mare măsură intimitatea celuilalt iar interinfluențarea reciprocă e importantă. Persoanele intime se înscriu într-un cerc concentric ce învâluie subiectul. E vorba în principiu și de o apropiere fizică constantă, a cărei simbol e casa, locuința. Prezența cuiva străin și nechemat în casă, e resimțită ca o imixtiune în atmosfera propriului spațiu intim.

În zona publică subiectul se raportează la oameni, instituții ca personaje ce îndeplinesc diverse roluri având statute oficiale definite. Comunicarea publică e ordonată de norme și de limbajul discursiv, cu utilizarea dialogului și argumentării retorice. Relaționarea față de persoanele străine, necunoscute, este orientată de distanțele interpersonale, de așteptări și intenții. Pot funcționa diverse strategii de apropiere sau de ținere la distanță și control a acestora. Colaborarea cu un altul puțin cunoscut, se bazează pe tatonări și precauție în stabilirea contactelor, flancate constant de evaluări, deseori de rezervă și suspiciune. Spre deosebire de zona intimă, în cadrul relaționării publice funcționează tot timpul autocontrolul și elaborarea exprimării. Aproximarea psihologică de o persoană inițial necunoscută e un proces ce poate conduce progresiv la integrarea acestuia în zona intimă și de atașament, cu interpătrunderea sufletească. După cum și invers, în raport cu persoanele apropiate sufletește, poate să se desfășoare un proces de distanțare, marcat de suspiciune și neîncredere, ajungându-se chiar la ieșirea lor din această orbită, în zona indiferenței. Subiectul are sentimentul că poate controla și decide liber accesul altora la intimitatea sa, cea a secretelor și deciziilor personale. (Chenar 55).

Diversele persoane de relaționare, inclusiv subiectul, se manifestă nu doar ca realități nemijlocite; ci și ca personaje cuprinse în variate narațiuni și scenarii. În

această ipostază ele se întâlnesc cu personajele narațiunilor publice; atât cu cele transmise curent prin mass media; cât și cu personajele istorice sau de ficțiune, de care luăm cunoștință din povestiri, istorii, legende, filme, romane. În sfârșit, sunt prezente la acest nivel pentru întâlniri speciale cu subiectul, personajele narațiunilor mitico sacrale ale religiei.

Relaționarea interpersonală intersubiectivă din cadrul rețelelor sociale apropiate constituie pentru psihismul persoanei un “câmp interpersonal” special (Chenar 15); care, se poate conjuga cu “câmpul personajelor” (Chenar 48). Rețeaua persoanelor apropiate de un subiect, pe care el consideră că se poate sprijini constant și la nevoie a fost abordat în ultimele decenii de psihosociologi în perspectiva “rețelei de suport social”. Aceasta are un important rol în medicină în general; și în psihiatrie în mod special, putând reduce vulnerabilitatea și favoriza remisiunile.

Relaționările interpersonal sociale ale unei persoane date, se manifestă în contextul socio-cultural în care el își derulează existența, între naștere și moarte, în mijlocul rețelelor sociale la care este conectat. În acest cadru se realizează odată cu îngrijirile din copilărie și maturările, experiențele și învățăturile prin care se dezvoltă cogniția socială – capacitatea ToM – și atașamentul; care realizează asimilarea structurantă în propriul psihism a imaginilor altor persoane, apropiate. Ulterior, relaționările conjuncturale și stabile (prelungite) cu alții se realizează în mare măsură după coordonatele indicate de circumplexul interpersonal (C.I.). Aceste modalități se întretes cu cele ce se dezvoltă în perspectiva polarizării intim-public-străin (indiferent), pentru a configura diapazonul dispozițional al relaționărilor interpersonale. Configurație dispozițională care devine o parte componentă importantă a structurii identitare tipologico caracteriale, ce are drept ax identitatea biografică și a agenției autonome.

Persoanele evitante ce au fost comentate în Cap. prezintă o exagerată disponibilitate de a se emoționa la privirile evaluative ale străinilor, evitându-le. Iar

persoanele dependente, resimt în permanență nevoia unei apropieri de persoane asertiv dominante care să le suplimenteze deficitul de autonomie a agenției lor identitare. În raport cu acestea, persoanele dizarmonice antisociale și psihopate exercită constant o constelație dispozițională interpersonală de opozitivitate agresivă, dominante și manipulativă, deseori conflictuală; fondul afectiv dispozițional putând fi variat. Tulburările externalizate pe care DSM -5 le grupează în Cap.13, par a pregăti evoluția persoanei în direcția unei astfel de dizarmonii.

În această perspectivă este util a se avea în vedere acel pol al psihismului uman pe care psihopatologul îl comentează în cadrul tulburărilor de personalitate; și care se plasează la un pol opus față de manifestările circumstanțiale și reacțiile psihopatologice circumstanțiale.

## **Anexă la Capitolul 2**

### **Tulburările de personalitate și afectarea structurii identitare, temperamental caracteriale**

Stările psihopatologice alternează capacitatea de raportare a subiectului la situațiile prezente (Anexa Cap.1); și prin aceasta, integrarea firească în parametrii vieții cotidiene. Psihopatologia psihotică afectează grav în primul rând instanța identitară din fundalul manifestărilor persoanei. Delirantul e convins că are o altă identitate, cel puțin ca rol cuprins fiind într-un scenariu aberant. Iar în dezorganizarea psihică se pierde coerența fundalului identitar, cu perturbarea ordinii în gândire, motivație și percepție. Psihopatologia identifică însă și cazuri în care afectarea fundalului identitar nu e așa de gravă, rezumându-se la o distorsiune temperamental caracterială, ce se evidențiază în relaționarea interpersonală și comportamentul social din cadrul vieții de zi cu zi. Este cazul Tulburărilor de personalitate.

Actualele sisteme de clasificare și diagnostic a tulburărilor psihice cuprind un capitol aparte care se referă la tulburările de personalitate. E vorba de persoane care-și desfășoară viața curentă în mijlocul colectivităților dar au o structură

caracterială și un comportament deficitar, aparte, excentric, care condiționează o integrare socială dificilă, repetate probleme relaționale și deseori încălcări ale normelor legale și morale. Această cazuistică s-a regăsit mereu printre oamenii marginalizați social și infractori. Dar tulburările de personalitate (T.P.) se pot însoți și de un bun intelect iar uneori chiar de creativitate. În ultimele decenii s-a studiat corelația dintre T.P. ale adultului și perturbări ale dezvoltării psihice ontogenetice, mai ales în direcția tulburării de conduită a copilului și adolescentului. Pe de altă parte din modelele comportamentale din T.P. ale adultului sugerează asemănări cu simptomatologia unor tulburări mentale. Motiv pentru care psihiatrii s-au interesat de această cazuistică, începând cu sfârșitul sec.XIX, inițial sub eticheta de tulburări ale constituției psihice; și apoi sub cea de psihopatie.

În ultimii ani atât sistemul DSM-5 cât și ICD-11 păstrează categoria tulburărilor de personalitate. Dar manualul american a renunțat la diagnosticul pe axe, pe care-l propusese în ediția a III-a (1980); iar ICD-11 a renunțat la descrierea tipologică explicită. În plus, în DSM-5 s-a introdus un sistem alternativ de diagnostic pentru 6 tipuri, orientat dimensional și nu categorial.

În continuare se vor prezenta, rezumativ, caracterizarea tulburărilor de personalitate și a tipurilor de TP din DSM-5, care e importantă pentru profilul psihopatologic nepsihotic al dimensiunii identitar caracteriale a persoanei.

Chenar

### **Din istoricul „tulburărilor de personalitate”**

În sec.XIX se citează comentariul psihiatrului englez Pritchard (1835) privitor la „moral insanity” într-o perioadă în care în Germania s-a dezvoltat o psihiatrie morală și o doctrină a degenerescentei. Conform acesteia cauza bolilor mentale ar fi păcatul, viciul, abuzul de alcool, sexualitatea, actele imorale; iar cei ce păcătuiesc au urmași tarați fizic și moral care adâncesc de-a lungul generațiilor păcatul originar. În Franța, spre sfârșitul sec.XIX au fost descriși „degenerați superiori”, persoane cu intelect bun dar cu multiple disfuncții psihice, comportamentale, morale. La sfârșitul acestui secol s-a impus doctrina lui Lombroso cu privire la criminalul înăscut, identificabil după aspectul corporal. Iar Kraft-Ebing a publicat lucrarea sa privitoare la psihopatia sexuală, în cadrul căreia descria sadismul, masochismul și alte perversiuni.

Sistemul nosologic al lui Kraepelin constituit la sfârșitul sec.XIX, descrie și el personalități psihopate, ca expresie a degenerescentei și în corelație cu celelalte boli psihice. În ediția din 1904 sunt identificate 4 tipuri: mincinosul patologic și escroc, criminalul impulsiv, criminalul profesionist și vagabondul morbid. Ediția din 1915 cuprinde două clase: Cazuri cu tulburări comportamentale: excitabilul, instabilul, impulsivul, excitatul, mincinosul și escrocul, antisocialul și certărețul Si – cazuri cu dispoziții morbide impulsive, obsesive și deviații sexuale.

La începutul sec XX s-a comentat, mai ales de către psihiatria franceză în cadrul doctrinei degenerescentei, așa zisele „constituții morbide”. Așa au fost: constituția emotivă (anxioasă), cea paranoidă, histerică etc. Apoi, în prima jumătate a sec.XX Schneider publică o carte privitoare la personalitățile psihopate în care consideră această clasă de persoane ca variante caracteriologice extreme – dar nu ca boli psihice – care din cauza particularităților lor suferă și fac pe alții să sufere. Schneider a descris 10 tipuri dar fără a folosi termeni psihiatrici. Aceste persoane sunt mai predispuse de a realiza reacții comprehensibile anormale („erlebnisreaktion”), care se pot cumula intrapsihic, conducând spre stări de tip nevrotic.

Persoanele cu comportament excentric amoral și disocial au fost abordate în lumea anglo saxonă din perspectiva sociopatiei și anetopatiei. O lucrare de referință în acest sens a fost cea lui Cleckley „The mask of sanity”.

După cel de al doilea război mondial sistemele de clasificare ce s-au dezvoltat în plan internațional au cuprins și categoria tulburărilor de personalitate, apropiind aceste cazuri de patologia psihiatrică. Orientarea s-a concretizat odată cu sistemul american DSM-III (1980). Tipologia a fost în mare preluată de la Schneider dar apropiată de patologia psihiatrică, utilizându-se și o terminologie specifică acesteia. DSM-III a introdus și un sistem de diagnostic pe axe, care diferențiază tulburarea episodică de cea persistentă, ultimaincluzând tulburările de personalitate. Prin acest demers interesul față de astfel de tulburări, care se clasau pe axa a II-a a crescut spectaculos.

**Tulburarea de personalitate (TP)** e circumscrisă în DSM-5 ca o categorie diagnostică ce are în vedere persoane ce prezintă o configurație de comportamente și trăiri ce deviază în mod marcat de la expectațiile culturii în care individul trăiește. E vorba de persoane ce se caracterizează prin disfuncții cognitive (perceperea sinelui, a altora și a evenimentelor), afective (privitoare la intensitatea, labilitatea și adecvarea răspunsurilor emotive), a funcționării interpersonale și a controlului impulsurilor.

Sunt avute în vedere 10 tipuri grupate în 3 clustere: A. (persoane ciudate, excentrice) : paranoidul, schizoidul, schizotipalul; B. (persoane dramatice, instabile, emoționale): antisocialul, marginalul („borderline”), histrionicul, narcisistul; C. (anxioși, temători): dependentul, evitantul, obsesiv-compulsivul.

Ediția DSM-5 (2013) propune și o variantă alternativă, dimensională, de diagnostic a TP ce sunt caracterizate printr-un deficit (moderat sau sever) de funcționare socială, în raport cu sine și alții, și printr-o raportare interpersonală perturbată, însoțite de trăsături caracteriale patologice. (Chenar 27). Deficitul se manifestă din perioada adultului tânăr o lungă perioadă a vieții, fiind inflexibil și persistent în variate contexte personale sau sociale; el nu se datorează altor boli mentale, organice sau adicției și nu poate fi explicat prin ambianța socio-culturală sau stagii speciale ale dezvoltării persoanei.

Trăsăturile psihopatologice de personalitate sunt comentate în noua sugerată versiune din DSM-5 prin trimitere la Teoria celor Cinci Mari Factori. Sunt prezentate criteriile pentru 6 din cele 10 tipuri descrise în DSM III-IV.

Caracterizarea tradițională este însă păstrată, ca una din alternativele de diagnostic, împreună cu cele 10 categorii menționate.

Principalele tipuri de TP descrise în DSM-5 sunt următoarele (alături de TP antisocială ce a fost deja menționată în Cap.2):

T.P. paranoidă se caracterizează prin neîncredere, suspiciozitate continuă față de alții, astfel încât intențiile acestora sunt constant interpretate ca răuvoitoare, fără o bază obiectivă. Subiectul are impresia că alții îl prejudicază, nu sunt loiali și corecți cu el, folosesc informațiile despre el împotriva sa. El interpretează evenimente neutre ca ostile, se simte ușor ofensat, atacat, înșelat de partener.

T.P. schizoidă se caracterizează prin detașare în relațiile sociale și o gamă restrânsă de expresie a emoțiilor; nu se bucură de relații apropiate, nici în familie; preferă activități solitare; nu are interes pentru relații sexuale, prietenie, confidențe; e indiferent la critici și laude; afectivitate rece, plată, tocită, detașată.



T.P. schizotipală se caracterizează prin: - suspiciozitate, lipsă de încredere apropiată, anxietate socială excesivă, comportament și aspect excentric, bizar, afect inadecvat, gândire și limbaj ciudat, vag, circumstanțial, metaforic, supraelaborat, stereotip, experiențe perceptivă insolite, iluzii corporale, gândire magică, clarviziune, telepatie „al șaselea simț”.

T.P.histrionică. Subiectul caută în permanență să atragă atenția celorlalți asupra sa printr-un comportament hiperexpresiv. Poate manifesta : comportament provocator inadecvat, inclusiv în direcție sexuală; încearcă să fie captativ prin îmbrăcăminte stridentă, mimică și gesturi teatrale; stilul de vorbire este afectat, atrăgând atenția; autodramatizare, teatralitate, exagerarea expresiei emoționale; consideră relațiile apropiate ca mai intime decât sunt de fapt.

Instabilul emotiv „marginal” („borderline”). Se caracterizează prin instabilitatea în relațiile interpersonale, privitor la imaginea de sine, afecte, cu marcată impulsivitate. Prezintă eforturi de a evita abandonul (real sau imaginar); relații interpersonale instabile oscilează între extrema idealizării și devalorizare; instabilitatea imaginii de sine oscilează între: impulsivitate cu potențial de autovătămare (abuz de substanțe, sex, alimentare impulsivă, conducere riscantă), repetate gesturi de automutilare și parasuicid; instabilitate dispozițională cu oscilații între disforie, iritabilitate, anxietate; sentiment de vid interior; dificultate de a-și controla furia; ideatie paranoidă tranzitorie.

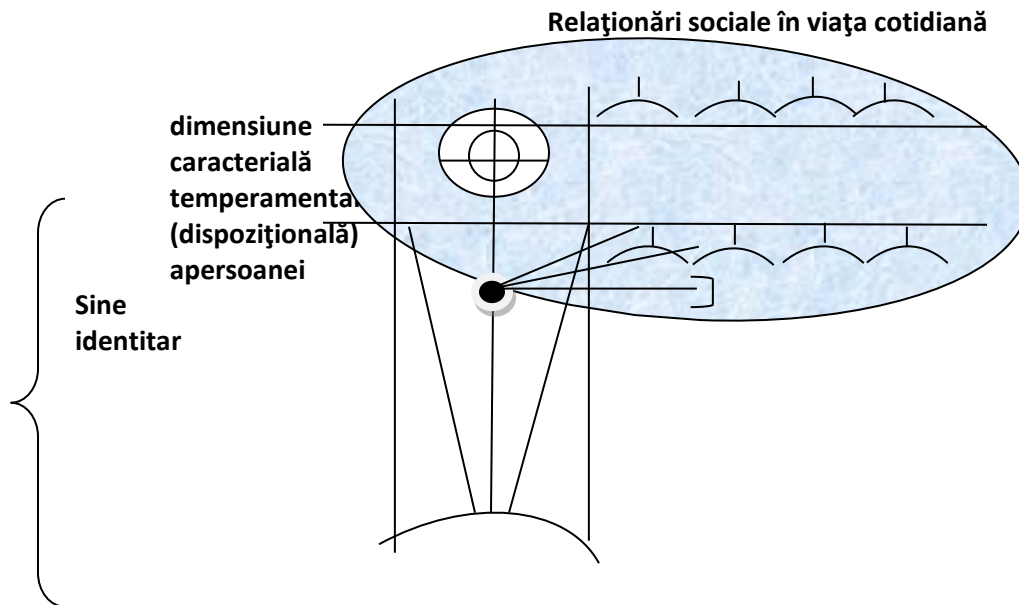
T.P. narcisistă se caracterizează printr-un sentiment de grandiozitate cu nevoia de admirație din partea altora, subiectul fiind lipsit de empatie. E preocupat de fantezii legate de succese, putere, frumusețe, considerând că este o persoană specială ce nu poate fi înțeleasă de oricine. Pretinde din partea altora admirație excesivă și tratament special, e exploatare al altora, lipsit de empatie, invidios, arogant.

T.P. evitantă se caracterizează printr-o inhibiție socială generalizată susținută de neadecvare și hipersensibilitate la evaluări negative. Evită activități profesionale care presupun contacte interpersonale semnificante; nu se apropie de altă persoană decât atunci când e sigur că va fi acceptat, are relații intime restrânse de frica de a nu ridiculizat; e inhibat de relaționarea interpersonală; se vede pe sine neatractiv social, neadecvat, inferior altora; e reținut în a se angaja în acțiuni noi sau riscante.

T.P.dependentă se caracterizează prin faptul că e excesiv de sumisivă față de altul cu pronunțată frică de separare. Are dificultăți să ia decizii singur, să-și asume responsabilitatea în principalele arii ale vieții, să-și exprime dezacordul față de alții, să inițieze singur proiecte și să le ducă până la capăt (din lipsa încrederii în sine și nu datorării lipsei de motivație și energie), face eforturi de a obține acceptarea și suportul altuia, chiar făcând pentru aceasta lucruri care nu-i plac, se simte nefericit dacă e singur crezând că nu poate avea grijă de sine; dacă dispăre o persoană de care e atașat caută imediat un înlocuitor; mereu are frica că singur nu se va descurca.

Chenar 27

### Aria psihică disfuncțională în tulburările de personalitate



În tulburările de personalitate disfuncția nu vizează destructurarea prezentului trăit (înțelegere, reprezentare și raportarea la situație), ci mai ales gestionarea relaționărilor interpersonal sociale în contextul vieții cotidiene, organizarea proiectelor în viață și autoperceperea de sine. Dimensiunea temperamentală caracterială e disfuncțională cu manifestare excentrică a parametrilor evidențiați de circumplexul interpersonal.

Varianta dimensională din DSM-5 invocă în caracterizarea TP, în primul rând, deficitul de funcționare socială reflectat în înțelegerea și aprecierea experiențelor și motivațiilor celorlalți; a toleranței unei perspective diferite de cea proprie și a consecințelor propriilor acte asupra altora (empatia). Precum și deficiențe ale profunzimii și duratei conectării la alții, a mutualității reflectate în comportamentul interpersonal (intimitatea). Altă dimensiune deficitară e considerată cea a autodirecționării, adică capacitatea de a urmări în mod coerent și semnificativ scopuri pe termen scurt și în perspectiva vieții; și utilizarea de standarde interne comportamentale constructive și prosoziale cu o abilitate de autoreflexie productivă.

Se consideră că există și deficiențe în resimțirea identității proprii ca fiind unică, cu limite clare în raport cu alții, stabilitatea stimei de sine și în autoapreciere, capacitatea și abilitatea de reglare a experiențelor emoționale. Dar autoperceperea identitară nu grevează inserția în microgrupuri; iar subiectul nu se simte transpus în condiția de personaj fictiv, așa cum se întâmplă în delir.

În cazul psihopatologiei Tulburărilor de personalitate, nu e vorba de o disfuncție psihică de moment, sau care durează un anumit timp relativ limitat. Ci de un fond structural identitar caracterial dizarmonic, care întreține repetate raportări situaționale neadecvate, perturbatoare social, mai ales în plan interpersonal, o perioadă îndelungată de timp, ani de zile.

Comentarea generică a T.P. în această anexă a avut ca punct de plecare T.P. antisocială și psihopatia. Plasarea T.P.antisocială în continuitatea tulburărilor de conduită a tinerilor și a tulburărilor disruptiv impulsive ce se manifestă de-a-lungul ontogenezei – așa cum a fost prezentată în capitolul de față – sugerează că o stare dispozițională externalizată deficitar disfuncțională poate marca structura temperamental caracterială, într-o formulă psihopatologică. Pe de altă parte, între cele trei clustere ale TP din DSM-5, ultima, C, trimite spre un fundal dispozițional anxios fobic, ce cuprinde TP dependentă, evitantă și TPOC. Deci, dispoziții internalizate. Iar dacă ne referim și la TP paranoidă, la baza ei stă în mod evident tot o dispoziție anormală – de data aceasta interpersonală - suspicioasă. După cum, la baza TP schizoidă stă una indiferentă față de tot și toate, inclusiv față de sine.

Faptul că tulburările de personalitate sunt comentate printr-un număr finit de clase tipologice sugerează similitudini cu tipologia caracteriologică normală. De multe milenii oamenii au sesizat și comentat faptul că manifestările comportamentale ale oamenilor pot fi distribuite în câteva subgrupe populaționale caracterizabile temperamental prin anumite trăsături. Pe lângă celebra tipologie zodiacală – ce mai funcționează și în prezent la mii de ani după circumscrierea ei – antichitatea împărțea comportamentul oamenilor în funcție de predominanța celor patru umori; iar în prezent trimiterea se face la doctrina trăsăturilor, grupate în teoria celor Cinci Mari Factori.

Caracteriologia tipologică pleacă de la ideea că disponibilitățile funcționale ale psihismului se manifestă la persoanele concrete cu un dozaj variabil, astfel încât la diverși subiecți unele trăsături ajung în prim plan iar altele rămân în plan secund. În cazul tulburărilor de personalitate se are în vedere însă explicit și un deficit disfuncțional al dimensiunii identitare, biografico-caracteriale a persoanei. În DSM-5 sunt avute vedere: modalități insuficiente de relaționale cu alții, în sensul empatiei și intimității; - insuficiența autodirecționării pe termen mediu și lung și a autocontrolului comportamental; - insuficiența resimțirii unicității și delimitării identității proprii. Dar, pe lângă aceste aspecte, factologia Tb. de personalitate presupune și oscilații deficitar disfuncționale ale parametrilor pe care le comentează Circumplexul interpersonal cu cele două axe ontogonale ale sale (fapt pe care mulți autori l-au studiat). (Chenar 22).

TP antisocială și întreg clusterul psihopatiei exprimă în mod evident trăsături constant asertive, dominatoare, plasându-se astfel în polul superior (A1) a circumplexului. Pe când TP dependentă se plasează, tot cu evidență, la polul inferior, sumisiv (A2). Această polarizare se poate regăsi, sub anumite aspecte, și la alte tipuri de TP din DSM-5, oferind o nuanțare a interpretării cazuistice. Astfel,

TP obsesiv compulsivă poate cuprinde cazuri anancaste, preocupate major și ritualic de asertare prin implementarea proiectelor; iar subiectul se manifestă față de alții ca distanță, scrupulos și intolerant. Dar și cazuri psihastene, în care predomină indecizia, dependența, ambivalența, nehotărârea, îndoiala (Chenar...). Paranoia se poate distribui și ea între o variantă orgolioasă și luptătoare și una senzitiv suspicioasă, pasivă, ce se apropie de TP evitantă (Chenar..) . Iar TP histrionică ar putea fi și ea polarizată identic. (Anexa Cap.3)

Privitor la axa orizontală a Circumplexului interpersonal, zona din dreapta, B1, cea a agreabilității, fiind o arie a relațiilor apropiate, empatică și de intimitate, se exclude aproape prin definiție din grupajul TP. Excepție ar face, până la un punct, TP marginală (“borderline”) și unele cazuri de TP dependentă. Dar în această direcție, a cadranelor superior, s-ar putea plasa tulburările de personalitate cu o sociabilitate crescută, ca cele histrionice; și variante ale psihopatului “fermecător social” a lui Cleckley. În schimb în aria din stânga, B2, cea a desafilierii, s-ar poziționa, pe deoparte TP paranoidă, marcată de opozitivitate suspicioasă; pe de altă parte cea schizoidă, indiferentă față de tot și toate.

Atitudinile interpersonale se corelează intim cu dispozițiile afective și de ordin general ale subiectului, structura caracterială temperamentală a persoanei reflectând acest lucru.

Abordarea psihopatologiei TP presupune, de la început luarea în considerare a unor grade de gravitate; fapt asupra căruia insistă ultimul Draft ICD-11(2018) care preconizează trei nivele. Primul mai ușor, ne păstrează în marginea normalității. Al treilea însă, cel grav, ne trimite fie spre alienarea din închisori a psihopatului cu comportament grav disocial, fie spre alunecarea în direcția orbitei psihotiforme, ca în cazurile grave de TP marginală sau în TP schizotipală.

Problematika Tb. de personalitate ne trimite spre instanța structurii formale a coerenței identitare biografice caracteriale, centrată de sine și delimitată. Identitate ce stă în spatele tuturor raportărilor active la lume, prin acțiuni, proiecte și relaționări ce străbat efemerul prezent trăit.

## CAPITOLUL 3

### TULBURĂRI CORELATE TRAUMEI ȘI STRESULUI ȘI TB. DISOCIATIVE. POVEȘTEA HISTERIEI

În nosologia psihiatrică actuală se menține un capitol consacrat tulburărilor disociative, care reunește o simptomatologie ce tradițional era descrisă în cadrul histeriei. Iar acest capitol e comentat alături de cel tulburărilor corelate traumei și stresurilor. Patologia disociativă reunește tulburări care în societățile industrializate au devenit relativ rare, așa cum sunt: tulburările conversive somatice, tulburările ale memoriei identitare (și dubla personalitate), tulburările identitare de transă, cu sau fără posesiune (de spirite), dar cu înlocuirea autonomiei agenției proprii etc. Aceste tulburări nu se încadrează direct în clasa celor „psihotice”, deși, s-au comentat în mod repetat și „psihoze histerice sau disociative”. Patologia disociativă merită o atenție aparte deoarece ea exprimă o fragilizare, o afectare a structurii identitare mnestic-biografice și social relaționale a persoanei, printr-o dedublare. Iar aceasta, împreună cu sindromul de depersonalizare/derealizare – ce e plasat în DSM-5 tot în această clasă – constituie o avantcameră pentru patologia psihotic delirantă și alienarea autonomiei agenției.

Prezentarea patologiei disociative va fi precedată de cea corelată traumei și stresului; și urmată de un istoric al histeriei.

#### **3.1.Tb.corelate traumei și stresurilor.**

În ultima ediție DSM-5 (2013) există un capitol intitulat Tulburări datorate stresului și traumei, plasat înaintea celui consacrat Tulburărilor disociative, care sunt și ele creditate ca fiind parțial determinate de traume psihice. Acest capitol nu exista în ediția princeps a DSM-III (1980) deși unele din tulburările incluse acum erau și atunci descrise, dar plasate în alte capitole. Când s-a lansat, DSM-III s-a autoproclamat ca “neutru d.p.d.v. teoretic în perspectiva etiopatogenezei”; ceea ce

însemna că includerea în diagnostic a condiționării psihosociale a unei categorii nu ar fi trebuit să fie utilizată. Totuși încă de la începutul sec.XX Jaspers a conturat cadrul posibil al “reacțiilor psihopatologice comprehensibile”, cu exemple din stările anxioase consecutive spaimei sau cea de doliu prelungit, cu trăiri depresive.

Reacțiile comprehensive se instituie nemijlocit în urma trăirii de către subiect a unui eveniment cu o semnificație deosebită pentru el, foarte impresionantă. Reacția este adecvată ca stil de manifestare dar extrem de intensă și prelungită. Școala psihopatologică germană (Schneider, Muller-Sur, Kretschmer) a dezvoltat această temă, atrăgând atenția asupra vulnerabilizării subiectului prin cumulara în preconștient a unor psihotraume nerezolvate într-o perioadă determinată de timp. La această sensibilizare, s-ar adăuga marcarea persoanei de-a lungul biografiei sale prin evenimente stresante și influențe psihice negative. Precum și o vulnerabilitate genetică crescută care poate induce sensibilități tipologice specifice. Apoi, psihopatologii scandinavi au introdus conceptul de psihoză reactivă. În ultimele decenii au existat dezbateri aprinse în mediile de specialitate americane pe această temă, mai ales datorită curentului de idei ce lupta împotriva stigmatizării prin etichetare diagnostică psihiatrică. Se argumenta ca, dacă trăirile reactive firește sunt acceptate de la o anumită intensitate ca diagnostice psihiatrice, atunci poarta abuzurilor ar fi deschisă, limitele fiind greu de stabilit.

Problema a devenit între timp și mai complicată prin faptul că parametrii clasici ai definirii reacției psihopatologice – corelația nemijlocită cu psihotrauma, comprehensibilitatea răspunsului, remiterea treptată după încetarea stresului – au fost completate în cadrul doctrinei vulnerabilitate/stres cu noi perspective, care estompau distanța față de tradiționala patologie etichetată ca “endogenă”. Astfel s-au acceptat în ecuație, raportul dintre evenimentul stresant și vulnerabilitatea subiectului, în care intervine genetica, suferințe biologice și rezultatele cumulative ale experiențelor negative ale vieții.

Apoi, pe lângă clasică psihotraumă constând din amenințare și agresiune, s-au evidențiat valențele psihotraumatice ale frustrării, eșecului, schimbărilor de viață, a substimulărilor și a psihotraumelor minore prelungite din ambianța proximală. Un rol deosebit l-a jucat și introducerea conceptului de “schimbare de viață”, constatându-se că aceasta poate decompensa un subiect vulnerabil, chiar dacă ea este dorită și pozitivă. Faptul s-ar datora efortului pe care-l determină readaptarea la o nouă rețea socială, la un nou ritm și reguli de activitate, la schimbarea obiceiurilor etc. În sfârșit, factorii stresanți se cereau puși în balanță cu factorii protectivi și compensatori. (Chenar 26). Aspectul e important mai ales în interiorul unei nișe ecologice umane din cadrul ciclurilor vieții, așa cum e familia, unde aceeași persoană poate fi sursă atât de satisfacții și protecție cât și de stres și frustrări.

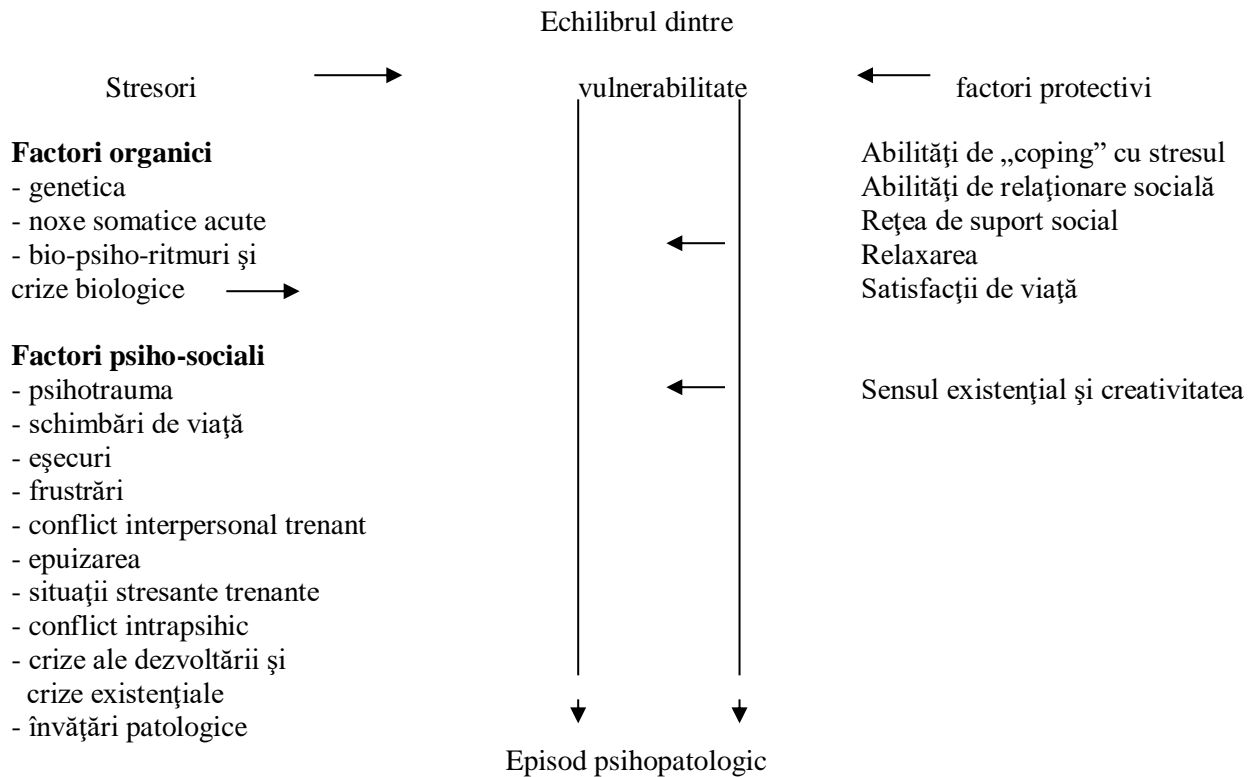
Această perspectivă analitică a stresorilor și factorilor protectivi a condus la comentarea mai atentă a “stărilor de dezadaptare”, care sunt diferite de consecințele directe și comprehensive ale unor psihotraume dramatice. Ele se petrec în condiții aparent firești de existență la unele persoane vulnerabile, manifestându-se prin simptome anxioase, depresive sau iritabil comportamentale. Această categorie diagnostică a fost introdusă deja în clasificarea DSM-III.

Apoi, a fost studiat mai atent și rolul patogenetic al substimulărilor psihosociale la pacienții instituționalizați. Wing și Brown au demonstrat că substimularea accentuează simptomatologia negativă a schizofrenilor cronici. Fapt ce a plecat pentru programe de stimulare și ergoterapie în instituții; dar mai ales pentru evitarea instituționalizării prelungite.

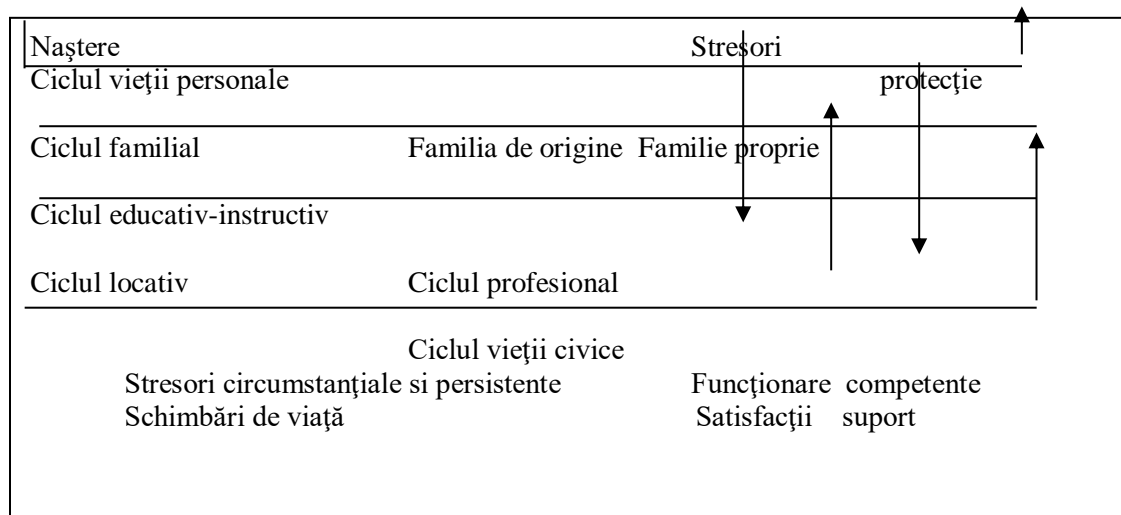
Chenar 26

**Stresorii psihosociali**

**Stresorii psihosociali pot accentua vulnerabilitatea genetica, determinând sau declanșând tb. psihopatologice; ei pot fi contrabalansați de factori protectivi**



**Ciclul vieții personale, ce se desfășoară între naștere și moarte se derulează în mijlocul unor rețele sociale proxime, care sunt și ele dinamice (familia de origine, relații educative sau de la locul de muncă etc.**



Rețelele sociale proxime sunt surse de sprijin, suport, satisfacții, exercitarea competențelor, dar și surse de stresori (acuți, trenanți): principalele schimbări de viață se realizează la nivelul acestor cicluri.



Extrem de importantă s-a dovedit deficiența de stimulare psihosocială adecvată la vârstele mici, în perioada în care se formează relația de atașament, prin absența mamei sau a substitutului ei (“frustrarea de mamă”). Observațiile au condus la conturarea a două tablouri clinice care rezultă din această condiție și care sunt introduse în actualul DSM-5 la capitolul care este acum în discuție. E vorba de:

**Tb. de atașament reactivă.** Aceasta se diagnostichează la între 9 luni și 5 ani la copii care au suferit de: - neglijare sau deprivare socială prin nesatisfacerea nevoilor emoționale bazale pentru confort, stimulări, afecțiune din partea îngrijitorilor; situație care a limitat posibilitatea de a se forma un atașament stabil; sau de: - îngrijirea în locații neadecvate, care au împiedecat atașamentul selectiv (de ex. în instituții supraaglomerate). Se manifestă prin:

- Copilul caută foarte rar (sau deloc) confort când e stresat (și separat);  
- Rareori răspunde la confort, dacă i se oferă, în aceste împrejurări.

- Prezintă persistente Tb. emoționale și sociale constând din: - răspunde minimal social și emoțional la prezența altora; - are afecte pozitive limitate: - prezintă episoade inexplicabile de instabilitate, supărare, frică la interacțiuni obișnuite cu adulții.

Cea de a doua Tb. din aceeași categorie este:

**Tb. angajării sociale dezinhibate.** Se diagnostichează tot între 9 luni și 5 ani, în condiții similare cu precedenta și constă din: - reducerea sau absența reticenței la contactul și interacțiunea cu adulții nefamiliari; - comportamente hiperfamiliare verbale și fizice cu străinii (neobișnuite în cultura sa); - contact scăzut sau absent cu aparținătorii după plecarea de la domiciliu, chiar și atunci când se află într-un mediu nefamiliar; - lipsa de grijă și ezitare de a pleca împreună cu străinii.

Privitor la stările psihopatologice ce pot apare după expunerea adulților la situații stresante extreme, lumea americană a fost impresionată către sfârșitul

sec.XX de reacțiile psihice prelungite pe care le-au avut unii soldați din Vietnam; astfel încât s-a decantat progresiv conceptul de tulburare de stres posttraumatic. Dar, clinica psihiatrică a ajuns să fie interesată în ultimele decenii tot mai mult de vulnerabilitatea psihică și de stările psihice reactive, chiar dacă ele nu aveau intensitate clinică. Și aceasta, deoarece ele erau importante în înțelegerea pe care a introdus-o viziunea spectrelor maladive.

Trecerea în revistă pe scurt a tulburărilor incluse în acest capitol e utilă pentru a se remarca și faptul că o serie de manifestări ca anxietatea, depresia, obsesia etc., pot apare în context psihopatologic reactiv într-o modalitate uneori diferită de cea pe care o întâlnim în cadrul categoriilor respective, ce se instituie mai puțin condiționate direct și nemijlocit prin evenimente trăite recent. Se vor avea în vedere descrierile din DSM-5 și ICD 11, începând cu cea mai importantă categorie din acest grup, Tb de stres posttraumatic.

**Tb. de stress posttraumatic (TSPT)** este circumscrisă în DSM-5 și ICD-11, printr-un ansamblu de simptome ce se instalează ca o consecință directă a unor trăiri intens psihotraumatizante, menținându-se apoi o perioadă de timp. Categoria are mai multe variante de intensitate. În DSM-5 s-a menținut ca variantă mai ușoară **Tb.reacției acute la stress**, ce apare în primele trei zile de la eveniment și durează cel mult o lună; pe când TSPT poate apare și după un interval liber (maxim până la 6 luni, dar unele simptome sunt de la început prezente); iar durata ulterioară este de până la 6 luni.

Condiția de apariție se referă la trăirea nemijlocită de către subiect a unui eveniment traumatic ce constă în amenințare cu moartea și injurii serioase sau violență sexuală. Se are în vedere în DSM-5 și situația în care subiectul asistă ca martor ocular la evenimente de acest tip ce le suportă o persoană apropiată; sau expunerea sa repetată (de ex. în anchetă) la rememorarea unor detalii impresionante privitoare la ce s-a întâmplat acestora. ICD-11 introduce ca factor de gravitate expunerea prelungită sau repetată la o experiență amenințătoare și înspăimântătoare sau supunerea la condiții din care nu se poate scăpa (tortură, sclavaj, genocid, violență domestică prelungită, repetate abuzuri sexuale în copilărie etc.).

**Simptomatologia se împarte în mai multe grupe:**

- Simptome intruzive (de tip obsesiv) constând din reamintiri involuntare și tulburătoare a evenimentelor; - coșmaruri ce conțin și trăiri afective din timpul evenimentului; - retrăirea unor scene (flashback-uri) care reactualizează aspecte ale evenimentului; - stări neplăcute psihice și fiziologice legate de tot ce reamintește evenimentul.

- Persistente evitări (de tip fobic) a stimulilor asociați cu evenimentul: - efortul de a evita amintiri și gânduri sau sentimente corelate cu evenimentul; - sau, a unor aspecte exterioare care ar declanșa astfel de amintiri (locuri, activități, obiecte, situații).

- Marcate alterări ale reactivității și arousalului asociate cu evenimentul traumatic: - comportament iritabil și izbucniri de furie, exprimate verbal și fizic, asupra oamenilor și obiectelor; - izbucniri comportamentale autodistructive; - hipervigilante; - răspunsuri speriate (Starl); - probleme cu comunicarea; - Tb. de somn (deficit de adormire, de a rămâne adormit, somn superficial).

- Alterări cognitive și ale dispoziției (în sens depresiv) corelate cu evenimentul: - inabilitatea de a-și reaminti aspecte importante ale evenimentului (în sens disociativ); - convingeri negative exagerate despre sine (“sunt un om rău, ...în care nu se poate avea încredere”); - cogniție distorsionată privitoare la cauzele și consecințele evenimentului, care justifică blamarea de sine sau a altora; - stare emotivă negativă prelungită (frică, oroare, furie, vinovăție, rușine); - sentiment de detașare și înstrăinare față de alții; - inabilitatea persistentă de a exprima emoții pozitive (satisfacții, bucurii, dragoste).

Ultimele două grupaje de simptome sunt considerate în ICD 11 ca și caracterizând formele complexe ale PTSD, cele care apar mai ales după stressuri repetate și prelungite.

În DSM-5 se mai menționează la simptomatologie, ca specificatori, eventualitatea prezenței simptomelor de depersonalizare/derealizare.

- Depersonalizarea: experiența recurentă sau persistentă de a fi detașat de sine ca un observator extern a propriilor procese mentale, a propriului corp (sentimentul de parcă ar visa, nerealitate a sinelui și corpului, faptul că timpul se scurge încet).

- Derealizarea: sentiment de irealitate a ambianței (lumea din jur e experimentată ca ireală, distantă, asemănătoare cu cea din vis, distorsionată).

Tabloul semiologic al TSPT e instructiv, indicând cum în condiții de solicitare extremă se mobilizează întreg sistemul funcțional al psihismului persoanei, astfel încât simptomatologia ce o întâlnim acoperă variate arii, care în alte stări psihopatologice se manifestă separat și lipsite de transparență cauzală. În TSPT întâlnim simptome anxioase fobice, care au în vedere evitarea a tot ce amintește de evenimentul traumatizant. Apoi, simptome obsesionale sub forma repetiției intrusive a evenimentului ca reamintiri, vise, flashback-uri. Sunt manifeste trăiri dispoziționale iritabil-agresive și disforice, în perspectiva autoevaluării negative a subiectului în raport cu evenimentul trăit. În sfârșit, sunt prezente tulburări ale arousalului și vigilității, amnezie selectivă, fenomene de depersonalizare, derealizare, toate din serie disociativă.

Privitor la simptomatologia de tip disociativ se mai cer menționate două manifestări pe care tradiția clinică le-a plasat frecvent în corelație cu evenimente stresante de viață, deși ele sunt comentate predominant în cadrul Tb. disociative. Este vorba de:

**- Stuporul reactiv. Acesta se instalează după stresori puternici trăiți direct (de ex. condiții speciale de război sau cutremur) în care multe persoane mor sau sunt grav rănite în jur. Subiectul rămâne imobil într-o poziție uneori neobișnuită, hiporeactiv la stimuli, expunându-se astfel la pericole suplimentare. El ajunge să fie mobilizat (uneori cu greu) de către alții; iar starea de vigilitate revine treptat, putând trece prin diverse faze.**

**- Deplasările (fugile) cu stare de vigilitate redusă (crepusculară). Uneori acestea apar direct după un eveniment neplăcut pentru subiect: deplasarea este în stare semivigilă, fără accidente, cu răspunsuri parțiale la stimuli, prin locuri relativ cunoscute; iar revenirea la vigilitatea completă se instalează după câteva ore sau zile, de obicei cu amnezia episodului.**

Stuporul reactiv se aseamănă cu unele stări de imobilitate ce apar în biologie în fața unui pericol iminent. Pentru om, detașarea de ambianță într-o stare de semivigilitate are valența de a suprima perceperea în continuare a pericolului de a rămâne în contact cu situația conflictuală. Stările crepusculare se însoțesc și ele de

o vigilitate redusă, dar cu motricitate păstrată. Ambele aceste deficite de conștiență fac parte din largul diapazon de posibile manifestări ale condiției funcționale a vigilității la om, pentru care oscilațiile între somn și veghe sunt doar un referențial de ordin general (amintim că între acestea se include relaxarea reveriei, hipervigilanta din actul creator sau starea de extaz).

O tb. de tip reactiv care a atras de mult timp atenția clinicienilor a fost cea corelată cu doliul prelungit. În spiritul reacțiilor comprehensibile ale lui Jaspers, mult timp s-a insistat asupra anumitor caracteristici speciale ale simptomatologiei proprii depresiei în aceste cazuri. Dar, autorii DSM-5 nu au putut cădea de acord asupra conturării unui diagnostic de depresie reactivă din acest punct de vedere al problemei. În ICD-11 s-a găsit însă o alternativă.

**Tb. doliului prelungit (Grief) din ICD-11 se instalează după moartea unei persoane apropiate (partener, părinte, copil sau altcineva apropiat) și e caracterizată, prin: - dorință persistentă și atotcuprinzătoare de a fi din nou în apropierea celui decedat, însoțită de o pronunțată durere emoțională (tristețe, vinovăție, furie, negare, blam, dificultatea de a accepta moartea, sentiment că a pierdut o parte din sine, dificultăți de a se angaja în activități sociale sau de altă natură). Răspunsul prin afectul negativ al supărării e persistent, atipic de lung în timp (peste 6 luni), diferit de ceea ce e de așteptat conform normelor sociale, culturale, religioase ale contextului în care subiectul trăiește. Suferință cauzează deficiențe în funcționarea personal familială socială, educațională și altele.**

Reacția de doliu prelungit din ICD-11 pune accentul acum nu atât pe dispoziția depresivă și caracteristicile ei intrinseci, pe care orice pierdere o induce, ci pe specificitatea pierderii relaționale a unei persoane apropiate. Pierdere pe care subiectul nu poate și nu vrea să o accepte. De aceea sunt luate în considerare o serie de aspecte comportamentale și atitudinale ca furie, negare, blam etc. Prin aceasta depresia de doliu este particularizată într-un tablou psiho comportamental bine definit.

Tb. corelate traumei și stresurilor, așa cum le delimitează clinica psihiatrică actuală, includ manifestări care fac trimitere nemijlocit la semnificația

evenimentelor cauzatoare, unele din acestea corelate relațiilor interpersonale. Ele implică doar în plan secund actualizarea unor disponibilități psihice funcționale ale psihismului, așa cum ar fi dispozițiile afective anxios fobice, depresive, euforic expansive (maniacale), iritabil explozive. Care, totuși, sunt presupuse și sesizate în manifestarea algoritmului clinic. Acest grupaj de tulburări nu afectează însă, în mod evident, autocontrolul asupra sinelui identitar biografic și a controlului agenției acestuia.

### **3.2. Tulburările disociative**

Tb. disociative sunt plasate atât în DSM-5 cât și în ICD-11 imediat după Tb. datorate traumei și stresului. În DSM-5 se precizează expres că Tb. disociative apar de obicei ca urmare a traumelor psihice, că influența acestora se exprimă uneori în simptome disociative, dar că plasarea în sistematică e făcută totuși distinct.

Tb. disociative sunt urmașele unui grupaj de tulburări din clasa nevroză histerică, a cărei tablou clinic s-a conturat la sfârșitul sec. XIX pe vremea lui Charcot. Simptomatologia histeriei, care în mare parte a fost identificată din antichitate, se agregă între doi poli. La unul din aceștia se manifestă disfuncții și deficiențe funcționale corporale hiperexpresive, care în psihanaliză au căpătat eticheta de “histerie de conversiune somatică”. Nucleul tradițional al acestora îl constituie marea criză de leșin, ce trebuia diferențiată de criza epileptică; precum și simptome ce mimează suferințe neurologice. A doua clasă de tulburări reunește episoade de manifestări și comportamente ce se derulează cu o stare de vigilitate deficitară variabilă; și care sugerează că subiectul nu-și mai controlează suficient identitatea, agenția de acțiune și relaționarea activă cu ceilalți. Aceste episoade, care în cadrul histeriei, includeau și stările de transă și de dublă personalitate, au fost etichetate spre sfârșitul sec. XX – inclusiv în DSM-III-5 – ca Tb. disociative (de conștiință). În prezent DSM-5 comentează, distinct cele două grupaje, vechea histerie de conversie somatică fiind prezentată în clasa Tb. centrate pe disfuncții

corporale. În schimb sistemul ICD-11 păstrează împreună grupajul tradițional, în cadrul Tb. Disociative; ceea ce face mai comprehensibilă corelația cu tradiția histeriei. În acest capitol vom urma prezentarea din ICD-11.

**Tb. disociativă ce se referă la simptome neurologice (tradiționala conversie somatică). Acestea constau în simptome motorii, senzoriale și cognitive, care implică discontinuitatea involuntară a integrării normale a funcțiilor și care nu sunt consistente cu modalitățile de recunoaștere a acestor simptome în patologia sistemului nervos sau în alte domenii de patologie. Inventarul acestor simptome e amplu și cuprinde:**

- **Simptome disociative neurologice (s.d.n.) cu Tb. vizuale, auditive, cu vertigo și amețeli; cu alte Tb. senzoriale;**

- **S.d.n. cu crize de aspect epileptic;**

- **S.d.n. cu Tulburări de vorbire, cu pareze (sau slăbiciune musculară), de mers, Tulburări ale mișcărilor de tipul celor neurologice involuntare: coreic, mioclonic, tremor, distonie, spasm facial, parkinsonism;**

- **S.d.n. cu simptome cognitive: cu deficit de performanță a memoriei, limbajului, cogniției (Sd. Ganser).**

\* **Amnezia disociativă, constă în imposibilitatea de a-și reaminti date importante de memorie, cel mai tipic a unor evenimente psihotraumatice recente, într-un mod diferit de rememorarea normală.**

\* **Tulburarea de transă constă într-o marcată alertare a stării de conștiință însoțită de o pierdere a sensului obișnuit al identității personale, o pronunțată îngustare a percepției ambianței imediate sau o neobișnuită focalizare pe un stimul ambiental; mișcărilor sunt restricționate, la fel posturile și vorbirea, cu repetarea unui repertoriu redus și cu experiența că totul se petrece în afara controlului subiectului. Dar, fără sentimentul că propria identitate e înlocuită de o alta.**

Tulburarea e involuntară și nedorită, în afara obiceiurilor culturale; se manifestă recurent cu durată scurtă; dacă e episod unic trebuie să dureze câteva zile.

\* **Tulburarea de transă cu posesiune se caracterizează printr-o stare de transă în care e prezentă o marcată alterare a stării de conștiință iar sensul**

firesc de identitate personală e înlocuit printr-o “identitate care-l posedă”; subiectul resimte că mișcările și comportamentul său sunt controlate de agentul care-l posedă. Acest agent poate fi un spirit, un demon, un zeu etc.

\* Tulburarea de identitate disociativă se caracterizează printr-o disrupție a identității prin care subiectul ajunge să aibă două sau mai multe stări de personalitate distinctă. Fiecare stare de personalitate include propriul registru de experiențe, percepții, concepte și raportări la sine, corp și ambianță. Două (sau mai multe) stări de personalitate distinctă preiau (alternativ, recurent) controlul executiv asupra conștiinței și funcționării individului în interacțiunile sale cu alții și cu ambianța, precum și în funcționarea vieții zilnice, ca părinte, soț, fiu etc.; sau răspunsul la situații specifice (de ex. reacție la amenințări). Schimbarea în starea de personalitate e însoțită de modificări în senzație, percepție, cogniție, memorie, control motor și comportamental. Se manifestă episoade tipice de amnezie ce poate fi severă.

În ICD-11 se menționează și o Tb., de identitate parțială, în care există o personalitate dominantă și una secundară, ce se manifestă intermitent și intruziv, în plan cognitiv, afectiv, perceptual, motor, comportamental. Intruziunile sunt de obicei adverse. Dar personalitatea secundară nu preia controlul executiv decât eventual, în rare și scurte momente, ca răspuns la stări emoționale extreme.

\* Tulburarea de depersonalizare/derealizare se caracterizează prin manifestări recurente sau persistente ale uneia din aceste stări sau ale amândurora. Depersonalizarea se caracterizează prin experimentarea sinelui ca straniu sau ireal, sau ca simțindu-se detașat de el, ca un observator exterior al propriilor gânduri, sentimente, senzații, corp, acțiuni. Derealizarea se caracterizează prin experimentarea altor persoane, obiecte și a lumii ca stranie sau nereală (ca în vis, distantă, ca în ceață). Lumea apare ca lipsită de viață, de culoare, sau distorsionată vizual; subiectul se poate resimți ca detașat de ambianță. Testarea realității rămâne intactă.

La capătul listei de tulburări care sunt incluse în prezent în grupul celor disociative, cei care iau pentru prima dată contact cu psihiatria în zilele noastre vor avea dificultăți în a recunoaște ușor în ele tradiția clasicei histerii. Histeria a preocupat medicii mai mult de 2000 de ani, de pe vremea lui Hipocrate și până



recent. Dar, expresia de histerie a fost utilizată tot mai rar în diagnosticele psihiatrice spre sfârșitul sec.XX și ea nu mai apare în DSM-III (1980). Cauzele sunt multiple și ele includ faptul că acest diagnostic era tot mai mult considerat în ultima perioadă ca pejorativ, dată fiind tradiția milenară care atribuia boala tinerelor femei cu sexualitate nesatisfăcută. Dar însăși manifestările hiperexpresive ale tradiționalei histerii au ajuns să atragă tot mai puțin atenția anturajului, într-o lume în care comunicarea interpersonală devine predominant mijlocită de tehnică. S-a considerat că mare parte din aceste manifestări s-au transformat în patologii psihosomatie. În orice caz în SUA patologia conversivă a fost plasată într-o clasă diagnostică distinctă, corelată preocupărilor pentru corporalitate, alături de algia psihogenă și preocupările hipocondriace.

Aspectul disociativ identitar s-a menținut însă în orbita de interes a psihiatrilor, mai ales dată fiind globalizarea, care oferea o cazuistică în care stările de transă cu posesiune (de spirite) sunt frecvente. Interesantă e și evoluția Sindromului de Depersonalizare/Derealizare, care a fost descris în sec. XIX separat de histerie. La începutul sec.XX Janet (1905) a comentat același sindrom în cadrul psihasteniei, alături de patologia anxios fobică și obsesiv compulsivă. Iar Jaspers (1913) considera depersonalizarea ca un sindrom central pentru schizofrenie, mai ales prin tulburările eului conștient (Ichbewusstsein), exemplar fiind considerat simptomul inserției gândirii. Ulterior, Sindromul Dep/Der a fost identificat în foarte multe stări patologice, psihiatrice, neurologice și în condiții generale de epuizare. Totuși, o parte nucleară a acestui sindrom descrie pregnant detașarea subiectului de propria identitate, fapt ce îl apropie și de tulburări disociative de identitate. Și astfel, în prezent descrierea sa oficială e plasată în acest cadru. Deși, conturul simptomatologiei din DSM-5 nu include chiar întregul tablou al sindromului. De aceea, asupra Sindromului Dep/Der se va reveni (în Cap.8); mai ales deoarece al joacă un rol important în psihopatologia psihozelor, atât ca variantă centrată pe delir cât și a celei centrate pe dezorganizarea deficitară.

Date fiind aceste provocări, considerăm utilă o incursiune în istoria histeriei. Care, prin comentarea ei încă din antichitate în marginea epilepsiei, aduce în discuție problema aparte a relației omului cu spiritele. Temă care, în ultimele decenii a revenit în actualitate, prin stările disociative cu transă (de posesiune) și psihozele disociative.

### **3.3. Povestea histeriei**

**Histeria antichității și complexul șamanic.** În istoria medicinei occidentale histeria e comentată pentru prima dată în vechea Grecie alături de epilepsie, încă de la începuturile acesteia, din vremea Corpusului Hipocratic și până în cea a lui Galen, refuzându-se tradiționala interpretare a acestor două boli prin posesiunea de spirite. Pentru histerie era propusă, ca alternativă, concepția umoralistă a lichefierii uterului nesatisfăcut al tinerelor fete, care începe să circule prin corp; ajungând la nivelul inimii, acesta ar induce palpitații, la nivelul ficatului – vomismente, la nivelul plămânilor – sufocări, la nivelul laringelui – nod în gât, iar la nivelul capului, leșin. Se sugera terapeutic aplicarea de substanțe rău mirositoare la nas, pentru a-l alunga; și substanțe bine mirositoare în zona pelvisului, pentru a-l atrage să revină la loc. Leșinul histeric ca parte finală a crizei trebuia diferențiat de cel epileptic. Epilepsie, boala masculină, a cărei etichetare populară de “morbus sacer” mai făcea totuși trimitere la posesiunea de ființe supranaturale; zei, demoni sau alte spirite. Medicina hipocratică a combătut această concepție tradițională, fără a putea îndepărta concepțiile populare care se păstrau făcând din epileptic un om deosebit, posibil contagios, pe care era preferabil să nu-l atingi. Iar la romani, dacă cineva făcea o criză epileptică în Senat în timpul deliberărilor din comiții, acestea se suspendau (de unde denumirea de “boală comițială”). În sec.I d.Ch. medicul Soranus din Efes emite deja dubii și asupra doctrinei uterului migrator, amintind de posibilitatea histeriei masculine. Galen descrie o formă letargică, una cu predominanța sufocației și alta motorie a histeriei.

Pe lângă plasarea în marginea epilepsiei, ca o variantă eșuată, slabă, „feminină” a acesteia, histeria aduce în scenă în medicina antică aspectul „funcțional” tranzitoriu, a unor manifestări maladive ce aveau și o variantă gravă, de pericol vital sau de scoatere a individului din circuitul social. Palpitația, sufocarea, incapacitatea de a vorbi și merge, de a mișca mâna și de a vedea, toate sunt tulburări importante, care îi alertează pe cei din jur și îi pun în gardă asupra unui posibil pericol major. Dar aceste manifestări apar în cazul histeriei ca pseudosimptome pasagere, funcționale, susținute nu de iminența reală a morții sau a unei maladii grave; ci, de parodia unei sexualități nesatisfăcute. E decupată astfel o întreagă fațetă a patologiei generale, în care sunt corelate intim, o manifestare psihică hiperexpresivă și o disfuncție corporală importantă.

Antichitatea perioadei elenistice ne-a mai lăsat însă și alte mărturii privitoare la tulburări corporale și mentale funcționale, atribuite de data aceasta explicit posesiunii de către spirite. Deși trăiau în mediul cultural elenistic al Imperiului Roman, evreii aveau o tradiție religioasă deosebită în care, pe lângă Dumnezeu lor unic și atotputernic, mai erau active și spirite malefice, uneori manevrate chiar de către acesta. Astfel, Dumnezeu trimite un spirit rău la Regele Saul, care-i întuneca acestuia periodic mintea, deoarece nu-i ascultase întocmai porunca. Când era stăpânit de acest spirit, Saul nu se mai poate controla și aruncă cu lancea în David. În acest univers spiritual trăiau mulți suferinzi cu mintea și cu trupul, schilozi, orbi, muți sau nebuni, pe care Iisus îi va vindeca prin exorcizări, alungând spiritele rele din ei. Și astfel, ologii încep să umble, orbii încep să vadă ș.a.m.d. Desigur, aceste minuni ale lui Iisus au nu doar o semnificație nemijlocită medicală, ci și una simbolică, ele exprimând nevoia unei schimbări spirituale a omenirii. Dar pildele ne trimit totuși la experiența multimilenară a tratării bolilor de către oameni prin alungarea spiritelor rele.

Corelația dintre boală și intervenția spiritelor malefice este veche și universală, întâlnindu-se peste tot în societățile arhaice de culegători și vânători. Iar

cei ce îndeplineau funcția cvasimedicală de vindecători erau șamanii sau “medicineman”. Dintre care, o parte au mai putut fi studiați de către etnologi în sec.XIX și XX. Caracteristicile acestei activități sunt amplu comentate de M.Eliade în monografia sa privitoare la șamanism.

Șamanul vindecător, ca personaj central al colectivității, știa cum să ia legătura cu spiritele care intervin în condiționarea bolilor omului. El putea intra, printr-o tehnică specială prin care realiza o moarte simbolică, într-o stare de transă/extaz.

Chenar 27

### Mircea Eliade despre șamanism

Monografia clasică a lui Eliade, care integrează datele cunoscute în vremea sa despre șamanism și „medicine-man” din Siberia, Asia centrală, zona arctică, Australia și cele două Americi, reconstituie personajul și funcțiile șamanului, care era în primul rând un terapeut (și psihopomp) ce conlucra cu lumea spiritelor.

Șamanul comunității, după ce-și găsea vocația – de obicei printr-un vis trimis de spiritele șamanilor decedați dar și prin alte procedee – urma o lungă perioadă de inițiere, în care esențială era experiența unei morți și renașteri ritualice (moartea comporta descărnare și dezarticulare cu recompunerea unui nou corp, de obicei cu adausuri; și renaștere). Specialitatea șamanului era vindecarea celor bolnavi și suferinzi, condiția acestora fiind interpretată prin alterarea sau pierderea sufletului preluat de spirite. Șamanul întreținea strânse legături cu lumea spiritelor, având deseori soții-spirite cu care aveau contacte sexuale în vis. El avea spirite protectoare și spirite ajutătoare – de obicei sub formă de animale, a căror limbă o cunoștea, venerând și anumiți zei; Dar nu oficia cultul sacrificiului. Ședința terapeutică șamanică se derula în fața comunității și a celui suferind. Ea consta în îmbrăcarea unui costum special, cântece și dansuri întreținute prin ritmul tobei, recitări, totul terminându-se cu un leșin; adică, cu intrarea în transă a șamanului, a cărui suflet părăsea trupul și călătorea în lumea spiritelor; de aici, după mai multe peripeții, sufletul său se reîntorcea în trup, readucându-l și pe cel al bolnavului, pe care-l găsisese la răpitor. Urma „trezirea” șamanului; iar bolnavul urma să fie vindecat.

Mircea Eliade, Șamanismul și tehnicile arhaice ale extazului, Ed.Humanitas, București, 2007

În timpul acesteia sufletul său părăsea trupul și călătorea în lumea spiritelor, pentru a întâlni acolo și readuce înapoi pe pământ sufletul omului bolnav, acum însănătoșit. Odată încheiată această ispravă, propriul suflet al șamanului reîntra în corp; și el se „trezea” la realitatea ambientală.

Complexul manifestărilor și trăirilor șamanice reprezintă o experiență matriceală a omenirii, ce nu poate fi ignorată de psihopatologie. Iar întregul complex al simptomatologiei histerice apare sub o altă lumină, dacă ni-l reprezentăm ca surogatul feminin a respectatei crize masculine a epilepsiei, numită de romani și ”morbussacer”. Căci prestigiul de care epilepsia s-a bucurat în toate societățile arhaice, poate fi cu ușurință relaționat, așa cum s-a menționat de la început, cu amintirea profesiei de șaman. Adică a aceluși „medicine-man”, care poate să își scoată sufletul din trup, lăsându-l într-o aparentă moarte, și să călătorească în lumea spiritelor, pentru a găsi și readuce pe pământ, însănătoșit, sufletul omului bolnav. E de reținut și condiția psihică specială a demersului șamanic de a se retrage din vigilitatea ce asigură contactul operațional cu ambianța, trecând într-o „stare secundă”; care, deși seamănă cu condiția celui adormit, era pentru șaman una activă pentru sufletul său spiritual. Șamanul, ca personaj central care gestionează relațiile comunității cu spiritele (inclusiv conducând sufletul celui mort în lumea de dincolo), avea un prestigiu deosebit în societățile de vânători culegători, tocmai datorită puterii de a controla aceste relații. În raport cu această tradiție, condiția histeriei apare acum, pe vremea elenismului, ca o variantă feminină slabă, eșuată, ridicolă chiar, a cazului șamanului. Nu doar că individul cu manifestări histerice nu mai controlează spiritele, pentru a negocia cu ele, ca pe vremea șamanului, însănătoșirea; dar el cade în condiția pasivă a însăși bolnavului, năpădit și manipulat de spirite.

Doar că, raționalismul medicinei greco romane face acum abstracție de „superstiția” spiritelor, boala apărând ca o patologie corporală, interpretată

umoralist, în care uterul migrator manipulează corpul neputincios al subiectului. De remarcat că și în această interpretare elenistă, pacienta histerică era într-o condiție de pasivitate manevrabilă, uterul migrator având și conotații simbolice de element cvasiviril ce induce manifestări și comportamente observabile, similare unui comportament sexual. Odată cu greco-romanii suntem de mult în vremea societăților agrare, care venerau fecunditatea feminității; și pentru care un uter sterp și migrator amintea, poate, de spiritele scăpate de sub control de către arhaicul și dispărutul șaman, ajuns impotent. De fapt se cere a nu fi neglijată chiar conotația sexuală a acestei patologii. În mod destul de transparent criza histerică, ce se manifestă la fetele nesatisfăcute sexual, se desfășoară ca un echivalent de orgasm; ca o parodie a sexualității feminine, care, prin ea însăși, ar fi trebuit să simbolizeze fecunditatea naturii.

Atmosfera antropologică în care se desfășoară histeria este una a pasivității, sumisiunii, a apelului de a fi ajutat, manevrat, manipulat, pacientul desfășurând un comportament pe care nu și-l mai poate controla și asuma; și aceasta într-o stare de vigilitate redusă – „stare secundă” – cvasi hipnoică. Iar în cadrul acesteia, el se lasă, practic, în posesia unui „alter ego”, mai mult sau mai puțin personificat.

**Histeria după Renaștere: posesiunea demoniacă, mesmerismul, sugestia hipnotică.** După Renaștere, când medicina e prezentă în cadrul nou înființatelor Universități ce iau naștere în Europa începând cu sec.XIII, concepția umoralistă antică, transmisă mai ales pe filiera arabă, este reactualizată, împreună cu întreaga doctrină a uterului migrator; dar și a apropierii dintre histerie și epilepsie. Medicina modernității va beneficia însă de o nouă ambianță științifică, orientată empiric, observațional și experimental. Ea s-a concentrat inițial asupra anatomiei, ulterior asupra chimiei și, începând din sec.XVIII, chiar asupra electricității. Dar înainte de a parcurge pași semnificativi în aceste direcții, ea a străbătut epoca de recrudescență majoră a magiei, alchimiei și astrologiei, pe care Renașterea a declanșat-o. Pentru problematica histeriei și epilepsiei are importanță reafirmarea

în această perioadă a temeii posesiunii omului de către spirite demoniace, desfășurată în marginea practicilor vrăjitoarești.

În cele câteva veacuri în care Inchiziția catolică a intentat procese și a ars pe rug vrăjitoare, principala acuzație ce li se aducea acestora era că, în urma unui pact cu diavolul, cu care uneori întrețineau și relații sexuale, acționau la distanță pentru a interveni în probleme de sănătate și dragoste. Tradiționalele manifestări corporale convulsive și hiperexpresive ale histericelor erau acum interpretate și ele, deseori, ca posesiune demoniacă. Iar vinovăția, aparținea vrăjitoarelor sau celui ce a trimis spiritele să o „muncească” pe femeia posedată, ce se zvârcolea. În celebrul caz al maicii Ioana a Îngerilor( Chenar 23 ) – reanalizat în sec.XIX de școala lui Charcot – posedata era ajutată prin slujbe de exorcizare a demonilor; iar cel ars pe rug a fost preotul Garnier, pe care ea îl învinuia că i-a trimis pe demoni. Condiția aparte a femeii cu crize convulsive hiperexpresive - deci a histericei - consta în faptul că era vorba de o posesiune involuntară, inocentă, ea resimțindu-și trupul manevrat de spiritele malefice străine, în afara voinței sale.

Dar medicina a continuat, chiar și în această epocă postrenascentină, să se ocupe de histerie în termenii săi specifici.

În sec.XVII, Thomas Willis (1621-1675), considerat ca întemeietorul neurologiei, etichetează histeria ca un fenomen convulsiv asemănător cu epilepsia, ce se manifestă la femei, implicând hiperexpresiv întregul corp prin: acuze de vertij, rotirea capului și ochilor, mișcări ale membrelor, feței și întregului corp, însoțite uneori de râs. Willis combate ideea uterului migrator, pledând pentru implicarea creierului. În același secol Thomas Sydenham (1624-1689), considerat părintele medicinei bazate pe observații, comentează tulburările histerice ca mimând diverse boli; dar cu manifestări hiperexpresive, „femeile râzând sau strigând fără motive reale, astfel încât adună lumea din jur”.El considera că frecvența histeriei este greu de stabilit „deoarece împrumută simptomele diferitelor părți ale corpului, manifestându-se ca un cameleon ce preia culori numeroase și

Chenar 28

### **Cazul de posesiune demoniacă a maicii Ioana a Îngerilor**

Un caz deosebit de posesiune a fost cel al lui Jeane de Belciel, superioară a mănăstirii ursulinelor din Loudon – Franța, supranumită “maica Ioana a Îngerilor”. Frumoasă la chip dar cocoșată, insuportabilă încă din copilărie (“aveam o asemenea considerație față de mine însămi încât credeam că cele mai multe erau mult sub mine”) –, fiind protectoare a mănăstirii datorită averii ei, aude vorbindu-se de preotul Grandier care pleda împotriva celibatului preoților, și de care erau îndrăgostite mai multe femei din Loudon. Deși nu îl cunoaște direct îi scrie în 1631 propunându-i locul de stareț al mănăstirii, dar acesta refuză. Maica Ioana cade atunci într-o depresie nervoasă, și curând începe să aibă halucinații în timpul nopții, văzându-l pe Grandier așezându-se la căpătâiul ei și încercând să o mângâie. Ajunge să se simtă posedată de șapte demoni dintre care Leviathan o ațâță la trufie, Balaam o făcea să aibă poftă să râdă mereu, Isacaron o împingea la nerușinare, ajutat la asta de Asmodeu. Posedările se manifestau prin multiple crize spasmodice și diverse simptome somatice. Exorcizările, repetate mereu câțiva ani, nu au avut rezultat. Călugărițele, cu toate posturile și rugăciunile pe care le-au ținut, s-au molipsit toate de la superioara lor, simțindu-se urmărite de Grandier și chinuite de diavol. Deși preotul a contraatacat, iar posedările au fost considerate mai mult iluzorii decât reale, în 1634 un comisar regal (purtător a unor ranchiune politice împotriva preotului) l-a confruntat cu călugărițele care au recunoscut toate că el e acela ce li se arată în vise. În final, Grandier a fost condamnat la moarte și executat în 1634, deși nu mărturisise nimic, chiar sub tortură. La cinci luni de la moartea lui Grandier, maica Ioana a declarat că e însărcinată, prezentând simptome ale unei pseudosarcini histerice; care a dispărut după un nou exorcism. Ea a fost eliberată în 1637 prin exorcism și de ultimul demon ce o posedea, Behemont. Apoi a trăit și a murit ca o sfântă în 1665; iar capul ei a fost pus de călugărițe într-un relicvariu, ca să fie expus venerației credincioșilor. Dar părintele Surin, cel care alungase din ea demonii, a fost apoi timp de 8 ani posedat sub formă de obsesii de unul din aceștia, Isacaron, care-l îndemna să se sinucidă.

Alexandrian, Istoria filosofiei oculte, Ed.Humanitas, București, 1994.



variate.” Suntem deci nu atât în fața unei boli bine definite, cât a unei modalități malade de a prezenta hiperexpresiv echivalentul unor boli reale.

În sec.XVIII, odată cu amplificarea cunoștințelor anatomice, medicina are în vedere corpul bolnav din perspectiva unei fizici a solidelor. Soluția pentru tradiția „uterului migrator” a constat în ideea „vaporilor” sau „nervilor” ce fac conexiunea între părțile anatomice. Nervii ce pleacă de la uter ar fi cei care susțin manifestările hysterice din diverse părți ale corpului; precum și cele comportamentale, leșinul etc.

Între epoca Renașterii și sfârșitul sec.XIX când Charcot impunea histeria în clinica psihiatrică prin diferențierea ei de patologia neurologică, medicina a comentat deseori, în marginea epilepsiei, și o serie de condiții anormale în care vigilitatea era scăzută iar comportamentul se polariza între dromomanie și nemișcare. Deja Cornelius Agrippa îi înregistra, în sec.XVI, pe lunateci, alături de vesanici și melancolici; pentru ca tulburarea celor influențați de lună și a somnambulilor să fie apoi diagnosticată în continuare, veacuri la rând. Și la fel, încă din 1609 Prater introduce în clasificarea bolilor mentale – alături de Imbecilitas și Alienatio – și patologia somnului nenatural, „Morbus consternațio”, ce includea: coma, letargia, stuporul, catalepsia. E vorba deci de stări în care subiectul nu e complet vigیل și nu are sub control propriul comportament. Histeria, care continuă să însoțească destinul epilepsiei, se afla și ea mereu aproape de aceste manifestări și de comentariile interpretative ce le însoțeau. Comportamentele aberante aflate sub condiția vigității reduse, cele ce gravitau în jurul somnambulismului și transei, pot fi considerate ca reprezentând în această perioadă aria dedicată șamanului, rămasă după explozia structurii medico culturale a șamanismului. Ele au evoluat împreună cu ansamblul problematicii epilepsiei și histeriei până în sec.XIX, traversând perioada magnetismului animal și a sugestiei hipnotice, deosebit de importante pentru istoria histeriei moderne.

În sec.XVIII, doctorul austriac Mesmer a devenit celebru prin intervențiile sale cu „pase magnetice”. Acționând asupra pacienților prin efectuarea unor mișcări (pase) în condițiile unei recuzite electro magnetice, Mesmer reușea să inducă și să reducă o serie de simptome corporale funcționale. Progresiv s-a evidențiat rolul esențial în acest proces a personalității terapeutului și a atmosferei relaționale dintre medic și pacient, ce se instituie cu această ocazie. Aspectul relațional a devenit pregnant după ce mesmerismul s-a stins și s-a impus tehnica – și moda – sugestiei hipnotice. Faptul a ridicat problema dedublării persoanei cu autonomie volitivă redusă. În cazul sugestiei post hipnotice, subiectul ajunge să acționeze ca și cum voința sa este substituită de una străină, care-l manipulează. Se ridicau astfel probleme medico legale. În epocă, dezbaterile au fost aprinse, deoarece era perioada în care se impunea doctrina inconștientului. În plus, ajunsese la ordinea zilei și tema dublei personalități.

În acest context, spre sfârșitul sec.XIX, Charcot a impus în medicina psihiatrică problematica histeriei înțeleasă într-un sens lărgit, în prim planul dezbaterilor medico psihiatrice la Clinica Salpêtrière din Paris.

**Histeria în școala lui Charcot.** Jean Martin Charcot (1825 – 1893), după ce lucrase într-o clinică de medicină generală și se preocupase de anatomia patologică, este numit șef de serviciu la Salpêtrière, o veche instituție medicală din Paris ce avea și un pavilion pentru femei histerice; care, erau amestecate cu paciente ce aveau tulburări neurologice. Charcot era interesat de neurologie, specialitate pe care de constituire, având contribuții remarcabile în acest domeniu. Studiind histericele prin comparație cu cazurile neurologice și dezvoltând lecții publice demonstrative, Charcot a reușit să diferențieze clar cele două patologii.

În simptomatologia histeriei pe care a avut-o în vedere Charcot se includeau forme funcționale de anestezie, pareze, paralizii, astazo-abazie, mișcări involuntare, afonie, disartrie, tulburări de vedere, de auz, miros, gust; deci o

Chenar 29

**Simptomatologia inclusă în conceptul clasic de histerie (Charcot)**Sindroame pseudoneurologice

- Pareze, paralizii, astazo-abazie
- Anestezii, deficite senzoriale (auz, vedere, miros, gust)
- Mișcări involuntare

Tulburări neurovegetative, sindrom somatic

- palpitații, dispnee (sufocare)
- digestive, pseudosarcină, cutanate, urinare, sexuale
- algii, cenestopatii (sd.Briquet)

Crize de suspendare a conștiinței

- Marea criză hs (în 5 etape)
- Mica criză hs
- Crize hystero epileptic

Tulburări ale vigilității conștiente

- transă cu posibil stupor, letargie, sentiment de posesiune), sd. Ganser (pseudodemență)

simptomatologie motorie și senzorială, ce era prezentă și în cazul tulburărilor condiționate clar neurologic (Chenar 24). În centrul patologiei erau însă crizele sau atacurile psihomotorii cu suspendarea conștiinței, care au fost comentate în mai multe variante, inclusiv cea de histero epilepsie. Marea criză de histerie descrisă de Charcot comporta cinci faze succesive: 1. Faza prodromală, ce include dureri ovariene, palpitații, globus și tulburări vizuale, ajungând la pierderea cunoștinței; 2. Conracțiunile tonice urmate de cele clonice, însoțite de grimase; 3. Contorsiile (clownismul) implică mișcări și strigăte (către ființele imaginare); 4. Faza de transă sau posesiune, în care pacienta mima scene violente, erotice sau demoniace, într-o

stare ca de vis; 5. Faza terminală, verbală, însoțită de halucinații și revenirea la starea conștientă.

Charcot, a reușit să cultive și să întrețină în clinica sa, prin sugestie și chiar hipnoză, o serie de manifestări hysterice hiperexpresive. Hipnoza era în acea perioadă la modă; și profesorul de la Salpêtrière, a folosit-o intens pentru a induce și reduce variate simptome la histericele din pavilionul său. Ceea ce nu era posibil la pacientele ce aveau în spatele simptomatologiei o bază organică, neuropatologică. Charcot considera că histericii prezintă o sugestibilitate și o hipnotizabilitate crescută. El a fost interesat și de grupajul patologiei care implică o reducere a vigilenței, așa cum sunt stările de letargie, catalepsie, stupor, transă extatică, somnambulism, dromomanie hipnoidă, amnezie selectivă.

Concepția lui Charcot privitoare la patologia histerică pune accentul pe o disfuncție cerebrală, rejectând complet vechea idee a migrației uterului. La baza histeriei ar sta o „leziune cerebrală dinamică”. Dar ar interveni și o predispoziție genetică bazală, prin „stigmat”; precum și o susceptibilitate crescută la hipnoză. Treptat, Charcot a devenit convins și de importanța critică a unor factori psihologici în histerie. Deși nu a fost interesat de biografia pacienților săi și nu a cultivat o viziune mai largă a influențelor psihosociale, el considera că un rol ar putea să-l joace, „reprezentarea” pe care o poate avea o persoană cu un imaginar bogat, în raport cu o veche traumă. În această atitudine, se prefigurează viitoarea doctrină a lui Breuer și Freud privitoare la terapia prin catharsis.

Momentul Charcot a impus tema histeriei în medicina psihiatrică, împreună cu, dar și alături de neurologie. Cazuistica ce a intrat astfel în dezbateri nu a mai putut fi neglijată de medicii diverselor specialități. Chiar psihiatrii alieniști, pentru care histeria nu se manifesta decât prin scurte episoade psihotice, au fost atenți în continuare la condiția specială a stărilor de stupor și catatonie.

Dar, după moartea lui Charcot interesul pentru histerie s-a prăbușit chiar la Salpêtrière. Babinski, unul din elevii preferați ai maestrului, a scos în relief în

continuare variate semne obiective prin care suferințele neurologice pot fi distinse de cele funcționale. El ajunge la concluzia că cea mai mare parte din clasicele manifestări histerice se datorau sugestiei. De aceea propune înlocuirea termenului cu cel de „pitiatism” (de la phiteo – persuasiune și iatros – tratament). Privitor la simptomele corporale neurovegetative așa cum ar fi dermografismul modificat, Babinski sugerează o corelație cu manifestarea anormală a emoțiilor. El a studiat în cursul Primului Război Mondial nevrozele de război – care în mare erau considerate histerice - și a diferențiat între simulare și realele modificări neurovegetative emotive pe care le-a denumit „physiopatie”. Se deschide astfel calea pentru o corelare a histeriei, cel puțin a unei părți din moștenirea acesteia, cu reacțiile emotive induse de stresul traumatic.

Un bilanț al demersului lui Babinski s-a făcut în 1907 la Conferința alineniștilor și neurologilor de limbă franceză ce s-a ținut la Geneva cu tema: “Definiția și natura histeriei”. Babinski și-a expus doctrina care devenise victorioasă, a sugestiei și autosugestiei care întreține această tulburare. Dar dacă “marea histerie” a lui Charcot părea să se estompeze, alte perspective intrau în joc. Astfel Sollier a avansat ideea prezenței în histerie a unui somn parțial, limitat la anumite regiuni ale creierului. Iar Claparède aducea în discuție perspectiva etologiei, sugerând o paralelă filogenetică între histerie și răspunsul prin sumisiune față de agresorul predator în lumea animală. Pe atunci însă astfel de analogii cu comportamentul animalelor apăreau ca simple curiozități, în lipsa unei preocupări sistematice față de psihologia evoluționistă.

**Histeria, dubla personalitate și spiritismul.** Începând cu mijlocul sec.XIX se manifestă în socio-cultura occidentală două fenomene aparte, ce s-au intersectat cu problematica histeriei: tema personalităților multiple și cea a spiritismului. Acestea se corelau și cu problematica trăirilor hipnoide și a stărilor psihice de transă, care în Europa fusese abordată – după declinul posesiunii demoniace odată

cu iluminismul – de către magnetismul animal, mesmerism, sugestie; și mai ales de sugestia hipnotică. Dar, mai interveneau și alți factori.

În forma tipică și completă, dubla personalitate se manifesta prin faptul că o persoană, de la un moment dat, dispărea din locul său stabilit în societate; și apărea în alt loc, unde se comporta cu o nouă identitate socială: Ca nume, profesie, relații sociale, temperament și stil de viață; uneori întemeindu-și și o nouă familie. El nu-și amintea de vechea sa identitate până la un moment dat, când memoria îi revenea, spre uimirea sa și a celor din jur.

Dubla personalitate s-a exprimat în variate forme, corelându-se pe de o parte cu automatismul ambulator, pe de alta cu personalitățile multiple. S-au descris cazuri de dublă personalitate concomitentă, subiectul navetând între cele două poziții sociale și identități, cu o destul de bună cunoaștere a fiecăreia. Situație ce se apropie de condiția normală a spionului și escrocului; sau, de cea a criminalilor în serie, care duc concomitent o viață socială onorabilă. În alte cazuri dubla personalitate se manifesta în același cadru socio-cultural, alternativ, sub privirile neliniștite ale familiei și cunoștințelor. Cele două personalități aveau frecvent temperamente opuse, stil de relaționare, preocupări și interese diferite, neamintindu-și totdeauna una de alta. De obicei o variantă era decentă, retrasă, timidă, serioasă; iar cealaltă era dezinhibată, hipersociabilă, expansivă, curajoasă, indecentă chiar – fapt care sugerează oscilații ciclotime. S-au descris apoi personalități cu identități multiple, unele dintre acestea fiind conștiente și amintindu-și de altele; dar alte identități se arătau opace față de celelalte. Janet a evidențiat identități ale personalității prezente în inconștient, ce se relevau doar sub hipnoză, și puteau fi identificate doar dacă primeau un nume special. Dedublarea personalității a fost corelată cu stările de transă dromomanică, în care subiectul se deplasează prin locuri străine, având mișcările destul de bine coordonate și comportament în mare măsură adecvat; dar cu o anumită detașare față de ambianță.

Astfel de stări de automatism ambulator puteau dura ore, zile, săptămâni sau luni, ele fiind puse și în sarcina epilepsiei temporale.

Către sfârșitul sec.XIX și începutul sec.XX majoritatea psihopatologilor importanți ai vremii s-au preocupat și de această dedublare a personalității; sau, altfel zis, de personalitățile multiple. Pentru investigarea lor s-a folosit mult hipnoza. Iar doctrina de bază era cea a inconștientului. Apoi, voga identităților multiple s-a estompat. Ea s-a reactivat pentru o scurtă perioadă în SUA în a doua jumătate a sec.XX, prin câteva cazuri ce au fost intens mediatizate, inclusiv prin romane și filme. În DSM-5 fenomenul e inclus în categoria tulburărilor disociative de identitate.

Apariția în sec.XIX a interesului pentru identitățile multiple ale persoanei poate fi comentată din mai multe perspective socio-culturale. În primul rând, în acest veac se impune în cultura occidentală conceptul de „persoană”, ce a funcționat în antichitate în sens de mască teatrală re-rezentativă și de concept juridic. Persoana a fost apoi absorbită de dogmatica creștină (în sensul comentării celor trei persoane ale Dumnezeuului triontic), pentru a recoborâ spre om la sfârșitul Epocii Luminilor prin etica lui Kant. Conștienta civică a cetățeanului european de după Revoluția franceză, era astfel dimensionată prin demnitatea sa de persoană, dotată cu diverse roluri și responsabilități, în cadrul identității sale sociale. Identitatea biografică, resimțită de subiect ca fundal din spatele raportărilor actuale la situații, se subsumează acestei identități sociale.

Se poate adăuga apoi ideea romantismului, ce s-a inspirat mult din folclor, a dedublării persoanei între un eu bun și unul rău, care se luptă între ele; și uneori alternează în aceeași persoană. Tema a fost amplu dezvoltată în literatura sec.XIX.

Alt aspect aparte a sec.XIX occidental a fost rapidele transformări într-o societate ce se industrializa, în care se circula tot mai mult și ușor dintr-o parte în alta a lumii, cu accentuarea vagabondajului. Disoluția societății patriarhale, a lumii stabile, bine structurată ierarhic, creează în societatea occidentală – pentru care

SUA era o avangardă – tentația experimentării și explorării nețărmurite. În acest context cultural, cadrele stabilității sociale de tip patriarhal care susțin identitatea personalității, se fragilizează inevitabil.

Spre sfârșitul sec.XIX se dezvoltă apoi și știința sociologiei; precum și cea a psihosociologiei. James, psihologul american care a studiat și el dubla personalitate prin hipnoză, a comentat într-un text ce a devenit celebru, multiplicitatea firească a modurilor de manifestare a persoanei în raport cu diverși oameni în variate condiții, prefigurând astfel sociologia statutelor și rolurilor sociale a lui Pearson. El scria:

„Omul are atâtea sine-uri (self-uri) sociale .. câte clase de persoane îi stârnesc atitudini distincte. El arată câte un aspect distinct al sinelui său către fiecare din aceste grupuri. Mulți tineri care sunt supuși față de părinții lor se comportă ca niște pirați față de tinerii lor prieteni. Nu te manifesti la fel față de copiii tăi ca față de colegii de club, față de angajați sau prieteni, iar între diversele sine-uri ale omului poate fi discordanță sau armonie”.

Interesant e faptul că în aceeași epocă în care a fost în vogă fenomenul dublei personalități, a apărut și a ajuns la apogeu și moda spiritismului, inițial în SUA, răspândindu-se apoi amplu în Europa. Totul a început prin sentimentul și convingerea comunicării cu spiritele celor decedați, în spațiul în care aceștia au locuit și murit, după modelul arhaic al stafiilor care bântuie fostele lor locuințe. Comunicarea se realiza de către persoane sensibile, “medium-uri”, care de la un moment dat au ajuns să scrie cele transmise de spirite prin “dicteu automat”. După 1860 s-a pretins că unele “apariții” ale spiritelor au putut fi fotografiate. Apoi, medium-urile au ajuns să ia contact cu tot mai variate spirite ale celor decedați, care – se zicea - locuiau într-o zonă specială până la o nouă reîncarnare. În această categorie intrau și personalitățile istorice, ca Napoleon, Alexandru cel Mare etc. În viziunile sale Swendenborg era convins că poate comunica cu spiritele ființelor decedate de pe diverse planete ce ne înconjoară. În aceeași vreme s-a conturat o

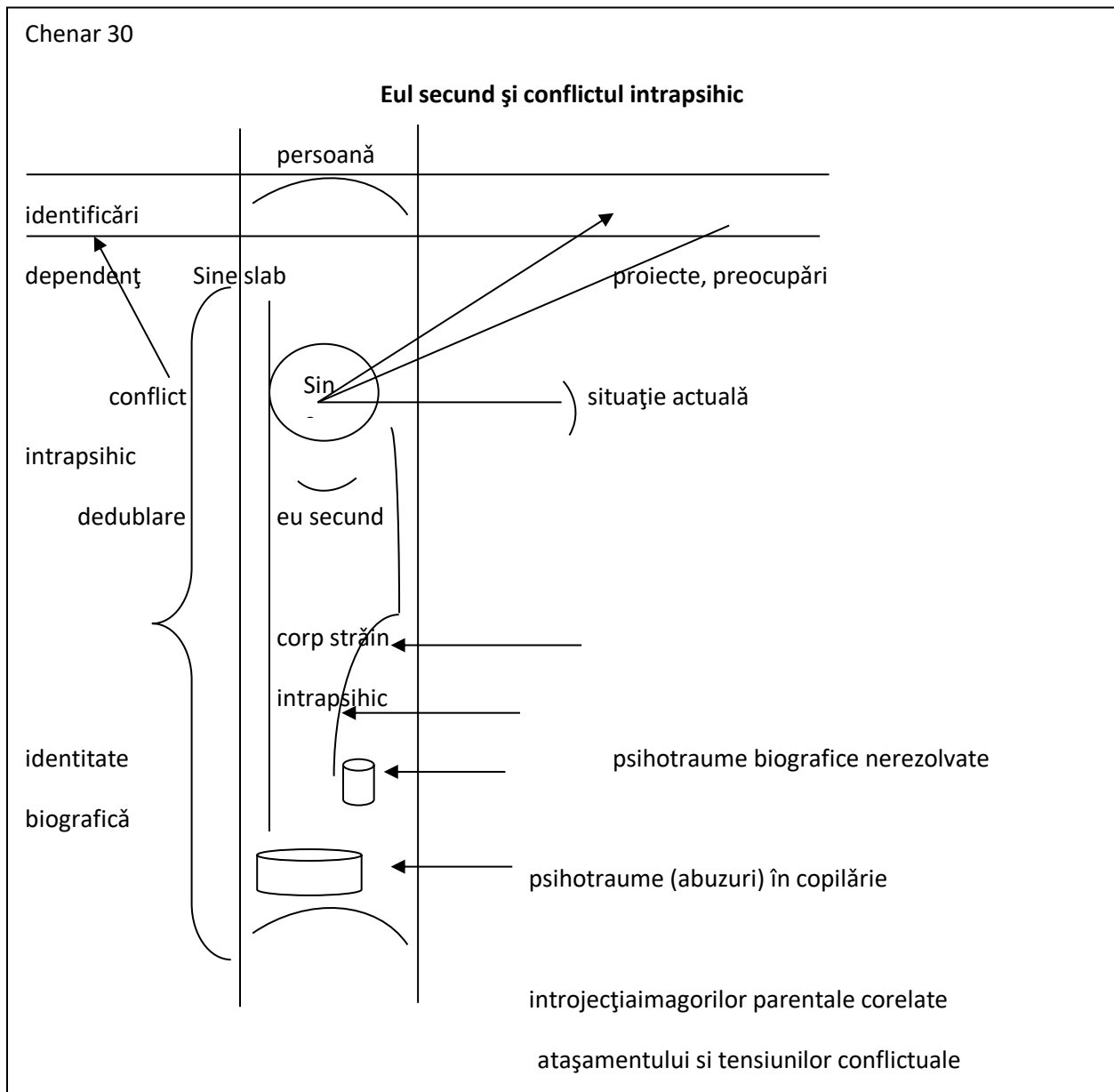


mișcare teosofică care aducea în discuție un “corp astral” al fiecărui om ; și ale cărei idei au continuat în sec.XX, inclusiv prin opera lui Rudolf Steiner.

Voga spiritismului a diminuat ulterior. Rămâne interesantă însă această apariție în public a spiritelor cvasi-încorporate ale celor decedați în plină epocă a științelor experimentale și a avansurilor tehnologice (e.g. fotografia). Căci, altfel, credința în spirite se pierde în negura timpurilor. Iar variantele în care au fost configurate și invocate aceste entități necorporale – sau considerate a avea un „corp subtil” - au fost multiple, spiritele morților fiind doar una din ipostazele lor. Desigur, lucrurile se prezentau acum altfel decât era cultul strămoșilor în societățile tradiționale; sau venerarea de către cetățeni a unui spirit protector al orașelor, al breslelor. Dar interesul societății pentru invocarea spiritelor celor decedați în plină perioadă de afirmare a dublei personalități, (ce era integrată în marele concept al histeriei), sugerează încă o dată derivarea acestui domeniu de patologie din dezintegrarea structurii culturale a șamanismului.

**Nevroza histerică din sec.XX, conflictul intrapsihic și psihotraumele cumulate.** Histeria a intrat și a rămas în psihiatria secolului XX sub umbrela conceptului de nevroză; așa cum era și în sec.XVIII-lea. Simptomatologia cu care a traversat acest secol a fost centrată pe crizele funcționale de leșin și stările de conversie corporală, predominant cele pseudoneurologice. Episoadele crepusculare și amnestice se manifestau mai rar; iar stuporul și dubla personalitate excepțional. Problema ce se cere comentată e însă aceea că, conceptul de nevroză și-a schimbat în sec.XX înțelesul mai ales sub influența psihanalizei. Ea a devenit – așa cum susținea elvețianul Dubois – un fel de „psihonevroză”. Aceasta nu mai depindea ca și în nevroza lui Cullen de „nervi”, de sistemul nervos; ci de edificiul psihismului personal; și în primul rând a sinelui biografic. Credem ca nu se greșește dacă se consideră că interpretarea histeriei ca nevroză, a fost elementul clinic de bază în structurarea și afirmarea psihanalizei lui Freud.

Psihanaliza postula existența unui conflict intrapsihic ce rezultă din pulsuniile – predominant sexuale și agresive - ale Sinelui și interdicțiile instanței Supraeului. Supraeu care derivă din introjectarea imaginilor parentale, purtătoare ale normativității culturale. Esențial în această interpretare este faptul că însăși structurarea normală a psihismului infantil e înțeleasă ca realizându-se prin asimilarea reprezentativă (introjectarea) a persoanelor de atașament (= părinți), care devin părți componente ale propriei structuri psihice. Dacă pe vremea romanilor spiritele strămoșilor erau concretizate în măști depozitate într-o anumită parte a casei, acum imaginile părinților se localizează în inconștientul subiectului. Scenariile relaționale inconștiente de atașament distorsionate și tensiunile conflictuale agregate în scenariile ce implică imaginile părinților, pot genera anxietate. Simptomatologia neurotică ar rezulta – sugerează psihanaliza freudiană – din intervenția „aparaturii psihice” al persoanei de a reduce această anxietate, prin configurarea unor manifestări psihocorporale deviate; dar, ușor costatabile. Viziunea psihanalitică asupra nevrozelor – și deci și a histeriei - face referință la această instanță conflictuală intrapsihică, care se manifestă ca un „complex” sau „corp străin intrapsihic” ce dirijează din umbră opțiunile și comportamentele subiectului. (Chenar 30)



Din concepția psihanalitică face parte și ideea că, modelul relațiilor intrapsihice, așa cum se structurează el pe baza experiențelor și învățărilor din prima copilărie, se instituie apoi ca matrice pentru modul relațiilor cu alții, pe parcursul întregii vieți. Doctrina psihanalitică pune deci accent pe dimensiunea relațională intrapsihică a persoanei. Ori, aspectul relațional s-a impus ca fiind esențial și în manifestările psihopatologice ale histeriei.

Nevroza psihanalizei ar avea în vedere acele cazuri, în care relațiile sinelui subiectului cu personajele (imagourile) intrapsihice ale părinților introjectați – în

calitatea lor de reprezentanți ai normativității sociale, rămân tensionate. În care de ex., complexul Oedip nu e soluționat. Iar subiectul nu e conștient și lucid reflexiv, de complexul său inconștient, de eul sau secund. Cura psihanalitică ar avea în vedere rezolvarea acestor complexe, integrarea lor într-o personalitate armonică matură, autonomă, deasupra dedublărilor.

Psihanaliza a încercat să sondeze psihismul individual în profunzimea sale inconștiente „refulate”, în spatele biografiei publice și a autobiografiei memorabile lucid și reflexiv. Dar problema dedublării psihice printr-un „corp străin intrapsihic” poate rezulta și din biografia explicită. O psihotraumă importantă poate zace în memorie, nemetabolizată, dedublând într-un fel psihismul, chiar preconștient sau conștient. Iar, din această poziție, ea poate deranja viața curentă a omului, prin memorări și conduite involuntare. Acest rol al traumelor psihice s-a profilat deja în cursul Primului Război Mondial; și s-a impus cu evidență după al doilea. Astfel s-a născut treptat conceptul „reacției de stres posttraumatic”. În varianta standard acesteia, scena psihotraumatizantă inițială revine în conștiință într-o modalitate cvasi obsesivă și preconștientă, inducând anxietate, trăiri neplăcute, psihopatologice. Având în vedere aceste evidențe, ultimele decenii au adus în dezbatere faptul că însăși copilăria multor oameni poate fi marcată de importante psihotraume efective,

Chenar

## Interpretarea cognitivă a relațiilor intrapsihice

Psihanaliza a stimulat dezvoltarea psihologiei relațiilor interpersonale și studierea detaliată a ontogenezei psihice. În ultimele decenii cognitivismul a adus importante contribuții la „cogniția socială” susținută de „creierul social”. Creierul uman are o capacitate înăscută de a recunoaște figura umană (și zâmbetul) având o propensiune spre aceasta. Pe parcursul primului an la sugar se dezvoltă privirea ațintită și apoi cea conjugată cu a mamei, permițând un prim model de cooperare. La 8 luni sugarul recunoaște imagoul matern ca un întreg semnificativ, fapt ce permite declanșarea procesuală de atașament. La 18 luni el poate să-și reprezinte o cunoștință neprezentă, imitând-o. Iar la 3 ani, se conturează capacitatea mentalizării.

Vârsta de 3-4 ani care marchează în psihanaliză conturarea Complexului Oedip, a fost subliniată și de psihologia dezvoltării (Wallon, Piaget) ca fiind momentul în care copilul devine conștient de sine. Adică, ca identic cu sine, distinct de lume și de alții, pronunțând cu sens cuvântul „eu”. El va înțelege de acum înainte că „el însuși” este autorul gândurilor și acțiunilor sale („agenție,”) și că trăirile îi aparțin („apartenența,”). Psihologia cognitivă ce a elaborat în ultimele decenii „teoria minții” - ToM, a nuanțat aceste observații prin analiza procesului de „cunoaștere a minții celuilalt”. Copilul, care la această vârstă ghicește intuitiv intențiile și opiniile altuia în situație, înțelege că celălalt are o minte distinctă de a sa dar asemănătoare cu propria-i minte. Iar pe această bază, el poate negocia colaborarea. Dar, tradiția psihanalizei amintește ca la 3-4 ani copilul poartă deja în sine alteritatea, în urma introjecției imaginilor parentale. Bowlby, părintele teoriei atașamentului - ce a derivat din psihanaliză - , a sugerat prin anii 80 ai sec. trecut, că deja la sfârșitul primului an de viață copilul poate integra imagoul persoanei de atașament în structura propriului psihism, fenomen denumit „internal working model”. Această instanță ar reprezenta un cadru în care sunt integrate, prin asimilare, imaginile diverselor persoane din anturaj, în prima copilărie, dar și de mai târziu, în cursul vieții adulte. Iar această introjecție preia, concomitent, și valențele relaționale ale acestora cu subiectul. Colaborarea între cognitivism, teoria atașamentului și psihanaliza, a dezvoltat un model al psihismului persoanei (Pincus, Benjamin, Horowitz etc.) în care, subiectul adult se relaționează cu alte persoane din exterior prin filtrul unor scheme de relaționare interioare. Care derivă din introjecția modelelor de relaționare ce se structurează biografic în urma experiențelor de viață, a identificărilor, învățărilor și a scenariilor interne de relaționare.

Ansamblul acestor cercetări desfășurate de-a-lungul întregului sec. XX dezvoltă ideea, intuiția lui Freud că fiecare persoană conține în structura psihismului său alteritatea. Că așa, cum formula filosoful Ricoeur la sfârșitul sec. trecut, fiecare om este un „eu însumi ca un altul”, (Soi memme comme un autre). Înțelegerea psihopatologiei psihozelor presupune această viziune, pe care tb. dissociative ne-o semnaleză.

psihice. Acestea nu necesită, cel puțin nu toate, să fie refulate în inconștient, pentru a deranja conduita adultului; sau pentru a-l face mai sensibil la unele evenimente actuale. În plus, abuzurile intrafamiliale din copilărie nu au de ce să nege problematica identificărilor și introjecării imagourilor parentale, pe care a descris-o psihanaliza clasică. Ele se pot cumula. Și încă, se pot adăuga de-a-lungul vieții o serie de alte psihotraume și probleme, ce se încrustează în structura psihică și în memoria persoanei, la diverse vârste ale biografiei, dedublându-i autonomia agenției. Astfel, problema (psiho)-traumei și a „eului secund” a devenit mult mai nuanțată în psihopatologia recentă decât era pe vremea lui Janet și Freud. Iar un fundal psihic sensibil, vulnerabilizat biografic, deschide calea pentru variate reacții psihice, psihotraumatice actuale.(Chenar 30 ). Precum și pentru conversii somatice, care practic se înscriu și ele în tradiția patologiei histerice. Dar și pentru așa zisa patologie psihosomatică. Pe de altă parte, se consideră ca astfel pot fi condiționate și alte manifestări, inclusiv cele ce sunt comentate în prezent sub eticheta tulburărilor disociative.

Perspectiva în care evenimentele trăite și nemetabolizate de-a lungul vieții se suprapun și se conjugă cu structurarea sinelui, începând cu primii ani de viață, dau în prezent o imagine mai nuanțată a marcării identității și vulnerabilității biografico-caracteriale a persoanei decât era aceasta înțeleasă pe vremea lui Charcot, și chiar a lui Freud. Identitatea biografico caracterială a persoanei mai presupune, desigur, și o infrastructură moștenită din biologie, care constă din direcții de orientare operativă etichetate tradițional ca „instinctive”. Și la fel, ea include variate disponibilități de reacție; dar și de a asimila scheme cognitive și comportamentale, prin învățare și descoperire. Modalitățile relaționărilor interpersonale pe care le sugerează axele ortogonale ale circumplexului interpersonal se bazează și ele în mare măsură pe disponibilități înnăscute de relaționare cu sine și cu alții, care sunt parțial înnăscute temperamentale; dar și parțial câștigate, mai ales prin experiențele relaționale din primii ani de viață.

Identitatea biografico caracterială ca parte centrală a identității persoanei, e flancată și întrețesută cu identitatea psihocorporală și cu cea socială, asigurând structura de fond a conștiinței sale identitare. Dar și a inconștientului și preconștientului personal, aflat în spatele manifestărilor actuale, mai mult sau mai puțin autonome ale agenției sinelui.

### **3.4. Psihoza histerică și psihoza disociativă**

Psihiatrii au identificat constant o patologie de tip psihotic în aria tulburărilor histero disociative. Un model ce a devenit clasic pentru tema psihozei histerice – P.H. – e cel al lui Janet (1904). În studiile sale privitoare la histerie și personalități multiple, abordate prin intermediul hipnozei, Janet a delimitat cazuri în care se manifestau intens halucinații vizuale, auditive și de altă natură, precum și idei aberante – cu referință la evenimente biografice; dar și la personaje mitico sacrale. Mai erau menționate și comportamente neadecvate. În fazele sale „psihotice” histericul e desprins de ambianță într-o manieră mai pronunțată și mai complexă decât în detașarea din transă. Un rol important era acordat și simptomelor de depersonalizare și derealizare care erau pe atunci, recent descrise, neavând un statut nosologic precizat (Janet a comentat acest depersonalizarea și în „psihastenie” alături de simptome anxios fobice, obsesiv compulsive și asteno abulice; iar Jaspers l-a implicat în „delirul primar”). De altfel, nici conceptul de psihoză nu era pe atunci clar circumscris și polarizat cu cel de nevroză (și reacție anormală); fapt ce s-a realizat pe parcursul sec.XX. (De reamintit că Freud, care a preferat și a impus noțiunea de nevroză, a minimalizat constant conceptul de psihoză, comentând manifestări ale schizofreniei ca „nevroză narcisică”). Se mai cere amintit în acest context că histeria pe care o comenta Janet includea frecvent, sub anumite forme, și persoane ce se simțeau posedate de spirite.

Chenar 32

**Psihoza disociativă****Cazuistică**

O femeie de 40 ani se internează (2006) cu o stare de mutism și un tablou halucinator delirant. Este de mai mult timp tratată pentru episoade depresive, inițial subclinice și apoi cu depresie majoră, personalitatea fiind etichetată ca histrionic dependentă. Cu ocazia internării comunică inițial doar în scris, notând: “nevorbitul nu e din gât ci din cap, acolo e un piticuț care nu-mi dă pace...nu mă lasă să vorbesc, parcă aș fi băgată într-o gelatină din care nu mai pot ieși...totul în jurul meu e un vis...plutesc, picioarele nu-mi ating pământul...valuri de apă trec peste mine și sunt albastre...oamenii sunt transparenți...totul mi-e confuz...capul îmi este tulbure..nu mai știu să leg sunetele...să spun un cuvânt...”. Peste câteva zile scrie: “piticul a plecat....dar a lăsat un gol în mintea mea, un gol limens....cu ce o să se umple?...cu cuvinte, cred...în curând am să vorbesc și domnul doctor se va bucura...numai că din gelatină încă nu am ieșit...”

În text se mai regăsesc idei senzitiv relaționale și de ostilitate din partea altora. La un an după remisiune (2007), după un eveniment de viață (decesul unei rude) reapare mutismul. Trăirile pacientei, scrise și apoi comunicate verbal, sunt acum mai bogate intervenind mai multe halucinații vizuale și auditive. Piticul din cap reapare: “îl am în ceafă, în partea dreaptă și-mi impune când să mănânc și când nu, când să stau în pat și când jos...”. Afirmă că în baie, când face duș apare un om de gelatină cu pantaloni albaștri care iese din pereți și îi cere imperios să asiste...ea i-a dat voie cu condiția să n-o atingă....totuși el îi pune mâna pe umăr, pe burtă, o împinge afară, uneori vrea să o înece. „Ulterior, acest om din baie rămâne o tematică halucinatorie persistentă, îi vede umbra, ochii pe tavan.

Cu ocazia frecventelor reinternări ulterioare pacienta relatează variate halucinații vizuale: ...”jumătăți de oameni pe deasupra ușii...un șarpe mare ce-i aține calea – sau iese dintr-o carte, i se încolățește în jurul picioarelor și nu o lasă să meargă, îi intră în ochi...vede două mâini păroase, negre, cu unghii lungi, întinse spre ea să o prindă...vede o oglindă mare în care, apare o pădure în stânga și în dreapta o pată mare de sânge...vede oameni ce se plimbă prin camera ei.,un bibelou sub formă de clown se uită la ea și-i spune că e urâtă.....descrie trăiri din seria depersonalizare/derealizare : obiectele se fac când mai mari când mai mici...ea se face mică și ar putea intra sub aragaz. Prezintă ulterior și stări dromomane disociative urmate de amnezie. Simptomatologia e constantă în ultimii 9 ani.

Comentariu: Simptomatologia halucinator delirantă apare la o personalitate histrionic dependentă, cu multiple psihotraume în biografie, începând din mica copilărie. Sunt prezente simptome din serie disociativă: depersonalizare, conversie somatică (mutism) amnezie dromomană; imaginarul bogat susține halucinații predominant vizuale, care, deși au conținut relațional, nu se exprimă într-o modalitate paranoidă clasică; halucinațiile auditive, imperative și comentate sunt în plan secundar fiind corelate cu cele vizuale. Cazul poate fi comentat din perspective unei tulburări delirante (halucinatorii) persistent de model disociativ (în sensul tradiționalei psihoze histerice).



În comentariile și interpretările sale privitoare la P.H. Janet avea în vedere histeria lui Charcot, incluzând și personalitățile multiple. Modelul său interpretativ se baza pe neintegrarea suficientă și armonică în memoria biografică identitară a unor episoade de viață conflictuale; la care subiectul s-a raportat cu o anumită identitate relațională. Personalitatea normală ar integra armonic în structura ei, mai multe dimensiuni identitar relaționale corelate experiențelor trăite și preocupărilor importante. În cazul P.H. s-ar produce o „disociere” în urma căreia o structură identitară particulară corelată unei anumite experiențe traumatice, se detașează și se impune în prim plan. Autonomia agenției sale îi scapă astfel de sub control, el simțindu-se astfel controlat de o alteritate, cu sentimentul dedublării. Reintegrarea sinelui disociat în personalitatea de ansamblu, ce poate fi realizată psihoterapeutic, ar reduce episodul psihopatologic.

Viziune, oarecum simplistă și schematică a lui Janet, precede complexa elaborare a psihanalizei lui Freud, ce trimite la experiențele biografice preconștiente din prima copilărie. De asemenea, doar mult timp după elaborările sale s-a acceptat psihopatologia reacțiilor anormale și cea de stres posttraumatic. Dar, schema sa de fond s-a păstrat. Se mai cere remarcat că Janet făcea trimitere la cazuistica sa și la cazuri de psihotici histerici care invocau ființe supranaturale.

După declinul histeriei lui Charcot în prima jumătate a sec. XX, această viziune asupra PH a lui Janet s-a estompat și ea. De la un moment dat au intrat în preocupările clinicienilor așa zisele „psihoze reactive” ale autorilor scandinavi, care se instalează în urma unor evenimente stresante actuale. Acestea prezintă însă o simptomatologie psihotică complexă, deseori cu elemente schizofreniforme. Ele au fost corelate cu bufeurile psihotice ale autorilor francezi fiind apoi comentate în cadrul „psihozelor cicloide” și integrate în final în ICD-10 în „psihozele scurte și tranzitorii”, ce pot fi declanșate și reactiv.

Această istorie scoate în relief faptul că, pe măsură ce în sec.XX conceptul de psihoză a început să capete o anumită individualitate, declanșarea reactivă a

episoadelor și conținutul simptomatologic ce fac trimitere la evenimente psihotraumatizante biografice, a fost acceptat.

După cel de al Doilea Război Mondial tema PH a fost reluată episodic. Se poate menționa o intervenție din 1946 a psihiatrului olandez Hugenholtz; iar în SUA, Hollander și Hirsch (1964, 69). Și alți autori ( ) au reluat apoi tezele lui Janet, făcându-se mereu referință la personalități ușor hipnotizabile, în contrast cu cei cu episoade schizofrene. Tulburările psihotice din histerie au fost comentate predominant în marginea tulburării de transă și a tulburărilor disociative de identitate cu amnezie. Se impune ideea că patologia disociativă evoluează în marginea unui sine identitar fragil, care uneori își pierde funcțiile integrative firești.

Către sfârșitul sec. XX terminologia s-a schimbat, în urma căderii în desuetudine a expresiei de histerie, vorbindu-se acum de Psihoza Disociativă –PD. Aceasta a fost corelată mai ales cu ”tulburări disociative complexe”, care gravitează în jurul tulburării disociative de identitate. Psihopatologii olandezi ( ) au elaborat și o conceptualizare mai riguroasă a acesteia, ca o tulburare corelată psihotraumelor încorporate într-o disociație structurală a personalității. În cursul episoadelor psihotice sunt prezente comportamente orientate spre scop pe care subiectul nu le poate controla, precum și alte simptome disociative. Orientarea și relaționarea în raport cu ambianța și cu propriul sine e deficitară în diverse grade. Subiectul aude voci interioare ce i se adresează amenințător și retrăiește aspecte ale scenelor traumatizante. Sunt prezente diverse halucinații și idei aberante. Variați autori ce s-au ocupat de PD insistă supra sentimentului frecvent al pacienților că în interiorul corpului și psihismului lor se află o altă persoană (sau instanță personalistă). Această alteritate intrapersonală e sursa unor voci ce i se adresează direct sau îl comentează, și a unor influențe resimțite, care induc sentimentul de pasivitate. Autorii comentează o frecvență crescută în PD a simptomelor de depersonalizare/derealizare și a ceea ce se numește în prezent „simptome de prim

rang Schneider” (după unii autori, acestea ar fi în PD chiar mai frecvente decât în schizofrenie).

Tradiția psihozelor hysterice și disociative merită avută în vedere în prezent, după ce în sec.XX patologia psihotică a fost centrată pe schizofrenie și pe mutația realizată prin „delirul primar”. În aria patologiei disociative, deși analizele pot fi centrate pe durata biografică, nu poate fi exclusă relaționarea cu alteritatea spiritelor supranaturale. Fapt ce e evident și în clinica actuală, prin starea de transă cu posesiune. Ori, aceste spirite – demoni, zei – sunt personaje ce fac parte din aria „teoreticului cultural”. Este o primă dar fundamentală provocare de a avea în vedere faptul că, psihismul oricărei persoane umane, include în propria-i structură psihică și această dimensiune culturală a personajelor.

### **3.5. Specificul histeriei în perspectiva psihopatologiei evoluționist culturale**

Preocuparea față de histerie a medicinei europene de după Renaștere – între Sydenham, Charcot și Freud – a scos în relief faptul că în această tulburare aspectul specific îl reprezintă nu atât simptomatologia pozitivă, ci modul în care ea se manifestă, în plan relațional, interpersonal. Adică stilul hiperexpresiv și captativ, metalimbajul care solicită sprijin afectiv, apelul la atenție, protecție, susținere, îngrijire din partea anturajului. Willis insista asupra acestei hiperexpresivități corporale generale, însoțită de rotirea capului și ochilor, deseori de râs. Iar Sydenham constata și el că „femeile hysterice râd și strigă fără motive reale, adunând astfel lumea în jur”. O astfel de atitudine de solicitare a ajutorului, e însă și o condiție generică a stării de om bolnav, slab, neputincios, (Chenar 26) a cărei rădăcină psihologia evoluționistă o descoperă în comportamentul animalelor. Problema a început să fie studiată sistematic în sec. XX în cadrul etologiei; și dezvoltată în sec. XXI odată cu psihopatologia evoluționist culturală. S-au evidențiat astfel stereotipiile comportamentale prin care animalele se sustrag pericolelor vitale. E vorba de fenomenul bine studiat în etologie de „mimare a

morții” (totstelreflex” în formulare germană). Când se află în pericol vital, animalul intră în nemișcare, ca și cum ar fi mort. Cele mai multe specii nu mănâncă victime pe care nu le-au vânat direct; așa că un predator lasă în pace un astfel de individ. Pe această temă în folclor s-au dezvoltat o serie de istorioare cu vulpea care ”face pe moarta” pentru a păcăli.

La începutul sec.XX psihiatrul german Kretschmer a interpretat leșinul histeric ca un echivalent al simulării morții din biologie. Manifestările corporale care mimează moartea sau iminența ei, așa cum e leșinul, contracturile, comportamentul de sufocare – amplu exprimate în simptomatologia histeriei antice deja - se instituie ca un apel urgent spre a primi ajutor din partea altora.

Pe de altă parte, în biologie se manifestă, intraspecific, în caz de confruntare, comportamente care exprimă o „declarație de înfrângere” prin sumisiune. Un câine învins în confruntare se lasă pe spate, exhibându-și organele sexuale sensibile. Apoi, s-a remarcat că puii și copiii, prin însăși dimensiunile și forma lor corporală, inhibă agresivitatea, stimulând în primul rând comportamente de joacă; și în general, atitudini și relaționări neagresive. Regresia spre comportamente infantile, ce a fost observată la histerici, ar trimite spre o astfel de interpretare. Într-o comunitate de oameni ce cooperează, boala, rana, incapacitatea fizică, suferința, declanșează spontan comportamente de grijă, protecție și sprijin. Ideologia milei și dragostei pentru aproape, amplifică astfel de atitudini protective și grijulii. Care, de altfel, sunt susținute și de o normativitate socială elaborată.

Starea de boală și suferință este, la om, prin ea însăși, expresivă pentru un apel de ajutor. Desigur durerea și alte trăiri subiective nu sunt ușor de evaluat de către alții. Ele pot fi apoi răbdate, capacitatea de a le suporta fiind diferit repartizată între oameni. Pe de altă parte, emoția durerii și suferinței poate fi exprimată uneori mai pronunțat, cu intenția deliberată de a-i impresiona pe alții.

Aceasta este schema generală în care s-au plasat de la început tulburările de tip maladiv puse în joc de histerie. Ele fac parte dintr-un grup de manifestări care sunt

condiționate în mare măsură reactiv, conflictual, emotiv, și care mimează o boală reală și cunoscută, mai ales Tb. neurologice, deficite senzoriale și iminența morții. Simptomatologia histeriei de conversiune somatică s-a manifestat pe fondul unei atitudini pasive, de supunere, de predare și solicitare de ajutor a pacientului.

Chenar 31

**Condiții relaționale puse în legătură cu simptomatologia histeriei și a tulburărilor derivate**

A. Imitarea (sugestia, autosugestia) unei simptomatologii patologice care e percepută de ambianță și o impresionează. Aceasta s-ar putea realiza: Inconștient, preconștient; Deliberat, simulare, minciună; Contagiune colectivă (epidemie psihică)

B. Exacerbarea (ca intensitate și durată) a unei simptomatologii reale. Aceasta s-ar putea realiza ca: Rentă afectivă secundară – pentru a obține protecție, afecțiune, tratament preferențial, rentă financiară; alte avantaje psihosociale

C. Sugestia directă din partea altei persoane dominante

În stare de veghe, sub hipnoză, posthipnotic, prin ordine explicite, aluziv

Simptomatologia din aria tradiționalei histerii și a tulburărilor corelate

D. Consecința unei emoții puternice, psihotraume majore (colective)

Reacții directă la stres; reacția de strespostraumatic

E. Biografie încărcată de psihotraume semnificative ce se cumulează ca un „corp străin intrapsihic”

„Idea fixă preconștientă” în sensul lui Janet

Subiectul „plânge cu organele corpului”

F. Mecanismele psihanalizei freudiene

Histeria de conversie

Scenarii relaționale inconștiente

ce duc la conflict intrapsihic

în spatele biografiei narative

Dar, apariția și manifestările corporale de tip maladiv din aria tradiționalei histerii, nu erau doar imaginate și mimate, ele putând porni de la disfuncții reale, chiar dacă minore. Acest aspect a ieșit în relief pe parcursul sec. XX când a început să se acorde importanță tot mai mare patologiei psihosomatice. Dacă deja în cursul Primului Război Mondial Babinski a încercat să diferențieze disfuncțiile corporale vegetative, fiziopatice, consecutive stresului, de hiperexpresivitatea unor comportamente motorii de tip histeric, în cursul celui de al Doilea Război Mondial, studii sistematice au dezvoltat această direcție de interpretare. Astfel, în armata britanică, în condițiile supunerii la același stres, soldații proveniți din Regatul Unit manifestau predominant tulburări psihosomatice, pe când cei proveniți din colonii, comportamente de tip histeric. În același sens poate fi comentată scăderea progresivă a manifestărilor histeriforme tradiționale și creșterea celor psihosomatice în țările din „lumea a treia”, pe parcursul schimbării stilului de viață odată cu industrializarea și urbanizarea. Astfel încât, la începutul sec. XX la populația urbană tabloul clinic al histeriei lui Charcot a devenit tot mai rar.

A fost deja comentată interpretarea antică a histeriei ca derivând din dislocarea modelului șamanic specific societăților de vânători, în lumea agricolă tot mai civilizată a Greciei. Acest model aduce în scenă, pe deoparte mimarea morții de către șaman – constând în leșinul pseudo epileptic, cu o stare „secundă” de vigilitate. Pe de altă parte un amplu tablou de patologie psihosomatică, nediferențiat și mobil, afectând multiple arii psihocorporale într-o manieră grosieră și impresionantă: pareze, mișcări involuntare, sufocare, mutism etc. Se ridică însă și problema stărilor disociative ambulatorii și a dublei personalități, care fac parte și ele din recuzita histeriei lui Charcot; dar în legătură cu care literatura medicală antică nu ne spune mare lucru. Pentru acestea, o sugestie destul de evidentă pare a rezulta din includerea în actualele manuale de diagnostic (mai ales în ICD-11 dar și în DSM-5) la capitolul Tb. disociative, a stărilor de transă; mai ales a celor de „transă cu posesiune”. Pe parcursul trăirii acestora într-o stare de semivigilitate –

„secundă” -, cvasihipnotică, subiectul resimte că identitatea și agenția sa e preluată de o ființă supranaturală, de un spirit, zeu etc. În istoria culturii spirituale situația se întâlnește cel mai tipic în religiile de mistere – așa cum era și cultul lui Dionisos pe vremea Greciei antice – în care ritualul incantației duce tocmai la inducerea unor astfel de trăiri de tip transă, care facilitează accesul la instanța supranaturală a Zeului. Ceva similar nu apare însă în simptomele inițiale ale isteriei medicinei greco romane. O explicație ar putea fi faptul că pe atunci o astfel de cazuistică tocmai se forma, odată cu intrarea în transă a celor ce intrau în procesiunea Marilor Dionisiaci.

În perioada Renașterii în schimb, când nu mai funcționau religiile de mistere, tulburările ambulatorii de tip somnambulism au fost înregistrate ca stări patologice corelate epilepsiei și histeriei. Ele erau considerate acum, dat fiind interesul crescut în epocă față de astrologie, ca datorate influenței crescute a planetelor asupra unor oameni („lunatici” „saturnieni”). Totuși, comportamentele hipnoide nu au atras inițial în mod deosebit atenția comunității și medicilor, dat fiind faptul că manifestările convulsive și hiperexpresive motor – care erau atribuite posesiunii demoniace - erau mult mai spectaculare. Dar în sec.XIX, după ce mesmerismul și hipnoza au demonstrat că simptomele motorii și convulsive pot fi influențate prin sugestie la fel ca și stările hipnice, ele au început să capteze interesul psihopatologilor. Mai ales că se dovedeau a se corela cu spectaculoasa problemă a dublei personalități, care se afirma acum pe scena agoriei publice, alături de spiritism. Întreagă această istorie din prima parte a culturii modernității Occidentului se desfășoară însă în paralel cu o ascensiune a Rațiunii, care marginalizează acum credințele în zei și spirite.

Totuși, în tot acest timp precum și în prezent, în multiple locuri din lume a persistat și persistă credința în zei și spirite, în posibilitatea ca acestea să posede oamenii. Astfel încât globalizarea ne obligă să nu ignorăm nici în zilele noastre stările de transă cu posesiune. Ba mai mult, probabil că „stările secunde” ce au

fost interpretate după Renaștere ca „somnambulism” (al lunaticilor), ar putea fi acceptate explicit ca moștenitoare a stărilor de transă, în care subiectul ce era cuprins de entuziasmul colectiv, se transpunea într-o lume specială,, in apropierea zeului mitic. Lume diferită de cea cotidiană. S-ar identifica astfel o orbită antropologică, ne-onirică, ce ar putea face mai comprehensibil scenariul cvasidelirant, ce absoarbe subiectul în cazul psihozei; subiect ce se transpune, în aceste cazuri, într-o condiție identitară de personaj aparte, dintr-o lume cvasifictivă. În cele din urmă, sec. XIX, cel în care s-au afirmat cu pregnanță dubla personalitate și stările disociative de conștiință, a fost și epoca în care delirul s-a decantat ca entitate psihopatologică independentă și majoră, desprinzându-se sub eticheta de „paranoia”, din milenara sa conviețuire cu melancolia și mania.

Lăsând la o parte diversele interpretări posibile, din perspectivă evoluționistă și a istoriei culturale, patologia disociativă - considerată ca plasată în tradiția medicală a histeriei - ne relevă o fațetă a psihismului uman în care el se manifestă externalizat, cu o identitate fragilă, dedublat și centrat pe o relaționare interpersonală, într-o modalitate pasivă; și în același timp captativă. Și aceasta, pentru a primi sprijin din partea alterității, fie ea spirit sau om. În acest context, psihopatologia disociativă implică diverse grade de reducere a vigilității de raportare la ambianța nemijlocită, care-i permit imaginarului să fie mai activ. Iar autonomia agenției scapă de sub controlul acestei persoane fragile identitar, cu sentimentul unei dirijări, căreia i se supune.

Acest profil al patologiei disociative (histerice), se cere pus în oglindă cu cel al unei alte tulburări psihice majore, cea obsesiv compulsivă. Tulburare care și ea dedublează psihismul, însă în manieră egodistonă. Și care se desfășoară în contextul unei vigilități crescute, a unei hiperreflexii și a unui autocontrol chinuitor al propriei agenții.

Un cadru semiologic oarecum intermediar îl reprezintă Sindromul Dep/Der din DSM-5 care descrie structura în care subiectul se autopercepe lucid, ca străin



de propriul corp, sine, memorie, ambianță. Această simptomatologie nu se regăsește însă în referința la tradiționala histerie; iar descrierea sa clinică datează din sec.XIX, el fiind corelat de fapt cu variate contexte psihopatologice. De fapt, sub o anumită formă Sindromul Dep/Der se regăsește și în patologia obsesională; care se desfășoară în mod specific în contextul unei vigilități crescute, a unei hiperreflexii și a unui autocontrol chinuitor al propriei agenții. Căci în obsesionalitate, dedublarea subiectului nu constă în predarea către o alteritate, ci în confruntarea disperată cu sine.

## CAPITOLUL 4

### MIȘCĂRILE INVOLUNTARE ȘI PATOLOGIA OBSESIONALĂ CENTRATĂ PE EFORTUL DE A ACȚIONA CONTROLAT

#### 4.1. Scurt istoric și caracterizarea generală a patologiei obsesionale

Simptomatologia obsesiv compulsivă (O.C.) s-ar defini pe scurt prin : trăiri egodistone repetitive (idei, tendințe, reprezentări, comportamente) care se impun subiectului fără intenția și acceptul său; și pe care el încearcă să le controleze, fără succes. Și totuși, intențiile de act sunt resimțite ca izvorând din propria agenție, nu ca impuse de o alteritate. Aceste trăiri recurente îl fac să sufere, îi consumă mult timp, perturbă inserția sa în viața cotidiană și performanțele. În raport cu tulburările externalizate agresiv-conflictuale și manipulative și cu cele internalizate anxios fobice și depresive, tulburarea obsesiv compulsivă (TOC) ar putea fi plasată la mijloc. Deși, egodistonia, autocontrolul exagerat și concomitența stărilor anxios depresive, înclină mai mult balanța în direcția celor internalizate.

Comportamentul obsesiv compulsiv nu a atras atenția din antichitate, la fel ca spectaculoasa histerie, ce se manifestă la persoane hiperexpresiv captative și cu tendința la dedublare (în contextul dominației sau a posesiunii de către un spirit). Încă din antichitate a început însă să se profileze și un alt model comportamental pe care-l sugerează cazul lui Socrate; pe care *daimonul* său intim, interior, îl îndemna să nu participe la mentalitatea exterioară a politicianului din agora Athenei. Deși ideea unui *forum interior* se conturează deja în stoicism, de abia prin impunerea creștinismului persoanele ajung să acorde o importanță majoră ideții ce emerge din profunzimea subiectivității lor. Biserica creștină îi stimulează să-și analizeze singuri vinovățiile și să se spovedească. În perioada Reformei, când credincioșii erau îndemnați să-și facă zilnic bilanțul păcatelor și să le

mărturisească, s-a semnalat cazuri de apel excesiv la confesiune, de mai multe ori pe zi, pentru culpe minore. Această condiție a fost etichetată ca “obsesivă” (de la latinescul *obsidere* - a asedia). Desigur, vulnerabilitatea psihică pentru simptomatologia TOC nu e condiționată direct cultural. Totuși o atmosferă culturală poate inhiba sau exacerba unele valențe psihopatologice.

Simptomatologia obsesiv compulsivă a fost în continuare comentată de medici în marginea altor tulburări cum sunt cele impulsiv compulsive, anxios fobice sau de dependență. Adică, a unui grupaj de manifestări anormale, care exprimă un deficit de autocontrol a agenției. În sec. XIX ea a fost încadrată în semiologia medicinei psihiatrice. La începutul sec.XX această simptomatologie a fost cuprinsă în largul concept al psihasteniei lui Janet. Apoi Freud a diferențiat nevroza obsesională de patologia propriu zis anxioasă, comentând-o prin polarizare față de nevroza histeriei de conversie. Treptat psihopatologii au descris și o tulburare de personalitate ce a fost atașată acestei clase simptomatologice. În ultimele decenii studiile cognitiviste au contribuit la o mai sistemică delimitare a acestor tulburări clinice. Marile sisteme de clasificare internaționale de la cumpăna dintre sec.XX și XXI, ICD-9,10,11 și DSM-III-5, comenteze TOC într-un capitol distinct, care tinde să-și contureze în jur un spectru maladiv.(Inițial DSM-III includea patologia TOC în cea anxioasă).

În TOC există un fundal agresiv, sesizat constant de psihopatologi, mai ales de psihanalisti. Acesta se exprimă destul de clar în ideea obsesivă orientată spre distrugere, spre a face rău celor apropiați și neputincioși, a blasfemia și a încălca tabuuri; ideea care se configurează deseori în schițe de acțiune. Dar aceste intenții de act agresive nu se manifestă direct și nemijlocit în raport cu alții, la fel ca în Tulburările externalizate ale dispoziției iritabil conflictuale. (Vezi Cap.2). Ci, ele sunt trăite subiectiv, egodiston, pacientul neacceptându-le; și străduindu-se sa le controleze, într-un context dispozițional tensionat anxios, cu teama de a nu-și pierde autocontrolul. Altă sursă de anxietate o constituie în TOC sentimentul

(ideea obsesivă) agresării sale de către microbi, substanțe, neperceptibile și dezordine. Fapt ce conduce mai ales la conduite de contracarare, prin comportamente de spălare și ordonare; iar uneori prin manifestări cvasi-magice, de “anulare retroactivă”.(Sunt prezente în obsesiile de contaminare și conduite fobice de evitare și asigurare, dar ele nu se regăsesc în toată simptomatologia TOC). E de subliniat că anxietatea fobică din TOC nu se corelează cu eventuale intenții agresive ale altora ca în paranoizie; și faptul că, lipsește conduita de a recurge la protecția celor apropiați și puternici sau a spațiului securizant al locuinței. Dimpotrivă, obsesiile de contaminare și dezordine se produc chiar în spațiul intim al locuinței.

În TOC e prezentă o stare de permanentă tensiune, de luptă activă cu sine și cu simptomele, o marcată și continuă propensiune spre controlul situațiilor și autocontrol. Controlul se evidențiază pregnant și la nivelul tulburării de personalitate obsesiv compulsivă (TPOC), odată cu exagerata pregătire și organizare a acțiunilor, prin schițe, proiecte, scheme, tentative repetate de act, hiperverificare. Privind împreună TOC și TPOC, se impune faptul ca in prim plan apare perturbarea ariei psihice a „funcțiilor executive”, a acțiunii cu scop,( prin indecizie, hiperelaborare, supracontrol ), cu un interes redus față de relaționarea cu alții. Psihismul propriu e resimțit de către obsesivul hiperanalitic ca insuficient de unitar, atras de detalii, dedublat egodiston, lipsit de o suficientă coerență centrală. El se manifestă într-o atmosferă de nesiguranță, indecizie, incertitudine, îndoială, orientat mai mult spre cele posibile, decât spre realitățile efective.

Obsesiile psihice și compulsiile motorii sunt resimțite continuu ca emergând din sine însăși, în mod involuntar. De aceea, pentru a contura mai clar poziția intermediară a TOC între tulburările externalizate și cele internalizate, se va începe capitolul prin prezentarea Tb mișcărilor involuntare neurodevelopmentale; care intră în orbita psihopatologiei, dincolo de cele condiționate strict neurologic.

## **4.2. Tulburări neurodevelopmentale ale motricității și Tulburarea ticurilor.**

În actuala sistematizare DSM-5, în cadrul capitolului Tb. neurodevelopmentale sunt comentate trei categorii privitoare la motricitate. Prima se referă la **Tulburări developmentale de coordonare** și are importanță mai ales deoarece stă la baza dificultăților de achiziție a praxiilor habituale, de la îmbrăcat la alimentare și joc; și deoarece interferează cu achiziția limbajului și a cunoștințelor școlare, cititul și scrisul. Cea de a doua se referă la **Tulburarea mișcărilor stereotipe**, care sunt mișcări repetitive și fără finalitate, așa cum ar fi fluturatul mâinilor, balansarea, întoarcerea sau înclinarea repetată a capului, autolovirea propriului corp etc. Acestea pot însoți alte boli neurologice sau neurodevelopmentale, ca deficiența mentală, autismul; și uneori pot ridica importante probleme de îngrijire, datorită autoagresivității. Cea mai importantă tulburare din această clasă o constituie însă ticurile.

**Ticurile sunt definite în DSM-5 ca mișcări motorii sau vocalizări ce se manifestă brusc, rapid, recurent. Ele pot fi simple sau complexe.**

**Tulburarea ticurilor este una neurodevelopmentală ce apare înainte de 18 ani. De fapt, practic, ticurile încep să se manifeste după 4 ani, mai devreme la băieți, cu un vârf de intensitate în jur de 10 ani; după care pot descrește în intensitate, uneori manifestându-se și la vârsta matură. Durata și complexitatea lor este variată – fiind distinse 3 grade:**

- **Tulburarea Tourette, care e varianta cea mai complexă, constă din multiple ticuri motorii, și una sau mai multe ticuri vocale, inclusiv complexe, cu durata mai mare de 1 an.**
- **Tulburarea ticurilor persistentă (cronică) constă din unul sau mai multe ticuri verbale sau motorii cu durată de peste 1 an, intensitatea putând varia în timp. Ea are deci două variante: motorii sau verbale;**
- **Tulburarea ticurilor tranzitorie, în care sunt prezente unul sau mai multe ticuri, motorii și/sau verbale, ce durează mai puțin de 1 an.**

**Ticurile simple motorii durează mai puțin de o secundă. Exemple pot fi: clipirea ochilor, întoarcerea capului, ridicarea din umeri, extensia picioarelor. Ticurile simple în aria vocalizării constau în emiterea de sunete cum ar fi cel al curățirii gâtului, pufăieli, mormăieli (grunding) etc.**

**Ticurile complexe motorii durează câteva secunde și constau de obicei din combinarea celor simple : întoarcerea capului plus ridicarea din umeri, extensia membrelor și grimase faciale etc. Uneori se pot exprima gesturi obscene (copropraxie); sau imitarea unei acțiuni a cuiva prezent (ecopraxie). Ticurile verbale complexe pot fi: repetarea ultimelor cuvinte sau sunete pe care subiectul le-a spus (polilalie), imitarea ultimelor cuvinte spuse de altul (ecomimie), expresii obscene, defăimătoare etnic sau religios, ce sunt enunțate abrupt de către pacient, fără nuanțare (coprolalie).**

**Ticurile apar spontan și nevoluntar. Totuși, uneori pacientul care simte apariția lor, le poate amâna pentru scurt timp, dar nu suprima. Unele ticuri sunt precedate de o tensiune de precipitare (“urge”) resimțită în mușchii din diverse părți ale corpului, care realizează apoi ticul, descărcând tensiunea. Fenomenul e similar cu unele compulsii și ritualuri din TOC.**

Un aspect al continuității între ticuri și mișcări normale poate fi clipitul, care e o reacție de apărare. Și alte mișcări ce se exprimă ca ticuri sugerează o atitudine de retragere sau apărare fizică; iar altele, o ripostă sau atitudini agresive. Prin astfel de asemănări patologia ticurilor apare corelată cu relaționarea interpersonală, ceea ce nu se poate spune despre ADHD. În perioada 3-6 ani se întâlnesc frecvent câteva obiceiuri comportamentale ca suptul degetului, scobitul în nas sau rotirea capului, care seamănă până la un punct cu ticurile. Ele sunt de obicei tranzitorii. La fel și unele mișcări stereotipe ca legănatul capului, corelate deseori cu carența afectivă și de îngrijire. Se cere ținut seama de faptul că predispoziția genetică pentru ticuri se consideră a fi mult mai mare decât cazuistica efectivă, astfel încât “penetranța” acestei predispoziții este variabilă; fapt ce se constată și prin gradarea manifestărilor patologice.

ADHD este pronunțat comorbidă cu Tulburarea ticurilor. Aproape 40-50% din copiii cu ticuri prezintă o istorie de hiperactivitate, neatenție și impulsivitate

înainte de apariția ticurilor. Ambele sindroame ar avea la bază același substrat neuronal al ganglionilor bazali insuficient de bine controlați. În aceste cazuri sunt frecvente comportamentele impulsiv-disruptive și neadaptarea familială. Copiii care prezintă doar ticuri au în general un comportament internalizat. Cei cu ADHD, au un comportament externalizat, dar fără implicarea directă a altora. Când coexistă Tulburarea ticurilor și ADHD se pare că se amplifică comportamentul disruptiv interpersonal.

E importantă și comorbiditatea dintre Tulburarea ticurilor și Tulburarea obsesiv compulsivă (TOC), care în ansamblu e considerată ca internalizată. Dintre cei cu Tulburarea Tourette la vârsta adultă, 40% îndeplinesc criteriile pentru dg. TOC. Din altă perspectivă, din cei diagnosticați cu TOC 1/3 prezintă ticuri, astfel încât se consideră chiar că aceștia ar reprezenta un cluster separat. Pacienții TOC cu ticuri au un debut mai precoce și sunt în proporție mai mare băieți; la ei predomină simptomele de simetrie/ordonare, au o rată mai mare a anxietății și o mai redusă răspundere la medicația antidepresivă specifică.

În deceniul 2000 a fost propusă o schemă a spectrului TOC (Hollander) în care una din coordonate se întindea de la mișcările involuntare neurologice de tip coreic, trecând prin ticuri la compulsiile din TOC; iar alta, de la astfel de compulsiile spre comportamentele impulsive. În prezent această schema nu mai e la fel de mult creditată; dar problemele pe care ea le-a ridicat, rămân.

Ticurile sunt distincte de mișcările neurologice involuntare (de tip coreo atetozic) prin faptul că, cuprind grupe musculare ce sunt angrenate în mișcări uzuale cu sens, pe care parțial le schițează. Aceste schițe de mișcări sugerează gesturi de apărare sau ripostă automată, fără a fi corelate însă cu o idee specifică. Compulsiile din TOC apar în strânsă legătură cu ideea obsesivă, constând din scurte acte ce încearcă să contracareze conținutul obsesiilor. Față de obsesia de dezordine apare ordonarea; față de obsesia de murdărie, spălarea; față de intențiile agresive, verificarea. Există însă și compulsiile mai puțin corelate cu ideea obsesivă

care se derulează ca niște ceremonialuri. Acestea sunt de obicei precedate de tensiuni interioare, care se detensionează la execuție. Dar și în acest caz compulsia: ritual se afla într-o legătură strânsă cu anxietatea, ea având o valoare antianxiogenă “magică”. Adică, un anumit lucru banal poate fi făcut doar după îndeplinirea ritualului, de ex. intrarea în altă cameră sau plecarea de acasă; în lipsa lui existând sentimentul unei nenorociri posibile.

Ticurile se mai cer raportate la comportamentele impulsive simple ce se referă la anumite zone corporale, așa cum e smulgerea părului (tricotilomania) sau gratarea excoriațiilor; și care sunt clasificate în prezent în spectrul TOC.

Prezentarea Tb. De autocontrol a psihomotricității înaintea simptomatologiei specifice a TOC a fost făcută și pentru a se sublinia că în această patologie, accentul cade pe inițierea și executarea mișcărilor la nivel corporal, și nu pe comportamente relațional interpersonale complexe.

### **4.3.Simptomatologia tulburării obsesiv compulsive (TOC).**

#### **Circumscriere din DSM-5 și descriere semiologică.**

Actualele sisteme de clasificare a tulburărilor psihice folosesc termenul de obsesiv compulsiv (OC) pentru două categorii diagnostice: Tulburarea obsesiv compulsivă (TOC) ce constă din trăiri repetitive ce se manifestă involuntar și deranjează subiectul; și, Tulburarea de personalitate obsesiv compulsivă (TPOC), care se referă la persoane cu o structură caracterială particulară, preocupate excesiv de control, ordonare, planificare, muncă, verificare; și care mențin o relație distantă cu celelalte persoane. Comorbiditatea stabilită statistic între TOC și TPOC nu este mare. Totuși există o strânsă legătură între ele prin faptul că perturbarea afectează în ambele cazuri anumite structuri specifice ale psihismului persoanei; fapt ce conduce la o egodistonie indecisă și nesigură, cu lipsă de spontaneitate și nevoie de control. Vom prezenta inițial circumscrierea din DSM-5 a TOC, urmata de trecerea în revistă și comentarea simptomatologiei clinice.



**Tulburarea obsesiv compulsivă (TOC) e definită (în DSM-5) prin prezența obsesiilor și compulsiilor.**

**Obsesiile se definesc ca:**

- **Gânduri, tendințe sau imagini recurente persistente care durează un timp, fiind intruzive și nedorite, creându-i subiectului o pronunțată anxietate și neplăcere;**
- **Subiectul încearcă să ignore sau să supprime aceste gânduri, tendințe sau imagini sau să le neutralizeze cu alte gânduri și acțiuni (realizând compulsi).**
- **Compulsiile se definesc ca:**
- **Comportamente repetitive (e.g. spălarea mâinilor, ordonare, verificare) sau acte mentale repetitive (e.g. se roagă, numără, repetă unele cuvinte în tăcere) pe care subiectul se simte împins să le facă ca urmare a obsesiilor sau în conformitate cu niște reguli ce ar trebui rigid aplicate:**
- **Comportamentele sau actele mentale au ca obiectiv să prevină sau să reducă anxietatea sau suferința, sau să prevină situațiile de care se teme. În același timp aceste comportamente sau acte mentale nu se conectează realist cu ceea ce intenționează să prevină sau sunt în mod evident excesive.**

**Cei mai mulți pacienți cu TOC au și obsesii și compulsi. Confruntarea cu situațiile ce creează sau accentuează obsesiile sau compulsiile creează anxietate (până la atac de panică sau dezgust). Când execută compulsiile unii subiecți descriu un sentiment de “incompletitudine” sau stinghereală și simt că trebuie să continue până când totul este în ordine (“just right”). Locurile care accentuează obsesiile fobice pot fi evitate sau confruntate după ce se iau măsuri de precauție.**

**Obsesiile și compulsiile consumă multe timp (durează mai mult de o oră pe zi) și creează neplăceri și perturbări în viața social ocupațională sau în alte arii de funcționare.**

**Tulburarea nu e mai bine explicată de simptomatologia altor tulburări mentale precum:**

**Preocupările de frică din anxietatea generalizată;**

- **Preocupări cu aspectul din dismorfia corporală;**
- **Dificultăți cu posesia din tulburarea de colecționarism;**

- **Smulgerea părului (tricotilomanie);**
- **Gratajul (din tulburarea escoriațiilor);**
- **Comportamentul ritualizat din tulburările de alimentare;**
- **Preocuparea față de substanțe și joc din tulburările addictive;**
- **Preocuparea față de boală din tulburarea de anxietate de boală;**
- **Fantasmele sexuale din tulburarea paralizantă;**
- **Impulsurile din tulburarea disruptivă și de conduită;**
- **Ruminațiile de vinovăție din depresia majoră;**
- **Insertia gândurilor din schizofrenie și psihoze;**
- **Comportamentele repetitive ritualice din autism**

**Ca specificatori în TOC se menționează:**

- **Cu autocritică (insight) bun: - slab; - absent (gândire delirantă);**
- **Corelate cu ticurile**

**Tot cu valențe de specificatori se menționează că multe persoane cu TOC au o serie de convingeri disfuncționale care includ:**

- **Un sens crescut al responsabilității și tendința la supraestimarea fricii;**
- **Perfecționism și intoleranță la incertitudine;**
- **O importanță crescută acordată gândurilor și nevoia de a controla gândurile;**

**Debutul TOC este în medie în jur de 20 ani. Tulburarea poate debuta însă în copilărie, mai devreme la băieți, în medie în jur de 10 ani (și mai devreme la cei cu ticuri). Debutul după 35 ani e neobișnuit dar se petrece și el. Tendința evolutivă la cei fără tratament e spre cronicitate, existând însă și evoluții ondulante. Totuși 40% din cei cu debut în copilărie sau adolescență tind spre remisiune la vârsta adulta**

Simptomatologia TOC se manifestă, deci, prin obsesii și compulsii, care sunt trăiri subiective și acte simple nevoluntare ce se repetă fără voia pacientului, împotriva încercărilor sale de a le suprima, consumându-i mult timp. Obsesiile și compulsiile sunt de obicei asociate și corelate, având o pondere variată în simptomatologie; dar pot să se manifeste și independent; sau prin forme de tranziție. Studiile statistice au conturat ca principale grupaje (clustere) simptomatice: - intențiile agresive/verificare; - contaminare/spălare;- ordine/ordonare; - colecționare ; în DSM-5 colecționarismul patologic e prezentat

ca o categorie distinctă de TOC, dar în aceeași clasă cu acesta. În continuare vor fi prezentate aceste grupaje simptomatice, urmate de aspecte mai speciale ale simptomatologiei OC precum ritualurile actelor cotidiene, lentoarea, ceremonialurile magice, aritmomania, rumațiile abstracte, preocuparea față de eventualități, incertitudinea.

### 1. Simptomatologia de intenții agresive, sexuale aberante și de încălcare a tabuurilor religioase

1.1. Simptomatologia intențiilor agresive e trăită sub formă de gânduri ce constau în tendințe de act agresive. Acestea pot fi doar resimțite subiectiv ca intenții. Sau, reprezentate în diverse grade de elaborare a respectivului act, care e schițat sau chiar început; dar nu realizat până la capăt. Trăirile de acest fel intrigă subiectul, îl nemulțumesc și induc o anxietate fobică în legătură cu ceea ce simte că ar fi pe cale să facă, susținând un sentiment de vinovăție. Compulsia obișnuită consta în verificarea faptului dacă nu cumva actul s-a produs. Deși subiectul știe obiectiv că nu l-a făcut, el nu are certitudinea faptului. Alte compulsii pot fi acte mentale de contracarare a intenției anormale, sau de anularea ei retroactivă, printr-un act considerat contrar.

Obsesiile agresive vizează de obicei persoane slabe, neajutate sau apropiate, pe care subiectul le percepe; sau care se află în perspectiva sa perceptivă: copii, bătrâni, bolnavi, soția, proprii copii, prieteni. Ele pot apare situațional, instantaneu: e.g. intenția de a lovi în cap pe cineva aflat față sa, de a îmbrânci un bătrân înaintea unei mașini, de a smulge perfuzia de la un bolnav pe lângă care trece etc. Dar, pot interfera și cu acte profesionale: e.g.: un frizer ce are obsesia-compulsivă de a tăia cu briciul gâtul clientului său; - un medic ORL-ist cărui îi vine compulsia să-i strângă de gât pe pacienții (motiv pentru care abandonează profesia). Există și obsesii cu intenții autoagresive, de ex. de a se defenestra când se află în apropierea unei ferestre (tendință contracarată prin mimarea actului, prin aplecarea de câteva ori deasupra ferestrei). Printre obsesiile

Chenar 33

### Cazuistica TOC și delirul

Psihopatologia clinică a comentat în repetate rânduri eventuala intersecție dintre patologia obsesională și delir. Se acceptă în prezent ca acea variantă a TOC în care critica (insight-ul) scade până la dispariție, ar putea fi considerată delirantă. Așa se întâmplă lucrurile în fenomenul ”fuziunii gând-acțiune”; condiția identitară anormală a subiectului care e trăită un timp obsesiv și e rejectată, ajunge să fie acceptată. Uneori ideea obsesivă monstruoasă e atribuită diavolului, astfel încât convingerea delirantă ajunge să fie una de posesiune. Trăiri obsesive pot însă intra în circuitul patologiei psihotiforme delirante și în afara acestei căi, ce trece prin “fuziunea gândire act”, în cadrul unor intersecții psihopatologice.

**Caz** Un bărbat de 38 ani, căsătorit, cu 2 copii, dezvoltă în decurs de doi ani un tablou psihopatologic cu trăiri obsesive și marginal delirante. Are impresia că soția s-a schimbat, nu-i mai acordă atenție, o bănuiește de infidelitate, apar obsesii legate de un act sexual neconvențional practicat mai demult cu soția...uitându-se în oglindă are impresia că i s-a schimbat privirea, devine tot mai suspicios părăndu-i-se că oamenii se uită ciudat la el, îl comentează, îl consideră homosexual, doresc să i se întâmple ceva rău, parcă îi cunosc gândurile;... consideră că e posedat; ...se accentuează comportamentul religios, merge tot mai des la biserică pentru a scoate diavolul din el; apar ritualuri : iese doar cu piciorul drept din casă și îi obligă și pe copii să facă la fel; începe să îi urască pe oameni și apar obsesii de a face sau a li se întâmpla ceva rău celor din jur și familiei; se simte vinovat, apar idei și compulsii suicidare și încearcă ritualuri mentale de anulare. Ulterior se accentuează frecventarea bisericii iar simptomatologia TOC capătă și o coloratură religioasă : are tendința de a înjura în biserică, intenția de a-l murdări pe Isus cu materii fecale, compulsia de a face sex anal cu Isus, compulsia de a ucide, de a-și agresiona sexual copiii. Atribuite aceste obsesii diavolului. Încearcă compulsii mentale de anulare : simptomatologia OC îi ocupă mult timp și interferează cu activitățile zilnice, devine tot mai convins că e posedat de diavol.

**Caz** O femeie debutează la 20 ani cu o stare maniacală delirantă (religioasă) și trăiește repetate episoade dispoziționale psihotice de diverse intensități. Cu ocazia unei recăderi pe prim plan se impune o idee obsesiv compulsivă de a-și omorâ mama și copilul, de a-i tranșa și a-i pune în frigider. Trăirile o îngrozesc, se luptă împotriva lor luând nenumărate precauții, blocând contactul cu persoanele în cauză, plecând de acasă etc. Anxietatea crește mai ales spre seară deoarece se gândește că, înainte de somn, nu ar mai putea să se opună obsesiilor. Îi vine în minte și ideea că ar putea fi posedată de diavol, care-i introduce în minte astfel de gânduri și îi dirijează voința...Cu ocazia altor recăderi, în contextul unor trăiri maniacal megalomane, simte că are puteri bioenergetice deosebite, de a-i vindeca pe alții, care-i sunt transmise de Dumnezeu. Afirmă că ”Dumnezeu îi controlează pe toți și în primul rând pe mine”.

agresive poate apare și intenția de a utiliza obiecte tăioase sau ascuțite pentru a-i agresa pe alții sau pe sine; motiv pentru care subiectul le ascunde sau le exclude din casă.

O trăire OC agresivă aparte este cea de a-și omorâ propriul copil; idee ce apare mai frecvent la mamă în prima perioadă de după naștere. Persoana este îngrozită de acest gând, mai ales că poate avea o reprezentare scenică terifiantă a faptului cum îl tranșează și îl pune în frigider. Subiectul își ia nenumărate precauții, inclusiv îndepărtează copilul din casă. Un astfel de act subliniază faptul că trăirea OC poate consta nu doar din scurte secvențe repetitive declanșate de percepția nemijlocită a cuiva. Ci și dintr-o dispoziție tematică prelungită, susținută de scenarii complexe; și care persistă în timp. Neputând găsi un răspuns pentru originea unor astfel de idei monstruoase, pacientul poate cocheta cu ideea delirantă a posedării sale de către satana, care-l manevrează.

Caracterul scenic de act sau de scenariu în posibilă derulare, - dar care nu se realizează efectiv, - diferențiază net trăirile din TOC de cele din tulburările dispozițional conflictuale, în care subiectul se manifestă efectiv, impulsiv, nereținut și perturbator, în contextul vieții cotidiene. Proiectul de act sau - în cazuri mai complexe scenariul comportamental obsesiv compulsiv - se derulează în plan metareprezentational, avându-l pe subiect ca erou central, plasat într-o condiție aparte, anormală. Privitor la trăirile OC agresive s-a demonstrat că o astfel de ideație derivă din cursul ideativ curent al oamenilor, fiind răspândită în populația generală. Dar în normalitate ea este minoră și periferică în raport cu ansamblul ideației. În TOC se petrece o selectare a unor astfel de tendințe și idei periferice, o scoatere a lor din context și o aducere în prim plan, insistent și repetitiv, mai ales în anumite împrejurări. Patologia ar consta în primul rând în acest proces; și nu doar în simpla existență a unei astfel de ideații.

O altă variantă agresivă a TOC constă în faptul de a înjura în public și a debita expresii profanatorii. Se poate reaminti că astfel de manifestări se produc

efectiv în cadrul Tulburării ticurilor, a bolii Tourette, odată cu coprolalia. În TOC subiectul face însă eforturi de a controla manifestarea. De ex. încearcă să pronunțe totul șoptit; sau, începe înjurătura cu voce tare, dând însă pe parcurs alt curs expresiei. Cu acest exemplu putem plasa mai clar simptomatologia TOC, cel puțin o parte a sa, și pe un fundalul de la periferia tulburărilor disruptiv impulsive, în care manifestările verbale agresive și injurioase se petrec efectiv. În TOC tendința în această direcție intră însă sub eforturile de control ale subiectului.

Alte simptome OC agresive se referă la distrugeri și incendieri –ultima putând fi comparată cu pyromania impulsivă - fără a viza însă direct alte persoane concrete. Și în aceste cazuri intervine atitudinea specifică TOC a controlului compulsiv privitor la faptul dacă actul nu a fost cumva executat; și la fel, execuția sa parțială sau simbolică. Eventual, efectuarea unor acte contrare, de anulare retroactivă, cu valoare magică.

Obsesiile agresive, chiar dacă se rezumă la simple idei nerealizate, exprimă o scăpare parțială de sub control a procesualității agenției persoanei. Adică a acelei zone în care se elaborează gândurile, dorințele, intenționalitatea, ce stă la baza tendințelor de acțiune, a comportamentului efectiv și a argumentării sale. Instanța agenției e la pacientul TOC dedublă, o parte fiind resimțită ca aflându-se în afara controlului său; la fel cum pacientul cu Boala Tourette resimte că nu-și poate controla și stăpâni ticurile.( în acest sens obsesiile au fost etichetate și ca „ticuri mentale”).

Simptomatologia TOC agresivă este receptată de subiect ca neadecvată; fapt ce induce nu doar anxietatea fobică de a nu fi comis actul, ci și culpabilitate în raport cu un astfel de act posibil. Culpabilitatea e o caracteristică a depresiei, unde, ea e trăită în raport cu un act efectiv făcut; chiar dacă, în varianta depresiei anormale, el e unul minor, ce e supraevaluat negativ. Pe când în TOC ea apare în raport cu un act posibil. (E de reamintit la acest nivel că practica spovedaniei

îndeamnă subiectul să-și amintească și să mărturisească „tot ce a păcătuț cu fapta și cu gândul”).

În contextul obsesiv psihopatologic menționat mai sus, se desfășoară și fenomenul fuziunii gând – acțiune. E vorba de o supraevaluare a ideatei, a eventualităților pe care aceasta le înfățișează subiectului, care ajunge să devină echivalentă cu realitatea efectivă. Dacă subiectul se gândește ca „nu cumva soția ce călătorește cu trenul să aibă un accident”, el resimte apoi că simplul fapt de a se fi gândit la așa ceva a și influențat producerea catastrofei..... că accidentul s-a întâmplat... și el a devenit culpabil. Ca urmare începe un proces compulsiv de verificări „dacă accidentul nu a avut totuși loc”, deci lucid știe ca nu.. Sentimentul de vinovăție poate decurge și din consecințele posibile a unor acțiuni accidentale, care ar fi putut fi cauza prejudicierii altora. Astfel, urcând la munte și declanșând o avalanșă din pietre, apare ideea: „dacă cumva pietrele respective au lovit alți excursioniști ce tocmai urcau și au omorât pe unul din ei?”. Iar în zilele următoare pacientul caută compulsiv informații despre eventualele decese ale unor excursioniști în zonă. În astfel de împrejurări critica absurdității unor astfel de idei se poate reduce, până la dispariție, cu alunecarea în convingere delirantă.

Verificarea, care e considerată principala compulsie ce apare în cadrul simptomelor OC agresive, se manifestă la pacienții TOC însă și în împrejurări banale ale vieții curente; de ex. în legătură cu închiderea ușilor, gazului, ferestrelor, apei, curentului electric etc. Aceste acte compulsive domestice au fost puse de Slavckovitch tot în legătură cu sentimentul vinovăției. Dat fiind faptul că cei cu TOC sunt persoane hiperconștiincioase, scrupuloase, se instaurează gândul subjacent că respectivele omisiuni ar putea avea consecințe rele pentru cei din casă: furt, incendiu, răceala etc. Aceasta interpretare, chiar dacă poate fi până la un punct susținută, nu are cum să ignore faptul că în TOC întâlnim o serie de perturbări în prelucrarea cerebrală a informației, inclusiv a informației inverse care ar trebui să semnaleze când un act e terminat. Dacă această informație nu e

integrată corespunzător subiectul nu receptează firesc faptul că un lucru e terminat, chiar când el a gata. Așa se petrec de fapt lucrurile la cei cu TOC, inducând un sentiment de „neterminat”, care se integrează în cel de „incompletitudine”.

În cazul simptomatologiei TOC agresive, ideția obsesivă constă deci din reale tendințe la acte impulsive, care depășesc nivelul strict ideatic, trecând nu doar spre reprezentare, ci uneori și spre o progresie, desigur hipercontrolată în direcția realizării. La acest nivel apare raportarea la – și diferențierea de -comportamentul impulsiv disruptiv (inclusiv exploziv) în care deliberarea și controlul sunt scurtcircuitate. În TOC, dimpotrivă, trecerea ideii sau tendinței spre acțiunea efectivă e încetinită, controlată, blocată; cu efort, chin, anxietate și culpă. Menținerea continuă în planul elaborării și nefinalizării, transformă proiectul de act într-o eventualitate neîndeplinită. Aceasta menținere în planul posibilului, al eventualităților e și ea una din specificitățile acestei patologii. Doar că acum suntem plasați în aria problematică a acțiunii, pe o orbită paralelă cu cea a narativității ce operează cu personaje fictive și susține delirul.

1.2.Simptomele OC sexuale se corelează cu cele agresive. Pacientul e chinuit de porniri sexuale aberante, neacceptate de conștiința sa morală. Pot apare obsesii legate de acte incestuoase, pedofile, acte anormale ca mod de execuție, pornografie, homosexualitate etc. Simptomatologia se corelează cu manifestările etichetate ca parafilice. Există însă și diferențe față de simptomele OC strict agresive, prin caracteristicile impulsiv addictive ale respectivelor comportamente sexuale ; și, uneori, prin oferta pieții sau seducția ce o poate realiza un partener.

La fel ca în simptomatologia OC agresivă, în prim moment se afirmă ideția ce conține intenția aberantă și reprezentările sexuale corespunzătoare. Ulterior pot apare dezvoltări parțiale înspre realizarea acestor intenții, care însă sunt controlate de subiectul ce li se opune; astfel încât pana la urma nu se ajunge la desfășurarea efectivă a celor mai multe dintre ele. Există însă nenumărate variante ale acestui comportament, ce se derulează în cea mai mare măsură în spații private. Astfel,



privitor la scoptofilie, subiectul poate ceda la un moment dat obsesiilor ce îl atrag, lăsându-se dominat de vizionarea scenelor pornografice, într-o manieră cvasiaddictivă. El poate lupta mai mult sau mai puțin împotriva acestei dependențe; mai ales în condițiile actuale în care imaginile pot fi obținute pe internet. Ca și în cazul jocurilor de noroc, rezistența e înfrântă cu atât mai ușor cu cât oferta e mai accesibilă și agresivă. Un caz aparte se poate produce la persoanele cu orientare nativă bisexuală, ce resimt la un anumit moment dat și o atracție homosexuală, ce poate deveni obsesivă; în măsura în care apare un partener seductiv, acesta poate precipita tendința spre comportamentul homosexual efectiv. Problema se pune uneori și în cazul violului, a cărui declanșare poate fi susținută de comportamente provocatoare.

În universul comportamentelor sexuale poate fi menționată și masturbația, ce poate fi trăită la un prim nivel ca o pulsivitate obsesivă; pentru ca ulterior subiectul să se cedeze și să se treacă la un comportament repetitiv excesiv.

1.3. Obsesiile și compulsiile cu tematică religioasă se manifestă de obicei situațional, în biserică, unde apare pulsivitatea de a înjura, de a-l blasfemia pe Dumnezeu, pe Iisus sau pe Fecioara Maria. Personajele divine pot fi reprezentate în scenarii sexuale, uneori prin acte perverse intenționate de subiect. Acesta se simte vinovat, dezvoltă compensatoriu ritualuri mentale de rugăciune etc. El poate interpreta ideea și tendințele respective ca o influență a diavolului.

Sentimentul de vinovăție însoțește toate simptomele OC agresive, sexuale, religioase și de încălcare a tabuurilor. E vorba de o culpabilitate ce se asociază mai mult cu anxietatea fobică de a nu executa (sau de a nu fi executat) actul nedorit, decât o corelare cu depresia propriu zisă. Acest sentiment de culpabilitate întreține, la omul credincios, confesiuni repetate. Firea scrupuloasă a persoanelor obsesive care sunt atrase ușor de detalii, favorizează astfel descoperirea a multor păcate la credincioșii care sunt îndemnați de religia lor să-și facă în fiecare seară un examen de conștiință.

Simptomele TOC agresive, sexuale, de încălcare a tabuurilor, toate exprimă intenții de act reprobabile și neacceptabile pentru subiect, ce dedublează agenția sa împotriva cărora el dezvoltă compulsii de apărare; dar pe care nu le poate înlătura. Și totuși, aceste intenții de act sunt resimțite ca izvorând din propria agenție, nu ca sugerate sau impuse de o alteritate. Clivarea agenției sinelui într-o zonă controlată și alta necontrolabilă este un aspect esențial al dedublării depersonalizante specifică patologiei TOC. Se mai cere remarcat că e vorba de acte simple și conjuncturale și nu de proiecte elaborate de acțiune cu desfășurare în timp (cum e cazul al cei cu TPOC); acte ce implică propria corporalitate în ambianța proximală, imediată, situațională.

2. Simptomele TOC de contaminare/spălare formează și ele o grupare simptomatologică aparte, centrală. În esență, tema obsesivă constă acum în sentimentul unei contaminări malefice ce se realizează de către agenți care nu pot fi percepuți prin simțuri, pătrunzând pe cale cutanată în interioritatea propriului corp.

Simptomatologia contaminării e una specific anxios fobică, constând în sentimentul unei agresiuni periculoase și greu controlabile. Ea diferă însă clar de simptomatologie anxios fobică standard, ce se manifestă în aria de acțiune a subiectului pe măsura ce el se îndepărtează de factori protectori (locuință, persoane protective); și se apropie de zone spațiale care pot fi nesigure și periculoase, necontrolabile (manifestare în public, în spații aglomerate). În respectiva arie a anxietății standard, protecția antianxioasă rezultă din apropierea unei alte persoane puternice. Cazul fobiei de contaminare din TOC în care subiectul, pasiv, se simte agresat de factori exteriori activi, ar putea fi comparat până la un punct cu anxietatea fobică paranoidă în care alți oameni și instituții intenționează să-i facă rău subiectului. Dar, în TOC, agenții nocivi nu sunt cei umani; ei sunt imperceptibili și acționează în imediata sa proximitate spațială, fizică invadând interioritatea persoanei.

Agenții invocați sunt: murdăria, microbii, virușii, substanțe chimice, detergenți, lipiciuri, vopsea lavabilă, radiații, propriile secreții, vapori, mai rar gândaci mici. Dar și simpla atingere a altei persoane poate fi resimțită ca și contaminantă. La fel ca potențialul agresiv din simptomele TOC, fobia de contaminare se prezintă ca un fel de sensibilitate sau temă ce persistă constant în subiect și se actualizează în împrejurări critice.

Partea corpului ce e resimțită ca cea mai expusă la contaminare este mâna, fapt ce conduce la protejarea cu hârtie sau cu șervețele când e deschisă o ușă sau e utilizat un telefon public; iar în unele cazuri subiectul evită să strângă mâinile altora. Dar și alte părți ale corpului sunt resimțite ca putând fi contaminate, fiind supuse spălărilor compulsive. Nu rareori se ajunge la băi repetate ale întregului corp, spălarea zilnică a întregii lenjerii, curățenia generală mereu refăcută în casă, cu dezinfecție, sterilizarea veselei și hainelor etc.

În conformitate cu modelul general fobic, deși obiectul fobogen propriu zis (microbii) nu sunt perceptibili, sunt identificate zone speciale din ambianță care apar ca mai periculoase, mai contaminate cu murdărie și microbi. Așa sunt: clanțele ușilor și telefoanele publice, mijloacele de transport în comun, banii, WC-uri publice etc. Este singura zonă de intersecție notabilă a anxietății fobice din TOC cu agorafobia. În legătură cu acestea se dezvoltă și cele mai frecvente conduite de evitare și asigurare, mai ales prin protejarea mâinii de a atinge zone contaminate. În vizorul factorilor de contaminare pot intra și materii utilizate în gospodărie, ca detergenți, substanțe lipicioase; apoi, radiațiile, propriile secreții ș.a.m.d. Evident că „tematizarea” factorilor contaminanți depășește limitele raționalului. Cel mai edificator și semnificativ e faptul că subiecții se pot simți contaminați prin singura atingere de un alt om. (Chenar 29)

Idea de fond în simptomatologia TOC de contaminare o constituie sentimentul unei anormale vulnerabilități a limitelor corpului—eu, față de agresiunea, realizată prin contact, de către factori exteriori nocivi, în principiu

non-umani. Limitele ce despart corpul de lumea înconjurătoare sunt de fapt cele mai evidente limite ale însăși persoanei ce se raportează la lume. Iar problematizarea vulnerabilității acestei zone, trimite spre o arie particulară a psihopatologiei, de tip depersonalizant.

Înainte de a părăsi simptomele TOC de contaminare/spălare, se cer făcute câteva trimiteri care corelează aceasta simptomatologie cu aspecte evoluționist culturale. Psihopatologia evoluționistă a remarcat că la multe specii de animale, inclusiv la primate, există o preocupare deosebită față de curățirea suprafeței corporale de paraziți; fapt ce determină și colaborarea cu alte specii. La maimuțele antropoide acest interes persistă, mult timp fiind acordat curățirii blanei de către însăși individ sau prin colaborare. Pentru hominizi, interesul față de curățenia mâinilor e susținut de faptul că, cu ajutorul lor se realizează alimentarea. În plus, reprezentarea mâinii pe cortexul senzitiv e deosebit de mare.

Intervin apoi aspecte culturale, curățenia fiind inclusă de variate doctrine mitico-ritualice în simbolistica binelui, opusă infernului, dezordinii, haosului și întunericului murdăriei. Spălarea în general și spălarea mâinilor în special (ablutomania) a devenit de-a lungul istoriei culturale simbolul curățirii de rele, de păcate. Acest ritual era cunoscut în multe religii practicate în vechiul imperiu roman. Când îl judecă pe Iisus, Pilat din Pont cere să se spele pe mâini de eventualul păcat de a-l fi dat pe mâinile iudeilor. Obiceiul persistă în cultura islamică și în creștinism. În piesa lui Shakespeare Lady Macbeth, aceasta cere mereu apă să-și spele mâinile de păcatul de fi comandat un omor, pe care de fapt l-au executat trimișii săi.

Limitele persoanei corporale, mai ales cele ce reprezintă zone cutanate intens implicate în specificul existenței umane, se plasează astfel la joncțiunea între moștenirea psihobiologică a grijii pentru suprafața ce desparte corporalitatea individului de ambianță: și, pe de altă parte, investirea simbolică a curățeniei corporale (a mâinii în special) pe care a instituit-o tradiția ritualurilor sacrale. Ar

mai fi de adăugat că, acest aspect contaminant al simptomatologiei TOC, e congruent cu cel al intențiilor agresive în sensul localizării problematicii obsesiv compulsive la proximitatea ambianței, la lumea înconjurătoare cu care subiectul vine efectiv în contact. Această particularitate e susținută și de următorul cluster, respectiv ordine/ordonare.

3. Simptomele TOC de ordine/ordonare au fost diferențiate ca al treilea cluster important. Iar împreună cu colecționarismul și alte simptome (atenție acordată detaliilor și rezistența la schimbare) ele subliniază intersecția dintre patologia TOC și cea a spectrului autismului infantil.

Simptomele OC de ordine/ordonare se referă, în esență, la sensibilitatea subiecților față de așezarea - resimțită ca neadecvata (dezordonata) - a obiectelor în spațiul proxim, familiar. E trăită nevoia ca toate obiectele din acest spațiu să fie așezate într-o anumită raportare fixă; care să se mențină. Iar perturbarea acesteia induce tensiune, neliniște și compulsia de a le reșeza în ordinea dorită sau știută. Uneori preocuparea față de ordine continuă prin aranjarea ambianței în direcția atingerii unei simetrii, până când subiectul are sentimentul interior că „totul e în ordine, așa cum trebuie” („all right”); moment în care se detensionează temporar.

Simptomele OC corelate ordinii/ordonării, aranjării, simetriei, se cantonează de obicei, și ele, la spațiul apropiat și controlabil, avându-se în vedere locuința, propria cameră cu obiectele ei, dulapurile, îmbrăcămintea, sertarele, colecțiile. Nu rareori obsesia ordonării e corelată cu cea a curățeniei, astfel încât locuința obsesivului tinde să devină un spațiu hiperordonat, încremenit și steril, mereu rearanjat, spălat și purificat. Fapt ce devine insuportabil pentru un om obișnuit ce conviețuiește cu el.

Tot cu ordonarea se corelează și tendința obsesivilor spre sistematizare, spre colecționare și organizarea colecțiilor. Preocuparea prevalentă obsesivă spre sistematizare și clasificare e mai evidentă în Tb. de personalitate OC, la care se întâlnesc și tendințe colecționariste. Totuși există și un colecționarism care e

Chenar 34

### Intersecții între patologia de tip TOC și orbita psihotiformă

Simptomatologia TOC se poate apropia sau intersecta cu patologia psihotică nu doar prin temele de culpabilitate ale cazuisticii de intenții agresive, care tinde să transforme delirant subiectul în personaj aberant în care se realizează fuziunea gândire/act. Ea e posibilă și în legătura cu temele de atingere/contaminare și cu problematica ordine/simetrie.

**Caz** O femeie de 37 ani, gospodină din mediul rural, călătorind în oraș pentru cumpărături, în autobus simte contactul neplăcut cu o persoană murdară; întoarsă acasă, își spală hainele dar senzația unui contact neplăcut și a unei contaminări persistă. Crede că vasul în care și-a spălat haina a fost și el contaminat și îl aruncă. Apoi, hainele din dulapul în care și-a pus rochia pe care a spălat-o, le aruncă de asemenea. Ajunge la sentimentul și convingerea că însăși camera în care și-a depus haina respectivă e contaminată și nu mai intră în ea. În tot acest timp spală fără întrerupere hainele și lenjeria și își spală repetat corpul. Apoi, părăsește casa în care locuia, dormind într-o bucătărie de vară. Nu mai folosește apa din fântâna din care a provenit cea cu care și-a spălat haina. În final, după ce a hotărât să părăsească satul în care a trăit tot din cauza extinderii contaminării, ajunge la internare.

În acest caz, tema aberantă e deci contaminarea nocivă a persoanei.

**Caz** O tânără are un prim contact cu psihiatria la 24 ani (1990) pentru astenie cu problematizarea schemei corporale, comportamente în direcția anorexiei mentale, (ce datează din adolescență). În prima perioadă a școlarizării a avut performanțe bune, care s-au redus în pubertate, devenind o persoană retrasă, cu preocupări centrate pe muzică și lectură. Progresiv se accentuează interesul pentru religie, lectură în această direcție, rugăciuni solitare, viață izolată, fără activitate și preocupări pragmatice, fiind întreținută de familie. Adoptă îmbrăcămintea și modelul de manifestare a unei călugărițe, trăiește izolat cu un comportament ritualic religios. Ajunge la o nouă internare la 29 ani în urma unui comportament bizar: se deplasează în oraș pe mijlocul străzii, creând probleme în circulație și necesitând intervenția poliției. Explicația constă în faptul că „astfel se ferește să se atingă de oameni, pentru a nu se contamina cu răutatea lor”. Nu prezintă alte teme delirante conturate, nici halucinații sau fenomene de transparență influență psihică. Vorbirea e coerentă dar marcată de manierisme și prețiozități. În următorii ani mai prezintă trei internări, în urma aceluiași comportament bizar de a merge pe mijlocul străzii, cu aceeași motivație. Nu sunt idei clar paranoide și nu explică de ce acest comportament apare la un moment dat.

**Caz** Pacientul comentat de Minkovski – invocat în text pg...- ca fascinat de problema simetriei și a discontinuității, afirma: Iubesc lucrurile imuabile: casele, paharele, lucruri care sunt întotdeauna acolo, care nu se schimbă niciodată....Dau o importanță deosebită a solidității....nu accept pământul dintre pavaje, căci acesta constituie un punct de sprijin fragil. Sper ca totul să fie dat în seama matematicii, chiar medicina și relațiile sexuale...Gustul pentru simetrie, pentru regularitate mă atrage spre plan, iar planul e totul pentru mine...Nu cred într-un lucru decât l-am demonstrat...Viața nu arată nici simetrie, nici regularitate și de aceea eu fabric realitatea”.

Notă Astfel de cazuri sugerează că, articularea între patologia TOC și cea ambivalent autistă se cere luată în serios.

circumscrie ca o Tb. de tip OC, și e inclus în TOC sau în spectrul acesteia. E vorba de compulsia de a aduna lucruri complet inutile și fără valoare (ziare vechi, pietre, gunoi etc.) și a le depozita în casă; unde acestea pot constitui un focar de infecție. Fenomenul e predominant impulsiv compulsiv, de obicei fără obsesii împotriva cărora subiectul să lupte. Acesta nu reacționează negativ nici față de grămezile de obiecte ce se adună în casă și îi deranjează pe colocatari. E de remarcat și în tulburarea colecționarismului atenția acordată unor detalii ne semnificative și concentrarea asupra spațiului restrâns al casei.

Simptomatologia de ordine/simetrie/ordonare din TOC, așa cum s-a menționat, se intersectează cu cea a spectrului autist; fapt pe care cercetările cazuistice actuale l-au confirmat. Dar ea se poate manifesta uneori și cu o formulă și intensitate care o apropie de orbita psihotiformă, la fel ca fenomenul fuziunii gândire/act din simptomatologia intențiilor agresive, sau cea al atingerii contaminante.(Chenar 34). Preocuparea față de ordinea simetrică se poate amplifica, unii pacienți fiind preocupați ca partea dreaptă a corpului să fie perfect simetrică cu exact pe mijlocul străzii, străduindu-se să fie mereu „în centru”. Spațiul fizic ambiental e resimțit ca nesigur. Un astfel de pacient schizo-obsesiv descris de Minkowski era anxietat și de discontinuitate (a pietrelor de pavaj, a spațiului dintre cărămizile edificiilor). El se întreabă obsesiv dacă zidurile clădirilor sunt efectiv drepte, (iar cu ocazia unei injecții intravenoase a început să fie preocupat dacă mici fragmente de metal ale acului nu au trecut cumva în corp, relevând astfel și tema contaminării fizice). Alunecarea spre orbita psihotiformă plasează aceste cazuri într-o atmosferă de nesiguranță și tensiune anxioasă; dar și de simplificare perceptivă a ambianței, ce devine marcată de o derealizare desanimată și decontextualizată de evenimente interumane, redusă la o structură fizico-matematică abstractă. Iar concomitent e trăită o vidare depersonalizantă a subiectului de emoții și de sentimente. Această patologie depersonalizant/derealizantă indică o altă direcție spre orbita psihotiformă decât

cea delirantă; și anume, una pe care o vom regăsi în procesul dezorganizării, al depersonalizării anonimizante a simptomatologiei negative (schizofrene). Alunecarea spre orbita psihotiformă pe această direcție e diferită de cea a transformării sale într-un personaj cuprins într-un scenariu delirant.

În continuare se vor comenta câteva aspecte mai speciale a simptomatologiei TOC. Preocuparea anormală a obsesivilor față de ordinea spațială se dublează deseori și de o trăire anormală a ordinii temporale privitoare la derularea actelor după o succesiune rigidă. Faptul se poate manifesta prin ritualizarea actelor obișnuite ale vieții de zi cu zi : toaleta de dimineață, îmbrăcatul, luarea mesei, plecarea de acasă, culcarea de seară. Acestea își pot pierde spontaneitatea, devenind rigide, executate după anumite formule fixe, dublate de un fundal anxios. Ritualurile de culcare, într-o variantă mai puțin rigidă, pot fi prezente frecvent în prima copilărie, cu o valoare antianxiogenă. Ca orice comportament ritualic el pretinde o ordine fixă a secvențelor comportamentale de dinaintea culcării, amenajarea spațiului de dormit într-un mod fix, cu o anumită poziție a obiectelor; precum și anumite acte ritualice înainte de adormire. La fel, se pot manifesta lucrurile și cu ocazia servirii mesei. În unele forme grave de TOC pacientul pretinde o rigidă ordine spațio temporală a derulării acesteia, nevoia ca tacâmurile să fie așezate într-o anumită poziție fixă iar felurile de mâncare să fie servite într-un anumit fel.

Uneori ritualurile actelor domestice, cutumiere se pot însoți de un simptom aparte: o încetineală extremă în desfășurare, cu repetarea de un număr fix de ori a secvențelor; fapt ce devine un mare consumator de timp, ore în șir. Încetineala se datorește în primul rând fixării pe detalii, actul derulându-se din aproape în aproape. Iar în al doilea rând, acțiunea se poate repeta uneori de un număr precis de ori, cu trimitere spre perfecțiune. Astfel, spălatul pe dinți poate dura o oră; și la fel, îmbrăcarea.



Un aspect special poate apare în faza plecării de acasă când se pot manifesta ceremonialuri. Ceremonialul consta în executarea unui set de mișcări destul de complexe, tot fără scop pragmatic, derulate într-o anumită ordine; și, de obicei, de un număr repetat de ori. Realizarea sa are pentru pacient o valoare antianxiogenă, „magică”, ca un fel de „dezlegare” pentru ca lucrul – plecarea de acasă – să se poată realiza. Ceremonialurile se pot desfășura în interiorul casei și în afara activităților domestice obișnuite. De ex. subiectul se simte obligat compulsiv să se învârtă de câteva ori în cerc și să facă trei pași înainte și înapoi de câteva ori, când trece dintr-o cameră în alta; sau pe lângă un anumit dulap. Ritualurile și ceremonialurile, fiind marcate de trăiri anxioase intense, fac ca pacientul să implice în desfășurarea lor persoane apropiate, protective din casă (de ex. mama, care e ținută în acest timp încontinuu de mână).

Deși aparent neobișnuite, ritualurile și ceremonialurile amintesc de comportamentele complexe ce se desfășoară în lumea animală în unele situații speciale corelate ciclurilor instinctive. Iar, pe de altă parte, în lumea culturii umane în comportamentele sacrale, de invocare a ființelor supranaturale (de unde e și împrumutată expresia). În cadrul practicilor religioase ele se corelează cu reactualizarea scenică a unor scenarii mitologice, pentru producerea „teofaniei”, care are puternice valențe antianxiogene. Atât în biologie cât și la om, ritualurile și ceremonialurile fac parte integrantă din comportamentul de integrare socială ce se derulează împreună cu alții în mijlocul grupului de credincioși care participă la slujba religioasă. Prezența lor la un individ izolat e deja un semn al psihopatologiei. Dar disponibilitatea psihismului – indusă evoluționist cultural - de a desfășura astfel de comportamente nu trebuie ignorată.

Recurgerea la numărare în ritualuri este un aspect specific patologiei OC neîntâlnindu-se în alte Tb. psihice (cu excepția, uneori, a autismului). În schimb în ritualurile culturale execuția lor de un număr fix de ori e uzuala. În TOC se pot întâlni în raport cu numerele următoarele simptome: - Numărutul obsesiv

(aritmomania) ce se poate însoți cu perceperea lucrurilor (de ex. numărarea desenelor pe un covor, a oamenilor ce trec pe stradă); sau cu actele efectuate (numărarea treptelor urcate); - Numărarea ritualică poate precede un act (de ex. intrarea în casă); e posibil să se realizeze în acest caz, operații compulsive aritmetice complexe, necesare pacientului pentru ca actul să poată fi început și realizat; - Numărarea actelor ritualice și repetarea lor de un număr fix de ori; - Numerele pot avea apoi pentru pacient valori simbolice, de numere faste și nefaste.

Odată cu acest aspect al preocupării anormale fata de numere se poate remarca faptul ca simptomatologia TOC din aria ordinii și ordonării exprimă o preocupare explicită față de aspectul matematic (geometric și numeric) de raportare a omului la realitatea ambientală. Această simptomatologie ar putea fi interpretată ca relevare a unei infrastructuri matematice, implicată de obicei firesc în această raportare ce presupune acțiunea realizatoare, prin care se constituie prezentul trăit. (A se vedea Anexa Cap 1). Raportare care, în TOC este destructurată, ducând la un prezent lax, dezlânat, cu desimplicarea fundalului său ma-tematic. (Chenar 31).

Compulsiile de tipul ritualurilor, ceremonialurilor și colecționarismului pot sa nu fie precedate totdeauna de obsesii mentale; ci doar de o stare de tensiune ce se descărcă prin aceste manifestări. În același sens se pot întâlni si obsesii pure, fără evidente ritualuri comportamentale. De ex. apariția în mintea obsesivului a unei melodii, fragmente de poezie, de conversație, amintiri etc., toate sugerând o funcționare cerebrală a unor circuite mnestice cu tendință la repetitivitate. Un aspect mai aparte îl reprezintă ruminațiile abstracte. Într-una din variante, ruminațiile obsesive constau în apariția în minte a unor întrebări insolubile, subiectul oscilând nesigur între eventualități de răspuns: „oare există Dumnezeu?”, „sau viață după moarte? Dar extraterestri?”. Astfel de întrebări sunt firești până la un punct, obsesivul blocându-se însă în gravitarea mult timp în fața alternativelor; deși este evident că nu are la dispoziție o rezolvare hotărâtoare. Polarizarea

interminabila a alternativelor e convergentă cu preocupările obsesive fata de simetrie. Altă variantă a rumațiilor se desfășoară prin analize interminabile (obsesive) a evenimentelor ce ar putea apare într-o posibilă acțiune planificabilă în viitor. Subiectul analizează : „dacă lucrurile se vor prezenta astfel în momentul X, eu ar urma să acționez în felul Y; dar dacă se prezintă în varianta X2, să reacționez în modalitatea Y2 etc”.! Iar eventualitățile se pot multiplica la nesfârșit. Rumațiile se mai pot orienta și spre acte trecute, în formula: „dacă aș fi acționat altfel, atunci ar fi fost situația x”. Preocuparea ruminativ obsesivă cu eventualități se poate întinde fără un punct logic de oprire. Condiția rumațiilor subliniază câteva aspecte caracteristice patologiei TOC ce au fost mereu consemnate în marginea simptomelor evidențiate clinic: preocuparea față de eventualități; oscilația în jurul nesiguranței, indeciziei, îndoielii, introspecția analitică exagerată.

Odată cu dezvoltarea psihopatologiei cognitive s-a instituit un grup de lucru pentru identificarea și studierea particularităților cognitive a celor cu TOC (Obsesive Compulsive Cognitions Working Group – OCCWG) care încă din 1997 a adus în dezbatere următoarele caracteristici întâlnite în această patologie: - o importanță crescută atribuită gândirii; - nevoia de control a gândirii; - supraestimarea amenințării; - perfecționism; - sentiment crescut de responsabilitate; - intoleranța la incertitudine. Aceste caracteristici, care sunt menționate și în DSM-5, se cuplează cu tendința permanentă spre acțiune, flancată de o distanțare agresivă în raport cu alții. Se adaugă o preocupare continuă față de un control generalizat, sub spectrul anxietății și vinovăției. Subiectul e atras de detalii și configurează cu dificultate ansamblurile. Abordarea cognitivă a subliniat deci faptul că patologia TOC, dincolo de simptomatologia propriu zisă presupune un fundal dispozițional cognitiv particular, care intervine în însăși geneza și structurarea simptomelor. Astfel, responsabilitatea exagerată a fost considerată de Slavkovich – așa cum deja s-a menționat - ca o convingere distorsionată care ar induce judecăți automate de culpă eventuală, urmate de

verificări consecutive „dacă nu s-a făcut ceva cu consecințe culpabile”. O analiză ulterioară a lui O’Connor și Aardena a atras însă atenția asupra unui aspect perturbator mai adânc decât convingerile distorsionate. Ar fi vorba de dificultatea de a realiza certitudinea, de prezența unei îndoieli profunde a obsesivilor care nu reușesc să sintetizeze acceptabil datele prezenței lor în situație,. Într-un fel se reia astfel o veche idee a lui Janet privitoare la funcțiile psihice de sinteză a realului.

Un astfel de deficit ar afecta nu doar filtrarea informațiilor actuale ci însăși structura de fundal a autonomiei agenției, ce se înrădăcează în sinele identitar, biografico caracterial, încorporat și inserat în intersubiectivitatea rețelelor sociale. E distorsionată la acest nivel și filtrarea fluxului ideativ intern, din fundalul intim al conștiinței, care actualizează date mnestice corespunzătoare intențiilor; dintre care unele sunt agresive. Și la fel, organizarea proiectului de acțiune, în universul posibilităților metareprezentationale. În acest context, inferența rațională firească e subminată în infrastructura sa.

Esențial în proiectul cognitivist de studiere a TOC poate fi considerată atragerea atenției asupra prezenței la aceste cazuri a unei structurări aparte a instanței metareprezentationale, de operare pe modele și eventualități. Pacientul acordă atenție crescută gândirii; dar în condițiile unei pronunțate incertitudini și nevoi de control, flancată de atitudini și convingeri excesive, corelate acțiunii eventuale. E o variantă diferită și paralelă cu disfuncția deficitară care conduce la hipertrofia condiției de personaj a subiectului, în marginea scenariilor delirante.

#### **4.4. Diagnosticul diferențial dintre TOC și trăiri sau tulburări de tip obsesiv.**

Sistemul DSM-5 include, alături de criteriile de diagnostic, și o listă de tulburări de care simptomele TOC se cer diferențiate. Acestea pot fi grupate în paralel cu cele trei mari clase simptomatice: a) tendințe externalizate impulsive; b) patologie internalizată anxioasă (și depresivă); c) patologie din serie autistă.(Chen.30)

a) În corelație cu simptomele agresive, sexuale și de încălcare a tabuurilor o primă diferențiere se cere făcută față de comportamentele externalizate impulsive incluse în clasa Tb. disruptive, impulsive și de conduită (comentate în cap.1.). Deși în astfel de tulburări pot fi prezente și perioade de autocontrol în care ele se manifestă obsesiv, acestea sunt periferice; și corelate de obicei coexistenței depresiei. Simptomatologia TOC se exprimă în specificul său tocmai prin faptul că intențiile agresive sunt respinse și controlate, astfel încât nu se realizează. De fapt, esențialul constă în faptul că, de la început, în TOC trăirea patologică se plasează într-o instanță metareprezentatională, a eventualului și posibilului („ce ar fi dacă...”); și rămân tot timpul pe această orbită, sub control. Secvența efectivei lor implementări în realitate e suprimată; sau, diluată la maximum.

Psihopatologii cognitiști au evidențiat ca una dintre între particularitățile persoanelor cu TOC faptul că aceasta „acordă o importanță crescută gândurilor”; și tendința de a le echivala cu realitatea. Pe acest fond apare amintitul fenomen al „fuziunii gândirii cu actul” ce poate evolua până în marginea ideii delirante. Astfel de convingeri amintesc de universul magic al basmelor și legendelor. Și de fapt, mutația psihică formală din TOC transpune psihismul într-o condiție în care instanța metareprezentatională a eventualităților – care în mod firesc e doar un element un strat, implicat în trăirea prezentului - se amplifică și se plasează în prim plan. Dar, deficitul disfuncțional al sintezei realității trăite actual (în sensul în care Janet vorbea despre „funcția realului”) e în TOC diferită de condiția absorbției subiectului de către fantezia narativă din „Pseudologia fantastică” a mitomanului histrionic. În aria de patologie a TOC, dimensiunea narativă a psihismului e slab reprezentată, în prim plan trecând proiectele de acțiune. Modelul magic al gândirii, similar cu cel din povești și mituri, grevează acum derularea ritualurilor și ceremonialurilor, a căror neîmplinire e resimțită de pacient ca ducând la o nenorocire iminentă.

Există și o arie a patologiei impulsive în care se poate constata o tranziție spre controlul trecerii la act, ca în cazul impulsului la jocul de noroc, (care poate atrage pe cei predispuși spre TOC și prin exaltarea probabilităților). În acesta, subiectul poate trece printr-o perioadă în care se opune, controlându-și comportamentul, tendința revenind însă obsesiv; pentru ca de la un moment dat să cedeze și să se lanseze impulsiv în jocul de noroc addictiv. Trăiri similare dar mai puțin pregnante se pot constata și pe parcursul altor abstinence, de ex. la dipsomanii alcoolici, la începutul reluării consumului; sau în unele cazuri la cleptomani. În TOC această situație poate fi întâlnită în obsesiile compulsive sexuale, când pacientul poate de la un moment ceda în fața unei seducții, prin oferte repetate.

b) În ceea ce privește diferențierea simptomelor din TOC de cele întâlnite în patologia internalizată anxios depresivă, referințele se pot face pentru început la obsesiile de culpă și cele din reacția de stres posttraumatic. Acestea au la bază evenimente trăite în trecut și nu eventualități corelate proiectelor actuale. Apoi, anxietatea socială și cea a agorafobiei se referă la situații în care subiectul se află, circumstanțial, implicat direct în acțiuni iminente, reale. În plus, un rol esențial îl joacă în acestea sentimentul posibilei protecții a pacientului din partea unei persoane puternice. Mai particular stau lucrurile în Tulburarea dismorfofobă sau în anxietatea de boală, în care eventualitățile au o pondere crescută. Și care sunt de fapt incluse în spectrul TOC.

În aceeași direcție au fost studiate unele condiții, neincluse însă în DSM-5, a obsesiilor anxioase din cadrul îngrijorării accentuate privitoare la evoluția unor evenimente normale. Așa se pot petrece lucrurile cu ocazia primei nașteri, când atât gravida cât și soțul pot deveni extrem de îngrijorați cu nașterea și evoluția copilului. Lipsa de experiență și de informații conduc unele persoane particulare la o preocupare obsesiv anxioasă față de actul nașterii, față de dezvoltarea copilului și eventualele sale îmbolnăviri, cu verificări interminabile și consulturi repetate la medic. În altă perspectivă, ritualurile micii copilării, mai ales cele de dinaintea

Chenar 36

**Diagnosticul diferențial al simptomelor din TOC cu tb.de tip obsesiv și compulsiv din alte afecțiuni.**

Simptome agresive, sexuale,  
religioase/verificare

Simptome de  
contaminare/spălare

**Impulsivitate****Depresie****Anxietate**Tb.depresivă majorăTb.destress posttraumatic

(ruminații de vinovăție) (reamintiri recurente)

Tb.parafilică

(preocupări sexuale)

Tb. disruptive

(impulsive/explozive)

Tb.addictivă dede substanțe/joc

(preocupare față de

reluarea adicției)

cleptomanie, piromanieTb.de anxietate generalizată

(anticipare anxioasă)

Tb. de anxietate socială

(preocupare față de apariție)

Tb.dismorfofobică

(preocupare față de aspect)

Tb. alimentare (anorexia)

(ritualizarea alimentării)

Tb.anxietății de boalătricotilomanie Tb.escoriațiilor**TOC**Tb.autistă

(ritualuri repetitive)

Insertia gândirii

Simptome de  
ordine/ordonare/colecționare

**psihoză**

somnului, exprimă o tensiune anxioasă ce se liniștește doar prin conduite ce se repetă identic, dând sentimentul de stabilitate și siguranță.

Într-un fel, comportamentul ritualic, care prin repetitivitatea sa are importante similitudini formale cu compulsiile, se impune ca un fel de „soluție magică”, pentru anxietate.

Revenind la specificitatea trăirilor anxioase din TOC, se cere să acordăm atenție faptului particular, în cazul obsesiei de contaminare, că aceasta rezultă din sentimentul permeabilității limitelor corporale la agresiunea unor factori nocivi neperceptibili. Limitele corporale, organizate în jurul schemei corporale reprezintă de fapt limitele identității persoanei, la nivelul său psihocorporal. În această perspectivă vulnerabilitatea limitelor persoanei corporale s-ar înscrie și ea în complexul simptomatic depersonalizant/derealizant special din TOC. Aspect care e destul de evident odată cu simptomul pe care TOC îl împărtășește cu autismul, cel al sensibilității la simpla atingere corporală. Semnificativ e și faptul că în fobia de contaminare agentul ce agrează nu poate fi determinat, el făcând doar parte – la fel ca și dezordinea - din clasa a „ceva rău, nociv”. Concentrarea asupra vulnerabilității limitelor corporale se corelează în simptomatologia TOC cu problematizarea spațiului proxim, pe care-l evidențiază simptomele de ordonare.

c) În ceea ce privește simptomatologia de ordine/ordonare și a colecționarismului, acestea se cer raportate la psihopatologia din spectrul autist (SA). În SA se întâlnește frecvent simptomul atingerii compulsive, fără reținere sau control, a obiectelor din jur și a altor persoane (inclusiv a subiectului însuși). Acest simptom, ce a fost inițial descris separat, (Delir de toucher – Legrand de Seule) a fost apoi identificat în repetate rânduri și la unii pacienți cu TOC, mai ales la vârsta infanto-juvenilă. El e diferit de trăirea obsesivă neplăcută a faptului de a fi fost atins de o altă persoană, inclusă în simptomatologia contaminării.

Un grupaj simptomatic specific patologiei autiste constă din atenția crescută acordată detaliilor și intoleranța la schimbarea spațială a ambianței, cu resimțirea



nevoii ca obiectele să se mențină în același loc („seimnes”), într-o ordine nemișcată. În variate grade și forme, această simptomatologie se întâlnește și în TOC, în corelație cu simptomele de simetrie/ordonare; și cu sentimentul că „totul trebuie să fie în ordine” („all right”). Obsesia de ordine/ordonare, se mai articulează cu colecționarismul, alt simptom care este comun TPOC și spectrului autist. La fel sunt ceremonialurile, care însă în TOC se desfășoară de obicei însoțite de un ritual numeric, exprimând cu valoare antianxiogenă magică. Preocuparea față de numere există în ambele domenii de psihopatologie (și numai în acestea). Dar în autism sub forma unei exagerate capacități de memorare și calcul aritmetic. Toate cele menționate mai sus se reîntâlnesc, parțial, și în tradiționalul sindromul cataton, care a fost comentat în sec. XX în cadrul schizofreniei.

Interferența între TOC – și patologia obsesională în genere – și autism, contribuie și ea la orientarea patologiei obsesionale în zona internalizată, prin deficiența relaționărilor sociale. La o analiză atentă însă simptomatologia TOC - considerată în ansamblul său - se intersectează cu o axa de patologie ce se întinde de la autism la dezorganizarea și simptomatologia negativă din schizofrenie.

Revenind acum la aspectul central prin care simptomele obsesiv compulsive din TOC se diferențiază de astfel de trăiri întâlnite în normalitate sau în alte Tb. psihice, se poate considera că acesta constă dintr-o formă particulară de depersonalizare/derealizare. Este vorba acum de o alta variantă a acestui sindrom decât cea circumscrisă în DSM.-5, care e orientată în direcția perturbării disociative a identității; și care afectează dimensiunea mnestică a sinelui identitar, la polul relaționărilor interpersonal sociale. Spre deosebire de aceasta, în TOC identitatea sinelui e resimțită ca vulnerabilizată la nivelul polului persoanei corporale, acolo unde se realizează și articularea dintre moștenirea psihismului biologic și psihismul specific al persoanei umane. Zonă în care se produce elaborarea, asumarea și implementarea agenției autonome, prin acțiuni realizate de

propriul sine corporal. La acest nivel, identitatea agenției proprii e resimțită de obsesiv ca marcată de nesiguranță, îndoială, indecizie, ambivalență, incertitudine. Iar o astfel de stare dispozițional volitivă, marcată de eventualități neclare, de aproximări incerte, de dezordine interioară, face ca subiectul să-și resimtă sinele ca insuficient de coerent, ca dedublat. În consecință, el se poziționează egodiston, într-o atitudine de permanent autocontrol. Vulnerabilitatea identitară se manifestă acum și prin trăiri derealizante. Subiectul resimte realitatea din jur ca „nefiind în regulă, în ordine”, cu sentimentul că trebuie să o aranjeze și să o verifice până când totul ca fi așa cum trebuie („all right”). „Sentiment de incompletitudine” - cum îl numea Janet -, însoțește trăirile pacientului într-o atmosferă de reducere a libertății și de transpunere într-o lume a posibilelor, a eventualităților, marcate de infrastructura ma-tematică a realului și de o cauzalitate magică.

#### **4.5. Tulburări din spectrul TOC**

Psihatrii clinicieni și psihopatologi au concluzionat în ultimul timp că patologia obsesională exprimată prin TOC poate fi considerată un nucleu sindromatic particular, în jurul căruia se grupează o suită de alte tulburări ce constituie un fel de spectru. Caracteristicile comune a acestora constau din preocupări repetitive anormale, desfășurate la limita și în proximitatea corporalității și habitatului. În DSM-5 în grupaj sunt incluse: - Tulburarea dismorfic corporală; Tb de referință olfactorie; Tulburarea hipocondriacă; Tulburarea colecționarismului; - Tulburarea tricotilomaniei; Tulburarea escoriațiilor. O caracteristică a acestor tulburări - în afară de ultimele două - mai e aceea că preocupările respective sunt tematizate ca situații aparte ale sinelui, preocuparea în aceste direcții putând deveni prevalențială, în marginea delirului monotematic.

**Tulburarea dismorfic corporală se caracterizează prin preocuparea persistentă față de mai multe defecte sau anomalii ale aspectului corporal,**

care nu sunt sesizate – sau sunt sesizate minimal – de către alții. Persoana trăiește o excesivă conștiință de sine (hiperreflexie) uneori cu idei de referință (convingerea că alții remarcă, judecă și comentează respectivele defecte). Ca o consecință a acestei preocupări subiectul se angajează în repetate examinări ale aspectului (se autobservă în oglindă, cere confirmări de la alții), face tentative de mascare sau camuflaj, evită situațiile publice în care ar putea atrage atenția asupra sa. Tabloul poate evolua cu conștiința anormalității preocupărilor sale (insight +); sau cu reducerea sau chiar absența acestuia, convingerile și comportamentul ajungând prevalent marginal delirant.

**Tabloul poate evolua cu conștiința anormalității preocupărilor sale (insight +); sau cu reducerea sau chiar absența acestuia, convingerile și comportamentul ajungând prevalent marginal delirant.**

Aspecte mai detaliate ale Tulburării dismorfic corporale ne indică:

**Părți ale corpului ce sunt vizate de preocuparea anormală:-** Capul (prea mare sau prea mic), tenul feței (prea palid sau prea roșu, mici denivelări sau cicatrici, pori dilatați, acnee), bărbia (prea rotundă, ascuțită), pomeții (căzuți), nasul (formă și mărime), ochii (prea mici, strabism), pleoapele (ptoză palpebrală), riduri (prea accentuate), sprâncenele (prea ascuțite), buzele (prea subțiri), pilozitatea facială (excesivă), părul capilar (prea creț, gras sau uscat, fără luciu, alopecie, calviție); - Toracele (prea îngust), sânii (prea mici, ptoză), abdomenul (dimensiuni, formă, hipotonia musculaturii), talia (supradimensionată), fesele (hipotone, diforme), coapse și gambe (sub sau supradimensionate), mână sau degete (formă, dimensiuni); - Preocupări pentru simetria corporală:

**Comportamente specifice:** - Verificarea în oglindă (obiect față de care există o preocupare deosebită); - ornare excesivă și intervenții fizice (tapare, pieptănare, tundere, spălare, coafare, spălat, masaj, aplicarea de cosmetice); - camuflare (ascunderea defectului presupus prin bronzare, pălării, perucă, posturi corporale, ochelari, evitarea așezării în lumină); - cerere de asigurări din partea altora; - compararea cu alții; - apelarea la servicii de medicină generală,

dermatologie, chirurgie estetică; - dietă; - exerciții fizice; - căutarea de informații pe internet.

Tulburarea dismorfic corporală, în varianta sa tipică, se manifestă obsesiv compulsiv, subiectul autoexaminându-se repetitiv și involuntar, fiind hiperreflexiv și conștient de absurditatea preocupărilor sale, față de aspectul corporal (al feței mai ales). Dar această tulburare se poate manifesta și predominant anxios fobic sau ca preocupare prevalențială, marginal delirantă.

\* **Tulburarea de referință olfactivă** se constă într-o persistentă preocupare legată de ideea subiectului că emană un miros neplăcut, pe care alții însă nu-l percep. Subiectul e extrem de atent la sine și la presupusul miros, având idei de referință. El desfășoară comportamente repetitive de spălare, cere confirmări de la alții, încearcă să camufleze presupusul miros cu parfumuri, evită societatea. Insight-ul poate fi păstrat, diminuat sau absent.

\* **Hipocondria** se caracterizează printr-o preocupare persistentă legată de posibilitatea de a avea una sau mai multe boli ce progresează sau ar putea să-i amenințe viața. Sunt prezente interpretări catastrofice ale unor senzații sau simptome corporale minore. Subiectul dezvoltă excesive precauții și analize, căutare de informații, încercări terapeutice, consumând mult timp și servicii medicale.

Preocuparea hipocondriacă poate fi prezentă și în cazul unor suferințe minore, care sunt amplificate.

Insight-ul poate fi păstrat, diminuat, absent.

În DSM-5 tot la acest nivel e comentată gelozia patologică. Apoi:

\* **Tulburarea colecționarismului** se caracterizează prin acumularea de posesiuni lipsite de valoare (financiară, de utilitate, sentimentală etc) pe care subiectul le adună și le achiziționează și pe care le aduce în locuință. El nu are nevoie de acestea, nu le utilizează; obiectele se cumulează și aglomerează și deranjează locuirea în mod absurd.

**Insight-ul poate fi păstrat, scăzut sau absent.**

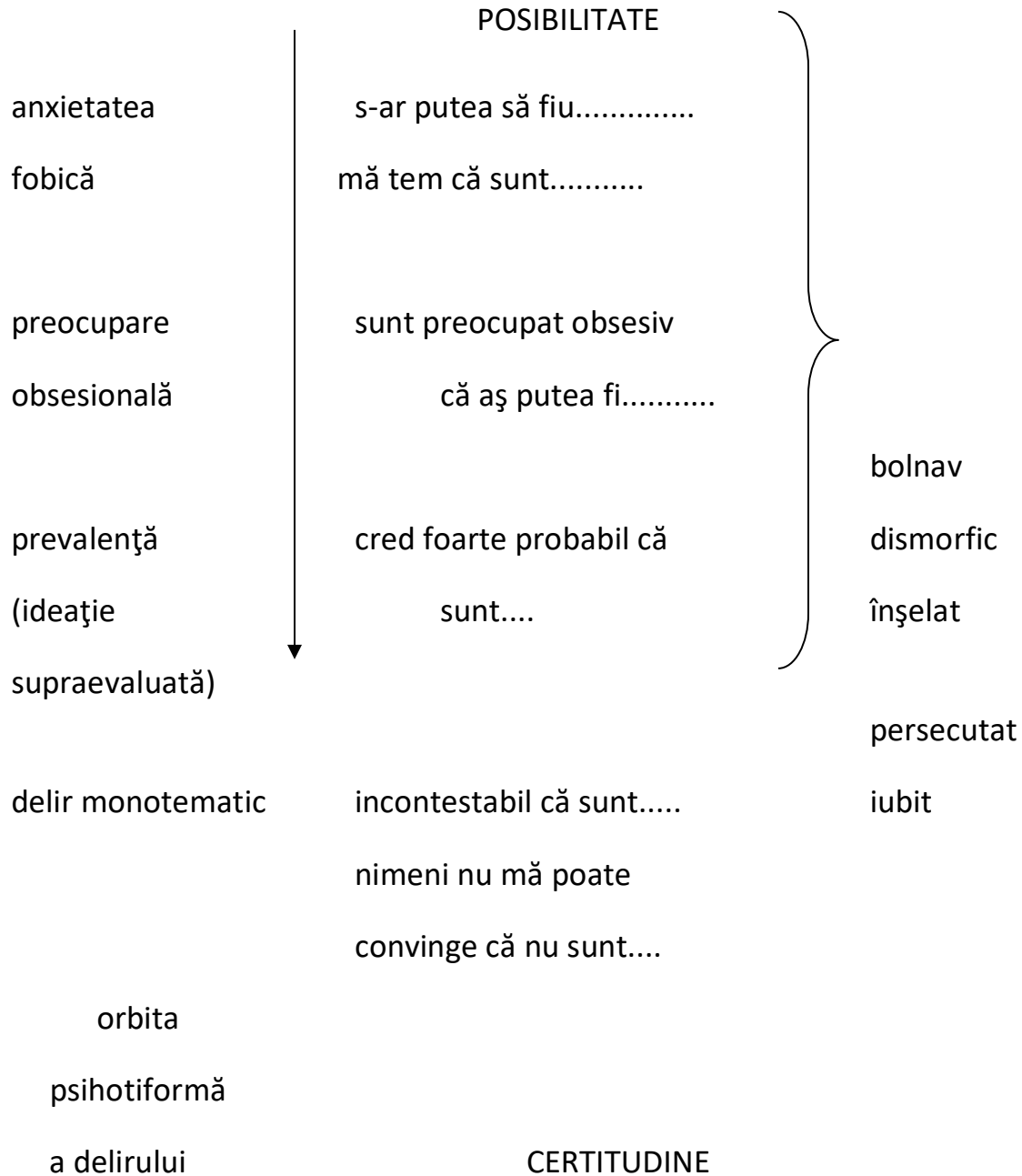
**\* Tulburări comportamentale centrate pe corp constând în acte repetitive (de tip impulsiv compulsiv) la marginea tegumentelor. La acest nivel se includ: Tricotilomania sau smulgerea părului în diverse zone ale corpului; - onicofagia sau roaderea unghiilor. Tulburarea escoriațiilor ce constă în presarea pielii, repetitiv, în diverse zone, până escoriații. Manualele comentează și alte comportamente repetitive corelate corporalității cum ar fi scobitul în nas etc.**

Grupajul tulburărilor repetitive din spectrul TOC prezintă ca principală particularitate centrarea lor pe corporalitate (pe sinele încorporat) și pe ambianța proximală, incluzând posesiile. Faptul subliniază afectarea predominantă a polului corporal spațial al identității persoanei, cu preocupări și comportamente aberante : de la probleme în zona epidermei, la starea de sănătate, cea a aspectului relațional sau a colecțiilor îngrămădite în cameră. (Cazul geloziei patologice pleacă tot de la o relație intimă, ce se petrece în spațiul gospodăriei). Dar preocupările respective nu includ acum controlul excesiv al desfășurării deliberative și executive a unor acte intenționate. Zonă în mod special afectată în TOC.

Mai există însă un aspect specific. Faptul că o bună parte din preocupările suferințelor incluși în acest grupaj: - dismorfofobia, hipocondria, tb. de referință olfactivă, gelozia - pot fi tematizate prevalențial. Subiectul ajunge să se simtă ca un personaj ce se află într-o stare și relaționare aparte: are un aspect respingător... emană mirosuri dezgustătoare...e grav bolnav...înșelat....Tematizarea psihopatologică a unor idei parcurge etape succesive în cadrul unui continuum de situații identitar-relaționale, de la preocupări anxio-fobice, la trăiri obsesiv compulsive, cu evoluție spre prevalență ideatică și chiar delir. (Chenar 37). Tematizarea afirmată astfel se referă la o problematizare a autopercepției corporale relaționale, care în TOC nu ajunge în prim plan. Ansamblul preocupărilor se desfășoară în instanța metareprezentățională, într-o zonă intermediară între cea

Chenar 37

**Evoluția de la preocupări anxios fobice la prevalență și delir monotematic**



specifică scenariilor proprii delirului – în care subiectul se transformă într-un personaj aberant; și cea specifică patologiei TOC - orientată spre dezorganizarea acțiunii. Acest drum spre delirul monotematic e de fapt unul din cele pe care Jaspers le-a indicat, ca dezvoltare progresivă, prevalențială a delirului; diferită de procesul psihopatologic brutal al delirului primar. Problema a revenit în actualitate în ultimele decenii, când s-a acordat din nou atenție ideății supraevaluate.

În raport cu continuumul menționat al tematizărilor în direcție prevalențial delirantă, patologia propriu zisă din TOC, cea care are în spate procesul de depersonalizare/derealizare specific acestei tulburări, sugerează un alt drum în direcția orbitei psihotiforme; drum paralel cu cel al ratatinării delirante a imaginii de sine într-un personaj aberant. E vorba de relaxarea funcției coerenței centrale, ce se manifestă și în patologia autismului; și care va evalua în direcția dezorganizării.

#### **4.6. Tulburarea de personalitate obsesiv compulsivă (TPOC)**

TPOC ocupă o poziție particulară în sistemul tipologiei tulburărilor de personalitate din DSM-5, care e centrat pe anormalitatea relaționării interpersonale. În TPOC acestea joacă însă un rol minor, esențialul constând în preocuparea pentru organizarea unor acțiuni hipercontrolate, pe care subiectul încearcă să le realizeze perfecționist. Totuși, toate încercările de analiză și sistematizare dimensională a T.P. au identificat, între cele patru supracategorii ale trăsăturilor, și una specifică anancastului obsesional. O astfel de dimensiune e menționată și în ultimul Draft ICD-11 (2019), care nu prezintă însă o sistematizare categorial tipologică a TP.

Corespondentul în normalitate a zonei afectate în TPOC poate fi considerat domeniul activității realizatoare, al acțiunii și muncii instituționalizate, exprimată la nivelul practicilor sociale. Structura psihică ce stă la baza acesteia poate fi considerată cea a funcțiilor cognitive executive, prin care psihismul individual inițiază și realizează acțiuni cu scop (Chenar 31). Iar în perspectiva stărilor

dispoziționale, e vorba de domeniul celor de ordin general, explorativ realizatoare, ce susțin investigarea, acțiunea, munca productivă, creația. Dispoziții care nu au în prim plan vizarea altuia, exprimată prin Circumplexul Interpersonal la fel ca în cazul tulburărilor Disruptiv conflictuale; și nici autoevaluarea, ca în tulburările dispoziționale afective depresivă și maniacală. TP obsesiv compulsivă – care în ICD-10 e denumită și anancastă - e caracterizată în felul următor în DSM-5.

**Un pattern prelungit de preocupare cu ordinea, perfecționism, control mintal și interpersonal, în defavoarea flexibilității, deschiderii și eficienței, manifestată prin (4 din următorii itemi):**

**- Preocupare cu detaliile, regulile, listele, ordinea, organizarea, orare și programe într-o astfel de măsură încât pierde din vedere scopul principal al activităților.**

**- Prezintă un perfecționism care interferează cu finalizarea sarcinilor (e.g. nu poate termina un proiect deoarece nu se ridică la standardele proprii, foarte ridicate);**

**- Este excesiv dedicat muncii și productivității mergând până la excluderea activităților recreative și a relațiilor de prietenie.**

**- Este incapabil să scape de lucruri uzate, fără valoare reală sau sentimentală;**

**- Este excesiv de conștiincios, scrupulos și inflexibil în ceea ce privește moralitatea, etica și valorile;**

**- Recurge foarte greu la delegarea sarcinilor sau are greutate în a lucra cu alții, dacă aceștia nu se conformează complet stilului său;**

**- Manifestă zgârcenie, pentru a-și asigura viitorul;**

**- E rigid și încăpățânat.**

Caracterizarea TPOC în DSM-5 indică deci, în afara tendinței spre hipercontrol și ordine (ce se manifestă și în TOC), atașamentul față de o muncă hiperorganizată. Preocuparea excesivă față de muncă însoțită de hiperelaborare, perfecționism și incapacitatea de a se relaxa, au fost remarcate de toți observatorii.



Atașamentul față de activitate și performanță domină viața subiectului și exclude preocupările secundare, distracțiile, jocurile, destinderea, calmul necesar petrecerii timpului împreună cu alții, fără un obiectiv pragmatic precis. Interesul crescut față de muncă se întâlnește și la unele persoane normale în cazul predominării factorului „conștiinciozitate” (din sistemul Five Factor Model). Acesta constă în: tendința spre realizare, deliberare, organizare, autodisciplină, eficiență (competență) și simț al datoriei. Modelul ar putea fi considerat ca referențialul în normalitate al TPOC. La anancast însă caracteristicile menționate sunt distorsionate deficitar astfel încât eficiența e redusă. Acțiunea, proiectele, activitatea, toate sunt în mod serios planificate, avându-se mereu în vedere ansamblul. Activitatea este minuțios sistematizată, organizată de la început; dar decizia e dificilă. Dată fiind preocuparea exagerată pentru ordine și detalii, planificarea e făcută uneori până în cele mai mici amănunte. Subiectul poate pierde destul de mult timp cu organizarea prealabilă a condițiilor și ambianței în care ar urma să aibă loc acțiunea. Se fac nenumărate planuri, proiecte, schițe, orare de lucru, se iau în considerare eventualități diverse. Existența personală e programată și planificată și ea pe termen mediu și lung. Toate acestea relevă rolul major jucat în patologia TPOC de instanța metareprezentatională de operare cu eventualități, pe modele, pentru rezolvarea problemelor.

Desigur, toate cele menționate mai sus sunt firești când se are în vedere un proiect dificil. Dar la anancast ele devin o regulă, manifestându-se chiar pentru acte simple și neproblematică. La anancast planificarea ce are în vedere acțiunea proiectată și posibilă, predomină, în raport cu însăși acțiunea și cu realizarea efectivă. Pentru a evita acest proces chinător de pregătire și elaborare, anancastul preferă deseori să nu fie el responsabilul deciziilor mai importante, să execute doar; sau să se înscrie în cursul comportamentelor standardizate. Dacă simptomatologia TOC poate fi în mare măsură comentată în jurul unui deficit

disfuncțional al raportării active la ambianța situațională proximă, atunci TPOB e comentabilă mai ales în marginea disfuncției realizării proiectelor de durată.

S-a descris o variantă rigidă și una relaxată a TPOC. La extremitatea rigidă a TPOC, odată depășite dificultățile deliberării, activitatea planificată se poate desfășura rigid, inflexibil și conștiincios, în conformitate cu normele și regulile sociale și cele specifice domeniului. Într-un model ideal, este respectată o ordine fixă exterioară și interioară, un mod ritualic de acțiune, cu termene precise și cu nevoia de a nu se abate de la program. Dar e dificilă reorientarea și readaptarea programelor de acțiune din mers prin spontaneitate și improvizație, prin modelare față de variabilitatea situațiilor.

Anancastul este sârguincios, încăpățânat, perseverent în acțiune, e atent la detalii, meticulos, scrupulos, pedant. El tinde să fie exact și punctual, disciplinat; lucruri pe care nu le reușește întotdeauna. Încăpățânarea se manifestă mai ales în acțiuni ce îi implică și pe alții. Ea a fost considerată una din trăsăturile esențiale ale obsesionalității în concepția psihanalitică freudiană asupra “caracterului anal”, alături de zgârcenie și preocuparea față de ordine. Perseverența anancastului se evidențiază și datorită faptului că progresul acțiunii nu e liniar ci marcat de reluări; fapt mai pronunțat în varianta relaxată a TPOC. La aceasta preocuparea față de detalii îl face deseori să piardă mult timp, astfel încât nu-i mai rămână suficient pentru toate aspectele; iar ansamblul poate fi insuficient de coerent. Uneori obiectivul principal ajunge să fie pierdut din vedere și chiar părăsit temporar. Datorită meticulozității și scrupulozității, subiectul întârzie finalizare.

Anancastul are importante deficiențe în a termina cele proiectate și începute. Și aceasta din mai multe motive. : - exigența perfecționistă ca totul să fie fără greșeli, în cele mai mici detalii : - tendința la autoanaliză și autoevaluare critică, scrupuloasă; - nesiguranța interioară, îndoiala ce conduce la verificări; - dificultatea funciară a delimitării; deci, și a terminării acțiunii. De aceea, persoana cu TPOC deseori nu declară un lucru ca terminat. El trăiește un “straniu sentiment

a neterminatului” (Petrilowitsch, 1960) sau un “sentiment de incompletitudine”, în sensul în care Janet definea obsesionalitatea în general.

S-au descris și cazuri la care, odată cu terminarea unui proiect, anancastul rămâne cu un gol interior și cu nevoia de a începe cât mai repede un altul. De fapt el resimte o continuă nevoie de a face ceva, de a acționa. Aderența față de muncă se exprimă și prin faptul că un știe să își petreacă timpul liber. Își ia de lucru acasă, la sfârșit de săptămână și în vacanțe. În afara muncii, a activității, se plictisește repede. Nu știe să se distreze, să se joace, să se bucure în liniște de timpul petrecut cu alții, în conversații banale sau petreceri, fără a discuta probleme profesionale; sau fără a fi “preocupat” de ceva. Faptul se corelează și cu o imaginație și o afectivitate tranzitivă săracă. Anancastul apare ca un om serios, respectabil, dar plictisitor, fără umor, care un știe să spună și să guste glume, care nu are “șarm”. Un om care deseori ajunge să se plictisească, trăind un gol sufletească ce nu mai știe cu ce să-l umple.

În varianta sa rigidă, anancastul e și perfecționist. Acest aspect nu se referă doar la meticulozitatea ce implică detaliile și la scrupulozitatea ce are conotații morale, ci și la nivelul de performanță a acțiunii în ansamblu. El dorește ca tot ceea ce face să fie perfect, rezultatele să fie maxime. Subiectul tinde să se afirme, să se realizeze asertiv, să se împlinească prin performanța impersonală a muncii, a evaluării pozitive a acesteia în spațiul public. Anonimatul muncii stă la baza unei împliniri care dacă nu e foarte spectaculoasă, implică totuși intens sinele; și e absolut necesară acestor personalități pentru întreținerea stimei de sine. Doar că standardele pe care anancastul și le autoimpune sunt exagerate, deseori nerealiste.

În a doua jumătate a sec. XX, fenomenologul H.Tellembach a descris o variantă aparte a persoanei preocupate de ordine și munca anonimă, pe care a denumit-o Tipus Melancholicus, considerând-o specifică celor predispuși spre patologie depresivă endo-reactivă. E vorba de persoane care tind să se identifice cu rolul social (A.Kraus) și să se afirme prin performanță. Rigiditatea atașamentului

față de ordine îi face să se adapteze dificil schimbărilor – evenimentelor de viață – care-i pot decompensa în direcția unor episoade depresive. Intoleranța la ambiguitate (Kraus) indică însă și apartenența acestei cazuistici personaliste la polul anancast al obsesionalității. În ultimul timp s-a sugerat o diferențiere, în sensul că Tipus Melancholicus ar avea o constituție mai unitară, cu tendințe centripete, de centralitate, ceea ce l-ar diferenția de anancastul-obsesiv hipo-afectiv și cu tendințe centrifuge.

Anancastul este un om al datoriei sociale și morale. Între obiectivele sale nu intră cultivarea comuniunii intime împreună cu alții, solidaritatea și integrarea armonică în grup. Ci doar afirmarea propriei persoane prin munca socialmente standardizată.

La un pol opus rigidității ritualice a comportamentului și a identificării cu activitatea profesională caracteristică anancastului rigid, se întâlnește persoana “psihastenui”, care e nehotărât, abulic, dezordonat (Petrilowitsch, 1960). E vorba de acea diferențiere în expresivitatea caracterială – normală și patologică - pe care o introduce axa verticală a circumplexului interpersonal. La polul superior se agregă persoanele asertive, active, dominante; iar la cel inferior, persoane indecise, mai puțin energice, sumisive. (Aceeși polarizare se regăsește la TP paranoidă sau prin raportarea dintre TP antisocială și cea dependentă). Psihastenui se caracterizează prin pronunțată predominare nesiguranței de sine, a indeciziei, cu rumații intense asupra variantelor optime de acțiune. Rumațiile pot apare, de altfel, și ca simptome obsesive. Se pot face planuri alternative, schițe, proiecte, algoritme, scheme, a căror valoare este în mod repetat comparată; hotărârea fiind mereu amânată, chiar după consultarea altora. După ce o acțiune e începută, ea poate fi oprită pentru a începe o altă variantă, uneori contrară. Se afirmă astfel ambitendența și ambivalența. Evoluția spre realizare se desfășoară prin multe etape intermediare, ocolișuri, renunțări și reluări. Subiectul începe mai multe lucruri în

același timp, fără a termina majoritatea din ele. El e frecvent dezordonat, împrăștiat (Chenar 38)

Relațiile interpersonale ale persoanei cu TPOC tipice sunt mai mult oficiale, formale ori distante. Lipsește spontaneitatea, emotivitatea, afectivitatea tranzitivă, empatia, implicarea celuilalt, comuniunea și rezonanța afectivă intimă, care nu anulează identitatea ci o sporește. Se mai notează lipsa umorului, a autoironiei, a ingeniozității jocului interpersonal, a imaginației necesare capacității de a povesti.

Această „răceală afectivă” – care a fost comparată cu cea a schizoidului – a fost considerată caracteristică anancastului, fiind introdusă în mai multe scale de evaluare. Spre deosebire de anancastul rigid, psihastenul poate fi mai afectiv în relațiile interpersonale; dar tot ambivalent și inconstant. Nesiguranța de sine și deficitul de autodelimitare este și în cazul lui major. Dar e trăit cu mai puțină crispă.

Relația cu celălalt a anancastului rigid tinde să fie suprapersonală, el identificându-se cu funcționarea sa în roluri sociale. Dorința e ca relația cu alții să fie clar și precis stabilită, să decurgă dintr-o ordine explicită, fără ambiguități și confuzii; și să fie cât mai corectă. Nu reușește să realizeze bine comuniunea intimității eu-tu și integrarea armonioasă, colaborativă cu celălalt, în cadrul unui parteneriat. De aceea e dificilă și colaborarea în activitate, în muncă, “celălalt” fiind admis doar dacă se conformează propriului stil de acțiune. În caz contrar, anancastul preferă să acționeze singur, pe cont propriu.

În perspectiva comportamentului etic, anancastul rigid tinde să respecte normele și regulile sociale, felul acceptat comun de a se comporta, ceea ce “se face”, “se obișnuiește”, “se cade”. El își îndeplinește corect, în mod formal, oficial, datorită față de altul, fără a se lăsa „corupt” sau copleșit de compasiune și entuziasm, de milă sau generozitate; și invocă mereu normele etice, tinzând, prin scrupulozitate, spre perfecționism moral. Pretinde celorlalți o conduită ireproșabilă pe care de altfel și-o impune și lui însuși.

Chenar 39

### Varianta anancastă și psihastenă a TPOC

Așa cum s-a menționat, dimensiunea anancastă a fost identificată de toți personologii, în vederea caracterizării persoanelor normale și patologice. Ea ar consta în preocuparea față de ordine, acțiune, realizări, autodisciplină, datorie. În psihopatologie intervine însă deficitul incertitudinii, nesiguranței, nehotărârii, care se manifesta prin ceea ce s-a numit varianta psihastenă a tipului. Ea s-ar plasa la polul inferior al axei verticale din Circumplexului Intrapersonal. Pe când anacastul s-a plasa la cel superior, asertiv, Tipus Melancholicus a lui Teelmbach-Kraus apare ca un anancast mai coerent, centrat și afectiv.

Anancastul este un muncitor ordonat și scupulos care își planifică pe termen lung activitățile și le execută succesiv și sistematic. După ce a deliberat temeinic acționează rigid, cu perseverență și încăpățănare, verificând tot timpul exactitatea rezultatelor și programului. E hiperconștiincios, scrupulos, perfecționist. Eventuala nesiguranță e supracompensată prin referință la norme și reguli impersonale pe care le adopă și le urmează conștiincios. Relațiile cu alții sunt politicoase dar formale. Nu acceptă sugestii și nu poate colabora cu alții în acțiune. Se consideră omul datoriei astfel încât face ceea ce i se cere, preferând în permanență anonimul și impersonalul. Prezintă intoleranță la ambiguitate și inactivitate. Datorită perfecționismului deseori nu consideră că a încheiat o sarcină, deși ea e efectiv încheiată, deoarece are sentimentul că nu a făcut totul perfect.

Psihastenul este o persoană care se hotărăște foarte greu; el deliberează mult, analizează diverse variante ale acțiunii proiectate care-l preocupă, abordându-le pe toate fețele, argumentează și contraargumentează exagerat, începe un lucru și îl părăsește pentru alt proiect sau altă variantă; pentru ca apoi să revină la cele începute. Începe mai multe acțiuni în același timp trecând de la una la alta, pe unele părăsindu-le, temporar sau definitiv. Verifică tot timpul ceea ce face; manifestă o mare nesiguranță și îndoială în toate domeniile. Termină foarte dificil proiectele începute și nu consideră lucru încheiat deoarece are impresia că trebuie să mai verifice ceea ce a făcut. E dezordonat și împrăștiat în toate direcțiile vieții psihice și a existenței curente. E hiperreflexiv și analitic, orice situație îi apare problematică și o analizează în diverse perspective ("despică firul în patru"). Sunt frecvente rumații pe teme abstracte. Poate asculta sugestiile altora dar nu duce la bun sfârșit ce a promis că va face.

Notă: psihastenul se apropie, în descrierea DSM-5, de personalitatea dependentă.

Rigiditatea anancastului e dublată de agresivitate. Uneori este extrem de exigent, cel puțin în public, față de alții. Acuză și culpabilizează pe alții pentru incorectitudinea conduitei lor, fiind intolerant și inflexibil, cel puțin la suprafață; este scrupulos și cu sine, autojudecându-se aspru și găsindu-se frecvent vinovat, cerându-și public scuze altora. Totuși, în spatele principialității anancaste își face loc deseori compromisul. Varianta psihastenă e mai puțin rigidă, impunându-se ambivalența.

În ceea ce privește resimțirea propriei identități și a propriilor limite, a autonomiei agenției și a originalității, s-ar putea menționa următoarele:

Anancastul se resimte inconsistent, nesigur de sine, slab centrat, confuz structurat, neunitar și vag delimitat. Motiv pentru care se resimte vulnerabil. Dedublarea interioară se manifestă, în afara trăirilor obsesiv compulsive, mai ales în conduite dublicitare: compromisuri, inconsecvență, ambiguități; care alternează cu formulări tranșante. Autoanaliza continuă, rumațiile, permanentul autocontrol și scrupulozitatea – mai accentuată în cazul variantei psihastene - îl fac să se îndoiască de sine, să resimtă uneori acut o nesiguranță interioară. Aceasta cu atât mai mult cu cât el diferențiază dificil între esențial și neesențial; fapt ce-l frustrază de găsirea spontană a reperelor în diverse situații. De aceea se agață în mod rigid de principii abstracte, se sprijină în mod exagerat pe norme, legi, regulamente, pe conformismul social. Neîncrederea în sine, nesiguranța de sine (“selbstunsichere”) a fost considerată de unii psihopatologi germani (K.Schneider, 1950) ca fiind nucleul psihopatului anancast. Identificarea sa cu roluri sociale și cu funcționarea acestora asigură o identitate de fațadă. Și, la fel, expresivitatea publică exterioară, cei cu TPOC îmbrăcându-se sobru, corect – uneori pedant – cu o ținută rigidă, “civilizată”, cu atitudine aproape tot timpul serioasă. Formalismul rigid al anancastului poate fi interpretat și ca o apărare, ca o încercare de delimitare, în raport cu dificultatea de a-și resimți identitatea; față de tendința de dedublare dublicitate, ambivalență și dispersie față de incertitudinea limitelor persoanei.

Un aspect al delimitării persoanei, mai puțin evident la prima vedere, îl constituie dimensionarea sa prin cele avute, prin avere; nivel la care apare zgârcenia. Ea se articulează cu nevoia obsesivului de a aduna și tezauriza, de a nu renunța la lucrurile în posesia cărora intră, deși nu mai are nevoie de ele.

Chiar dacă e bogat, anancastul poate fi meschin, dăruind puțin și cu multă grijă, ducând o viață plină de privațiuni pe care o controlează însă cât mai mult, în limitele și detaliile sale de om zgârcit.

Tot în direcția dimensionării prin posesie se desfășoară și colecționarismul, comportament des întâlnit la persoane cu trăsături obsesionale. Colecția e o proprietate privată bine delimitată și controlată, ce se pretează ușor la ordonare, sistematizare și clasificare. Preocupări care uneori devin dominante la TPOC.

#### **4.7. Patologia obsesiv compulsivă în perspectivă evoluționist culturală**

Manifestări similare celor din patologia obsesiv compulsivă se întâlnesc și în lumea animală, mai ales prin comportamentul de îngrijire a corpului, prin colecționarism și ritualuri.

Îngrijirea suprafeței corporale - inclusiv prin colaborare cu alte organisme - pe care o întâlnim în biologie, are desigur o semnificație pentru sănătate, îndepărtând paraziții. E însă frecvent și parazitismul reciproc avantajos, simbioza; iar la primatele superioare e evidentă colaborarea cu congenerii din grup în acest scop. Acest comportament de îngrijire va continua la om, mai puțin însă pentru ansamblul suprafeței corporale, dată fiind utilizarea îmbrăcămînții. El se centrează acum pe spălarea mâinilor, fapt justificat de aceea că acestea sunt folosite atât pentru muncă cât și pentru alimentare; fiind amplu reprezentate pe cortexul cerebral senzitiv. De la un moment dat al evoluției culturale, ritualul de curățire și spălare a mâinilor e integrat într-un scenariu mitic, care valorizează negativ dezordinea, întunericul și murdăria, cu semnificații negative, de ceva rău; și pozitiv ordinea, lumina, curățenia, ce semnifică binele. Odată ce ideea etică de vinovăție și



păcat ajunge să se coreleze cu narativitatea mitico sacrală, ablutomania va fi practică și cu înțelesul de “spălare a păcatelor”. Aceasta era semnificația cu care comportamentul spălării publice a mâinilor funcționa în civilizația elenistă; și la fel în modernitate și în prezent. După ce în sec. XIX s-a descoperit existența și acțiunea nocivă a microbilor, ablutomania a fost etichetată ca o “fobie de microbi”.

Pentru psihismul și existența umană nevoia de ordine, curățenie, claritate, se extinde însă și dincolo de corp sau ambianța proximală, în parametrii culturali specifici unei lumi umane civilizate. În această direcție ea apare în anumite momente pe parcursul devenirii istorice, ca un ferment civilizator cultural aparte. Așa ar putea fi cotate civilizația antică a Romei, cu excesivul său interes pentru băi, drumuri, legi și sistematizări tranșante. Civilizație care a dat un contur ferm efervescentei spirituale mediteraneene condusă spre înflorire de greci. Iar apoi, nevoia de ordine în gândire și habitat ce se impune după Renaștere, structurează civilizația Europei Iluminismului prin “idei clare și distincte”. Iar acest ultim cadru e important în dezvoltarea psihismului conștient, care facilitează și el manifestarea simptomatologiei TOC.

Colecționarismul, care în varianta sa patologică a fost atașat patologiei OC, poate fi privit și din perspectiva rezervelor excesive de hrană pe care le fac unele specii. Tendința spre asigurarea hranei dincolo de nevoile actuale se manifestă la animale în multiple variante; dar unele specii fac depozite alimentare uriașe. La om practica individuală a colecționarismului a fost sesizată încă de caracteriologia antică, prin descrierea zgârcitului. În perspectiva TPOC ar fi vorba de o problematizare a posesiilor, a unei delimitări rigide prin “a avea”. Variantele normale de colecționarism includ la om și domenii culturale, precum cărți, picturi, timbre etc.; și ridică probleme psihologice aparte legate de sistematizare, ordonare, clasificare. Aria de preocupări poate aluneca spre abstract, evitând relațiile interpersonale.

Cel de al treilea aspect biologic al precursorilor patologiei OC se referă la ritualuri. Acestea sunt intens prezente în lumea animală la vertebrate, mai ales la păsări și mamifere, în corelație cu principalele cicluri instinctive. Așa e în perioada de rut când se manifestă competiția masculilor, curțarea și acuplarea; apoi, perioada construcției unei locuințe (cuib) pentru reproducerea și creșterea puilor...ș.a.m.d. În aceste împrejurări dispoziția de fond este una ergică, orientată spre acțiuni realizatoare, uneori deschis agresivă. Comportamentul ritualic are în biologie un rost pregătitor în raport cu un comportament instinctiv determinat important. Ca un fel de preludiu și fundal, punct de pornire și susținere a acestuia; cu care realizează un cadru integrat. Lipsa fazei ritualice scoate din fire și face imposibilă manifestarea instinctivă în cauză. În acest sens s-ar putea spune că și în biologie ritualurile reprezintă un fundal de asigurare pentru derularea firească și eficace a unor comportamente esențiale.

În lumea umană ritualurile se dezvoltă în contextul invocării instanțelor supranaturale; fapt ce ar începe din perioada în care homo sapiens a ajuns capabil să-și reprezinte realități fictive, în urmă cu aprox. 70.000 ani. Comportamentele ritualizate de invocare au funcționat, desigur, într-o manieră magică în perioada “șamanică; cea a vânătorilor și culegătorilor, în contextul reprezentărilor totemice. Ele se dezvoltă însă sistematic în societățile sedentare care apar după neolitic, în paralel cu elaborarea religiilor. În toată această perioadă coeziunea grupurilor umane se bazează pe memoria și reprezentarea scenariilor mitice cu privire la originile cosmosului și a lumii lor umane. Invocările ritualice ale miturilor au loc acum în perioade temporale bine definite, de sărbătoare. Semnificația acestor invocări constă în convingerea că se asigură astfel pentru colectivitate, sprijinul unor forte esențiale în susținerea ordinii și parametrilor necesari productivității muncii și a succesului în război. Comportamentul ritualic nu are finalitate prin el însuși; dar reunește comunitatea și o solidarizează, infuzându-i siguranța antianxiogenă. Treptat, ritualurile sacrale s-au complexificat în ceremonialuri; și au

fost desfășurate și în corelație cu evenimentele importante de la vârful ierarhiei sociale. Oricum, în esența sa, comportamentul ritualic este suprapersonal. El rămâne înscris în fundalul psihismului uman; astfel încât se actualizează în patologia TOC, cu valențe antianxiogene, din tradiția magică.

Psihopatologia TOC trimite spre deficitul de control al agenției responsabile, aspect ce s-a diferențiat treptat în psihismul omului epocii agricole. În societățile agrare sedentare, viața se derulează în comunități organizate, ordonate prin normativitatea tradiției – etos – și a legilor; care stabilesc ceea ce e interzis, obligator și permis. În acest context se diferențiază și funcția psihică a agenției responsabile ce constă în controlul comportamentelor interpersonale și a acțiunilor cu scop, pe care subiectul le inițiază pornind de la propria-i motivație și corporalitate. Coexistența într-un spațiu relativ restrâns a multor oameni ce se relaționează prin norme deontice, ridică pentru persoană permanente probleme de control comportamentului interpersonal. Autocontrolul și autonomia agenției vor avea de acum încolo și variante excentrice, precum dependența abulică, impulsivitatea agresivă sau autocontrolul exagerat, însoțit de ambivalență și nehotărâre.

În societățile agrare o parte a vieții individuale se desfășoară în spațiul intim al locuinței – casei, gospodăriei - împreună cu familia. Locuința poate fi considerată o “piele lărgită”, o delimitare a individului și grupului său familiar în raport cu marea lume. Acest aspect delimitativ – care e instaurat încă din biologie - asigură o zonă protectivă, de siguranță; fapt ce se evidențiază în psihopatologie prin conduita agorafobiei și fobiei sociale. Spre deosebire de acestea însă, mare parte din simptomatologia TOC se desfășoară chiar în spațiul proxim al locuinței.

Se cere menționată acum și psihopatologia autismului, în care la subiect nu se dezvoltă suficient ”creierul social”; adică capacitatea specific umană de atașament, de comunicare nonverbală empatică emotivă cu alții; dar și de relaționare stabilă și de comunicare verbală directă. Subiectul marcat de deficitul autist, se

resimte în siguranță doar într-un restrâns spațiu fizic, hiperordonat și imobil, lipsit de oameni; în care manifestă conduite stereotipe, repetitive și constructive. În unele TOC se reîntâlnește, de asemenea, cel puțin parțial, nevoia ca spațiul ambiental imediat să fie hiperordonat și fix. Obsesivul e deranjat de dezordine, reface mereu o ordine fixă, cu tendință la simetrie. În locul simplelor mișcări stereotipe, obsesivul poate dezvolta ritualizarea actelor cutumiere zilnice - culcatul, spălatul, îmbrăcatul, mâncatul, plecarea de acasă - care se derulează lent, repetitiv, de un număr fix de ori, însoțite uneori de ceremonialuri magice. Relaționarea cu celalalt nu e la fel de afectată ca în autism. Ea e însă marcată de obsesii agresive și sexuale, pe care pacientul se străduie să le controleze prin compulsii. Manifestările OC induc o stare de tensiune agresivă și de autocontrol, articulându-se cu comportamente impulsive și cu mișcări involuntare (ticuri).

Patologia TOC pe care o înregistrăm în clinica actuală presupune un psihism diferențiat, în care autonomia agenției proprii este riguros autocontrolată. Faptul trimite la secvențele diferențierii progresive a psihismului de-a lungul istoriei culturale. În raport cu epoca de dinaintea culturii elenice a antichității, psihismul persoanei din perioada de după Renaștere se definește prin dezvoltarea subiectivității conștiente a persoanei care sintetizează actualitatea situațională pe fundalul a percepției duratei biografice. Angajarea responsabilă în rezolvarea problemelor și proiectelor se desfășoară prin implicarea tot mai amplă a instanței metareprezentationale subiective, pe care sinele se autoproiectează în scenarii eventuale, autoevaluându-se. În acest context se evidențiază mai pregnant anormalitatea trecutului stresant anxios și responsabil.....

Dezvoltarea în modernitatea europeană a valențelor subiectivității conștiente, poate fi corelată cultural și cu centrarea acestei civilizații de către ideologia religiei creștine. Încă de la afirmarea sa, creștinismul a cultivat introspecția, Augustin recomandând “a-l căuta pe Dumnezeu în străfundurile minții proprii”. În plus, religia creștină a iubirii a pus accent pe autoanaliza și identificarea păcatelor

“comise cu fapta sau cu gândul”; și pe mărturisirea acestora prin spovedanie. În perioada Reformei s-au identificat cazuri de persoane care se prezentau la confesiune extrem de des, de mai multe ori pe zi, pentru vinovății minore; fiind deci obsedați-asediați de astfel de gânduri. Situația mai atrage atenția asupra fixării TOC pe detalii; precum și asupra replierii autoanalitice pe sine.

Alt aspect psihologic ce s-a dezvoltat în Europa de după Renaștere poate fi considerat individualismul, asociat cu spiritul întreprinzător; împreună cu un calcul riguros al șanselor de câștig. Indivizii se obișnuiesc să-și facă proiecte pe termen lung a căror realizare necesită un plan și o muncă perseverentă, autocontrolată. Masoneria epocii susține tocmai adeziunea față de activități realizatoare pozitive și lucrative. Dezvoltarea agenției în această direcție poate evidenția zone de fragilitate, precum indecizia, lipsa de perseverență, de autocontrol sintetic și de finalizare. Acestea vor fi, alături de adeziunea excesivă față de muncă, caracteristici ale TPOC.

Autocontrolul și preocuparea față de ordine nu au apărut în psihismul uman în Modernitate, ele fiind structurale acestuia de-a-lungul întregii sale dezvoltări; la fel ca și problematizarea deciziei, îngrijorarea față de viitor etc. Ele apar însă din ce mai pregnant pe parcursul diferențierii specifice a psihismului în această perioadă.

Ceea ce merită reținut din perspectivă evoluționist culturală este faptul că patologia OC, la fel ca orice altă zonă semnificativă de psihopatologie, afectează printr-un anumit deficit disfuncțional o anumită zonă a psihismului persoanei, care se diferențiază și se metamorfozează pe parcursul personogenezei și istoriei culturale. Iar aria psihică în care se manifestă patologia obsesională e cea a desfășurării agenției autonome a sinelui înrădăcinat în propria-i corporalitate. Aceasta este diferită de aria relațiilor interpersonale în care se exprimă psihopatologia disociativă.

## Anexă la Capitolul 4

### Patologia obsesională și autocontrolul ordonării agenției

Psihopatologia obsesională scoate în relief fațete ale psihismului diferite de cele evidențiate în tb. disociativ histrionice. E prezentă și acum o dedublare a psihismului, dar nu în planul identității mnestică biografice și al relațiilor, ci în cel al agenției asumate. Subiectul se opune egodiston unor trăiri ce izvorăsc din sine dar cu care nu este de acord. Opozitivitatea menționată e evidentă și în planul tulburărilor de personalitate. În TPOC lipsește sugestionabilitatea și hiperexpresivitatea captativă a histrionicului; precum și imaginarul bogat ce susține o narativitate atractivă. Anancastul se relaționează dificil cu alții, pe care-i ține la o distanță „oficială”; el nu poate colabora în activități decât dacă celălalt se supune complet programului său. Preocuparea sa principală e față de muncă, acțiune, ordine, control situațional și autocontrol permanent, spre detalii, colecționări și sistematizări.

S-ar putea formula că în patologia obsesională în prim plan apare deficitul autocontrolului ordonării propriiei agenții. Perturbarea se manifestă în aria intenționalității de acțiune, a proiectării, organizării și implementării controlate a comportamentelor cu scop; dar și a ținerii sub control a ambianței imediate și a relațiilor, a ordonării și sistematizării preajmei și cunoștințelor.

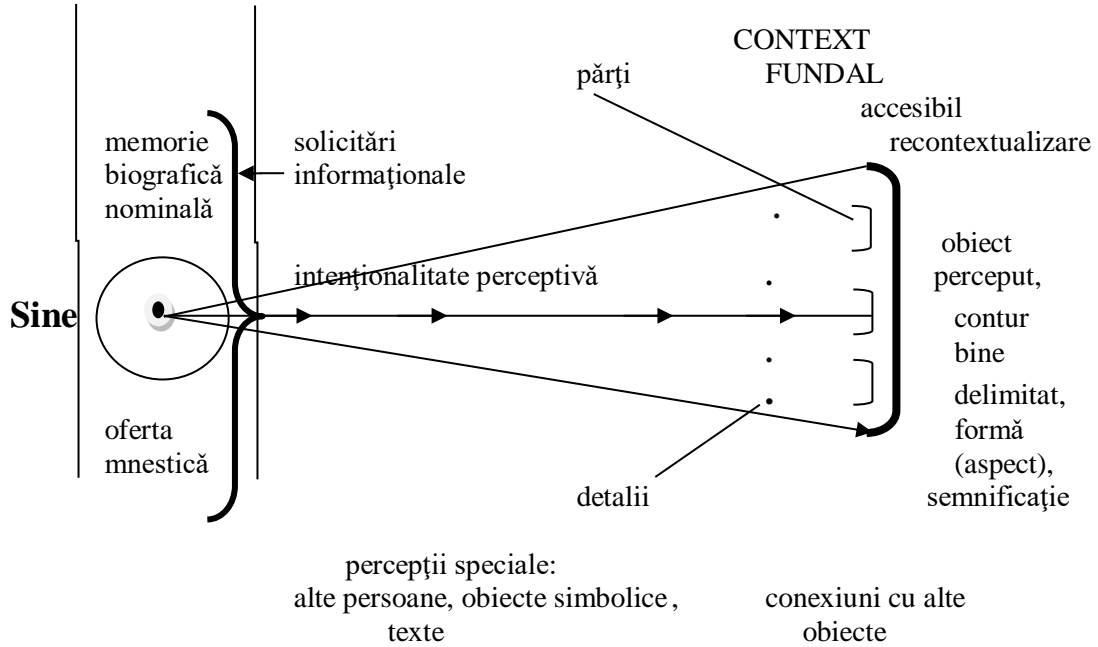
În TPOC subiectul, care e aderent de muncă, e deficitar în chiar elaborarea și realizarea controlată a acțiunilor ce se derulează prin succesiunea etapelor programate. În varianta psihastenă se evidențiază clar indecizie, trecere dificilă la act, pregătiri și verificări excesive, alunecarea spre acțiuni colaterale, reluarea unor etape prin variante paralele, progresia dificilă spre final. (Chenar 38) Cu alte cuvinte, un deficit al sintezei armonice și a acțiunii cu scop.. În perspectivă cognitivă se poate vorbi de o insuficiență a „coerenței funcțiilor executive”; iar într-un plan mai general de insuficiența funcționării „apercepției” în planul acțiunii.

Funcția de ordin general a apercepției - care constă în integrarea sintetică a părților într-un întreg centrat, delimitat și contextualizat - susține conturul prezentului trăit (Anexa Cap.1). Ea a fost studiată experimental de psihologia configuraționistă din sec.XX; și dezvoltată în ultimele decenii prin cercetările cognitive asupra „funcției coerenței centrale”, efectuate inițial în autismul developmental.

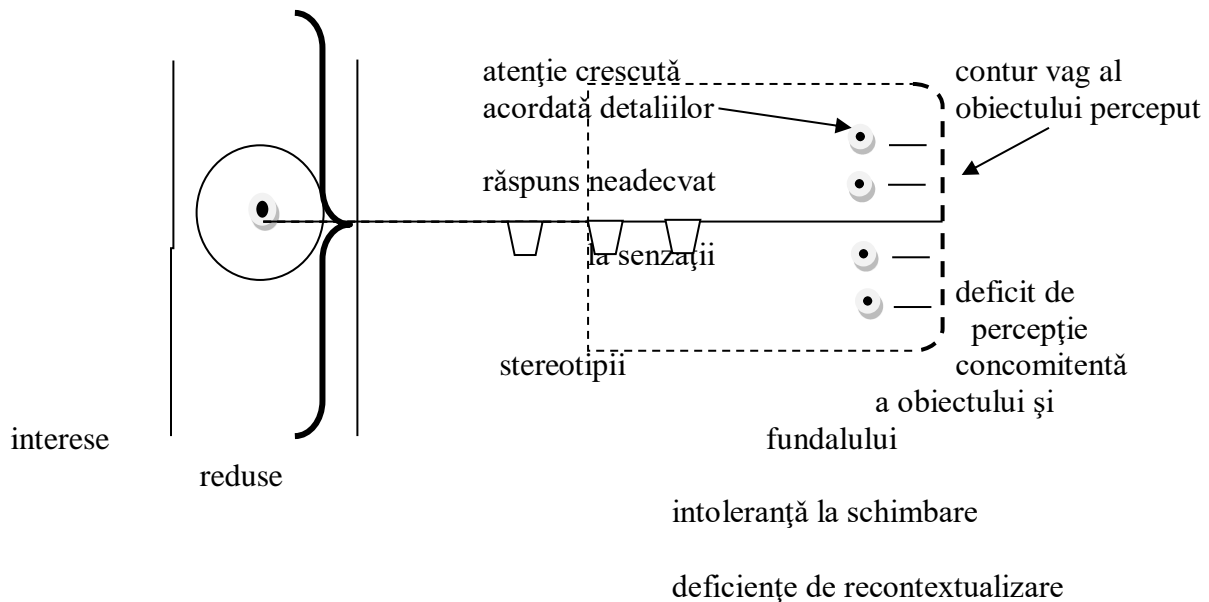
În autismul infantil s-a evidențiat un deficit în percepția spațială a ansamblurilor, cu incapacitatea subiectului de a configura pregnant întregul unei

### Deficiența funcției coerenței centrale perceptivă în autism

#### Caracteristici standard ale percepției



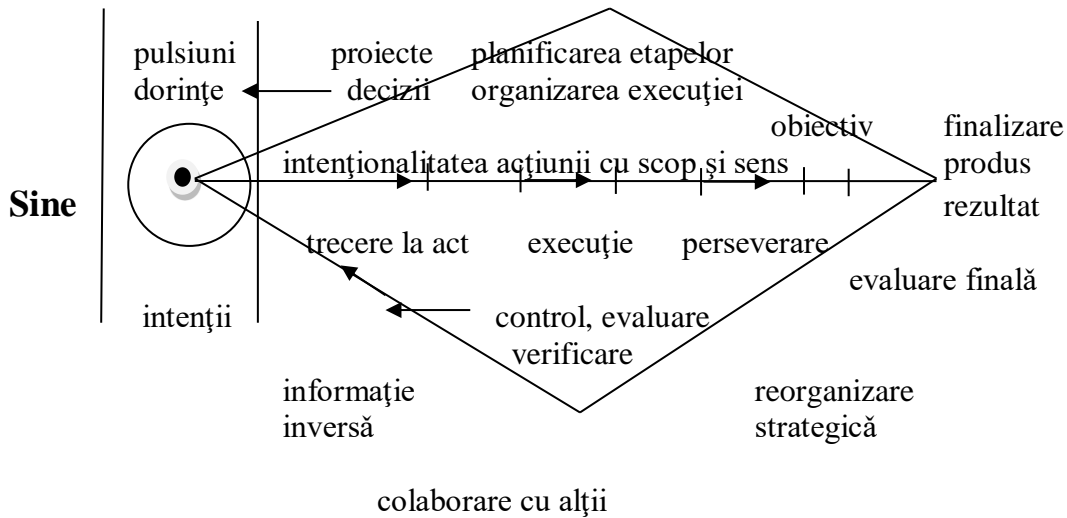
#### Deficiența “coerenței centrale perceptivă” în autism



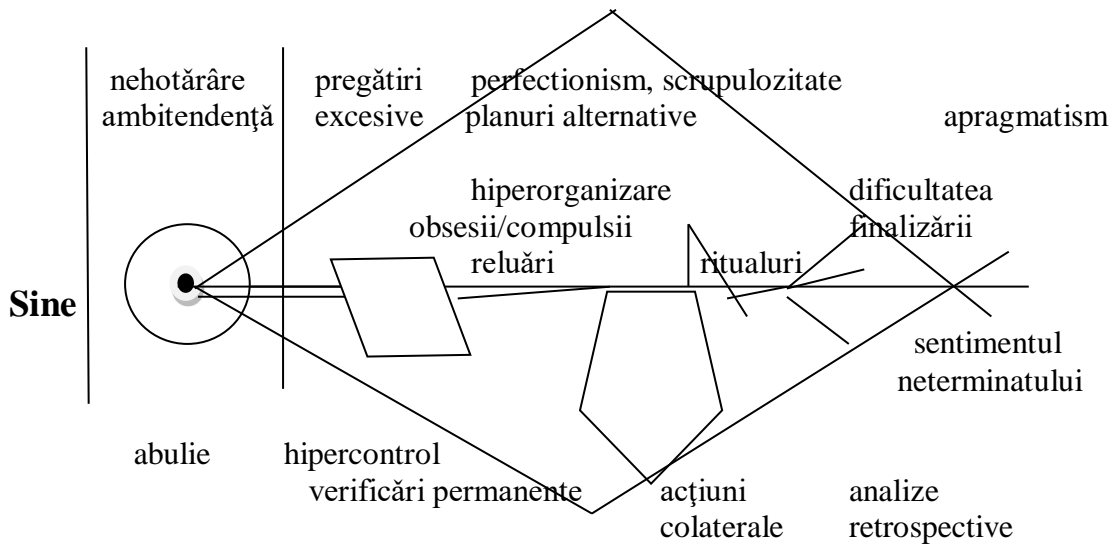
Chenar 38

**„Câmpul acțiunii” susținut de funcția coerenței centrale și relaxarea sa în patologia obsesivă**

**a) Câmpul „coerenței centrale” a acțiunii voluntare bazat pe funcții executive solicitări**



**b) În TPOC (psihastenă) coerența câmpului acțiunii se relaxează**





figuri, ca detașat de pe un fundal accesibil. Subiectul e fascinat de părți sau detalii, pe care nu le poate percepe concomitent cu ansamblul; și integra în acesta. Iar conturul figurii e cu dificultate diferențiat de fundal. Autismul preferă la obiectul perceput să aibă o poziție fixă. El e intolerant la schimbări, informații noi, la recontextualizări spațiale a ambiantei. E predispus la mișcări stereotipe, având interese scăzute.

Aceeași disfuncție (și problemă) a coerenței centrale (c.c.) în raportarea la întreguri poate fi regăsită în patologia TOC, dar exprimată acum predominant în dinamica executării unui act, asigurând un suport adecvat – un „câmp al acțiunii” – pentru fundalul funcțiilor executive, angrenate într-un proiect ce urmărește atingerea unui scop, prin etape succesive. (Chenar 31). Problema ce o ridică configuraționismul și pe care a reluat-o cognitivismul e de fapt e cea a experimentării și integrării relațiilor de ordine parte/întreg, în cadrul receptării perceptive și a manifestărilor active. În sinteza percepției spațiale a unui obiect, părțile sunt integrate ordonat în întregul pe care acesta îl constituie, prin delimitarea semnificativă a acestuia în raport cu fundalul. În cazul acțiunii însă, e vorba de integrarea etapelor planificate, ce se ordonează printr-o succesiune temporală, pentru a contura ansamblul comportamentului ce se împlinește odată cu atingerea scopului.

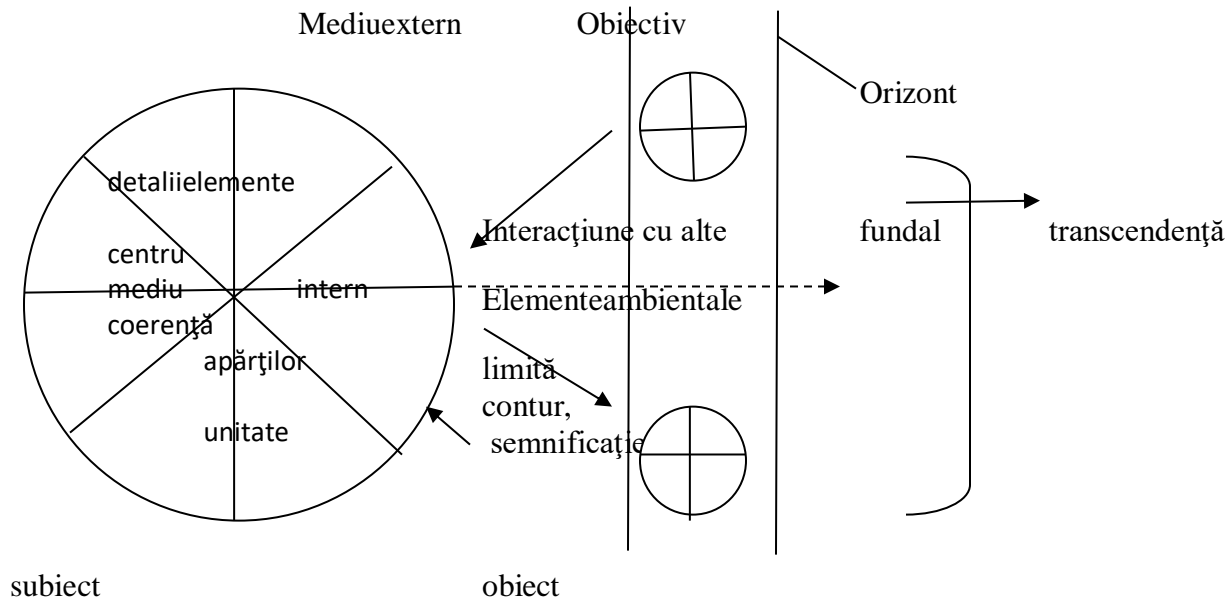
Obiectivul pe care îl fixează scopul unui proiect de acțiune jalonează conturul și limitele unui „câmp al acțiunii”. Părțile acestuia sunt constituite din etapele succesive, proiectate pentru a se ajunge la final. Conturarea întregului se realizează prin parcurgerea lor, prin derularea în etape a acțiunii susținută de „mediul” de coeziune al acestui câmp, desfășurare care e constant controlată prin informații feedback. Astfel, acțiunea ajunge să se detașeze, în timp, pe fondul variatelor evenimente care solicită subiectul într-o anumită perioadă; și pe care le străbate. Dar nu doar o acțiune izolată luată ca atare, se derulează structurat în timp, configurând prin realizarea sa un întreg. La fel pot fi înțelese și proiectele de acțiune derulate pe termene mai lungi. Și la fel, ansamblul raportărilor active la situație ale unui subiect la un moment dat. Iar acestea includ multiple programe paralele de realizare în plan practic interpersonal și speculativ teoretic; alături de preocupările de clarificare sociale.

Intenționalitatea reflexivă a sinelui, ce susține comportamentul activ și rezolvarea problemelor în care subiectul se angajează, este în același timp cea care asigură obținerea informațiilor. În cele din urmă, însăși perceperea poate fi considerată un comportament, un „act perceptiv”. Iar pe de altă parte, subiectul intențional reflexiv integrează în permanență și informația inversă obținută prin feedback, privitoare la implicarea însăși a corporalității sale în acțiune. Funcția formală a percepției a coerenței centrale (f.c.c.) ce stă în fundal și susține comportamentul principal - organizând prezentul trăit al subiectului - se cere înțeleasă decît în profunda perspectivă a a percepției.

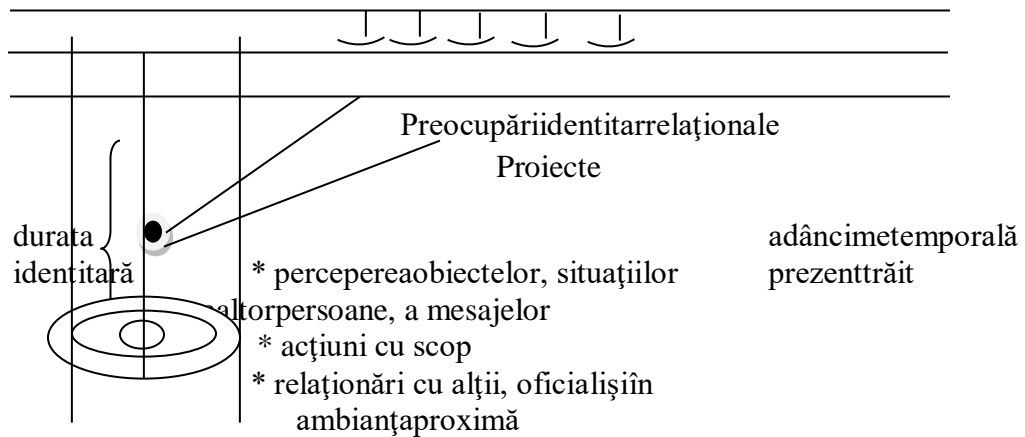
Chenar

### Modelul apercetiv al “coerenței centrale” în organizarea psihismului uman

a) Principiul organizațional conform căruia întregul e structurat printr-o funcție a “coerenței centrale”



b) Manifestările psihismului uman organizate apercetiv, prin funcțiile coerenței centrale



Identitate biografico-caracterială are și coerența și unitatea unui întreg, centrat de sinele intențional reflexiv; limitele sale concentric se modelează pe mai multe nivele, între persoana corporală, ambianță, raporturi active, rețea socială, proprietăți etc.

Tema coerenței centrale e una general organizațională, ea aplicându-se însăși întregii funcționări a organismului bio-psihic. Și, cu atât mai mult, a structurii identității biografice caracteriale a persoanei. Identitatea persoanei, cu întreaga sa complexitate, ar putea fi parțial modelată ca o complexă structură funcțională coerentă, cu o specifică spațio temporalitate care asigură ordonarea biografică a evenimentelor trăite și depozitarea structurată a tuturor datelor mnestice. Iar această instanță de fundal a identității susține existența și manifestările situaționale ale psihismului personal, fiind centrată de un sine intențional, reflexiv, autogenerativ și sintetizator. În sfârșit, persoana identitară a pe mai multe nivele concentrice, de alții și de lume.

Unitatea și coerența persoanei identitare implică articularea evenimentelor și episoadelor de viață trăite și integrate în memoria biografică; care include experiențele subiective corelative, inclusiv cele relaționale. În reacțiile de stres posttraumatic și mai ales în psihozele disociative „comentate” de Janet, anumite „blocuri mnestice” care nu sunt suficient de bine metabolizate psihic, se reactualizează pe scena prezentului trăit de subiect.

Pe parcursul istoriei sale biografice subiectul se relaționează cu alții pe care-i poate integra în propria-i structură; așa cum se petrece în primii ani de viață cu persoanele de atașament, iar ulterior cu cele de raportare intimă în cadrul rețelelor sociale proxime. Oricum, delimitarea unui subiect include extinderea sa prin persoanele din rețeaua sa socială de care e atașat.

Dar, delimitarea persoanei începe, totuși în plan psihobiologic, prin însăși corporalitatea sa. Propriul corp al oricărui subiect centrat de agenția sa intențional reflexivă, devine de-a lungul vieții sale „sediul” psihismului său identitar. Astfel încât limitele propriului corp – ale instanței corporale a persoanei – reprezintă o limită pregnantă a însăși sinelui identitar (fapt ce e perturbat în simptomatologia de contaminare din obsesionalitate). Subiectul își autoreprezintă în permanență, preconștient, limitele sinelui său corporal – ca „schemă și imagine corporală” – prin care se raportează la mediul său curent de existență. În spectrul patologiei TOC sunt comentate tulburări ce indică o hipersensibilitate variată la nivelul acestor limite, manifestate de ex. prin tricotilomanie sau prin trăiri dismorfofobice. Și la fel, pacienții cu TOC exprimă o sensibilitate aparte față de ambianța spațială din jurul propriei corporalități ce se cere mereu ordonată; și uneori – la fel ca la autiști - menținută într-o stare neschimbată. În spațiul proximal al locuinței, se mai pot desfășura la acest pacient ritualuri – uneori cu repetiții numerice, magice – mai ales cu ocazia plecării de acasă.

Propriul corp este sediul minții, al identității, al reprezentărilor din spațiul intim; precum și toposul din care emerge agenția sa intențională, prin intermediul căreia el abordează activ lumea situațională, acționează, produce evenimente, efecte și opere. Urmele pe care subiectul le lasă în lume prin biografia sa, fac parte și ele din delimitarea sa identitară. Și deci, și produsele, operele sale. Astfel că s-ar putea spune că persoana se dimensionează și prin avutul său, prin proprietățile sale.

Iar în acest sens, dimensiunea sa se extinde, la fel ca în cazul relațiilor – și în planul teoretic al lumii umane. Proprietățile unui om sunt, totuși, lucruri pe care subiectul le poate manipula. Ele pot fi colecționate, amplificate, sistematizate. Iar în această arie, personalitatea obsesivului se caracterizează, tradițional, prin colecționarism, zgârcenie și preocupare față de sistematizări.

## CAPITOLUL 5

### MANIA SI DEPRESIA

#### **5.1. Mania, depresia și tulburarea bipolară; scurt istoric și abordarea din DSM-5**

Mania și melancolia au fost identificate în medicina umoralistă a antichității cu o simptomatologie similară cu a cazuisticii actuale, observându-se de pe atunci posibilitățile tranziției directe între cele două sindroame (Areteus.....). În acea perioadă cele două tulburări erau descrise ca frecvent mixtate cu episoade delirante; iar cazurile de manie, cu simptomele de agitație (furioasă) și cele de depresie cu simptome anxioase (și suspicioase).

După Renaștere, medicina Europei reia descrierea lor aproximativ în aceeași termeni, interpretarea fiind însă diferită, prin trimitere mai puțin la umori și mai mult la sistemul nervos și starea nervilor. Dar simetria opusă a simptomelor și tranziția dintr-o fază în alta, au fost reconfirmate.(Chenar 36).

În sec.XIX, observația azilară atentă a circumscris forme clinice de manie și depresie fără delir, constatându-se remisiuni spontane și ciclicitate. Melancolia e re-numită „depresie” și se circumscrie o „psihoză endogenă cu dublă formă”, bipolară. Aceasta e inclusă de Kraepelin în sistematica sa ca boală maniaco-depresivă, alături de demența precoce (schizofrenie) și de paranoia, rămânând de atunci în centrul patologiei psihiatrice. Către sfârșitul sec.XX cercetări mai atente au identificat o tulburare depresivă recurentă unipolară și, în general, un spectru malativ depresiv, distinct de cel bipolar. În spectrul bipolar s-au acumulat apoi multiple variante, mai ales prin luarea în considerare a formelor ușoare și subclinice: hipomanie, ciclotimie, temperament hipertim și ciclotim, mania și depresia scurtă etc. Dar și prin prezența unor episoade mixte, forme evolutive ciclotime sau cu cicluri scurte.

Chenar 42

**Mania și melancolia în epoca modernă**

Medicina Europei de după Renaștere, susținută de diplomele noilor Universități, pune în relație punct cu punct mania și melancholia. Willis, fiind în continuare adeptul „spiritelor animale” care se scurg prin nervi, are în vedere criterii calitative care polarizează cele două boli

Melancholia	Mania
Spiritul e ocupat de reflexie	Imaginația e ocupată de un flux perpetuu de
imaginația se odihnește	idei impetuoase
se fixează asupra unui simptom	conceptele și noțiunile sunt deformate
sau obiect conferindu-i proporții	își pierde congruența, valoarea reprezentativă
nerezonabile	e falsificată
tandrețe și teamă	îndrăzneală și furie
Spiritele animale	Spiritele animale se mișcă continuu și neregulat
sunt obscure, întunecate de un	ca suport a gândurilor incoerente
fum gros	ce scânteiază și iriază căldură, ca o flacăra;
	de aceea maniacul nu se teme să stea în frig

Diateza melancholică agravându-se devine furie;  
aceasta, când descrește și trece în repaus se reîntoarce  
la melancholie; schimbările între cele două stări se pot petrece des

În sec.XVIII imaginea spiritelor animale e înlocuită de tensiunea nervilor, a vaselor și fibrelor organismului.

În prezent în DSM-5 (2013) se are în vedere un capitol separat pentru tulburările bipolare și pentru cele depresive, acceptându-se însă și episoade distincte de manie și depresie. În Draft ICD-11 (2019) episoadele unice de manie sau depresie majoră nu sunt validate nosologic, ele trebuind să fie încadrate într-o perspectivă evolutivă.

Simptomatologia maniei și depresiei va fi comentată începând cu descrierea episoadelor respective în DSM-5.

### **Episodul maniacal în DSM-5**

**Pentru diagnostic pozitiv sunt necesare următoarele:**

**A. O perioadă distinctă în care e prezentă o dispoziție (mood) elevată, expansivă sau iritabilă și o anormală și persistentă activitate orientată spre scop sau energie; durata trebuie să fie de peste o săptămână și fenomenele să persiste cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi; sau, orice durată; spitalizarea e necesară.**

**B. În perioada de tulburare dispozițională și creștere a activității și energiei să fie prezente trei sau mai multe din următoarele 7 simptome (minimum 4 dacă dispoziția e doar iritabilă), cu o intensitate semnificativă și reprezentând o modificare notabilă față de comportamentul uzual: 1. O stimă de sine crescută sau grandiozitate; 2. O nevoie scăzută de somn ( e.g. se trezește și nu mai readorme după 3 ore de somn.); 3. E mult mai vorbăreț decât de obicei sau simte nevoia (presiunea) de a vorbi; 4. Fuga de idei sau sentimentul subiectiv ca gândurile nu pot fi controlate; 5. Distractibilitate (e.g. atenția e ușor distrasă de stimuli externi irelevanți sau neimportanți.) observată sau relatată; 6. Creșterea activității orientate spre un scop (fie social, la munca sau la școală, sau sexuală) sau agitație psihomotorie (i.e. tendința spre activități nedirecționate spre un scop); 7. Implicare în activități cu mare potențial de consecințe nefavorabile (i.e. implicarea în cheltuieli excesive, indiscreții sexuale, investiții bănești aberante).**

**Criteriul C. precizează că tulburarea e suficient de gravă pentru a crea deficiențe importante în funcționare iar criteriul D. că episodul nu poate fi atribuit efectelor fiziologice ale unor substanțe/medicamente sau altor condiții medicale.**

## Episodul depresiv major în DSM-5

Pentru diagnostic pozitiv sunt necesare următoarele:

**A. Prezența a 5 (sau mai multe) din următoarele 9 simptome cel puțin 2 săptămâni, reprezentând o schimbare a funcționării anterioare; cel puțin unul trebuie să fie din primele două: 1. Dispoziție depresivă cea mai mare parte din zi, aproape în fiecare zi, indicată fie prin raportări subiective (e.g. a se simți prost (sad), gol sau lipsit de speranță) sau prin observația făcută de alții (e.g. apare ca plin de lacrimi). N.B. la copil sau adolescent poate fi o dispoziție iritabilă.; 2. Scădere marcată a interesului și plăcerii pentru toate, sau aproape toate activitățile, majoritatea zilei, aproape în fiecare zi (indicat fie prin raportare subiectivă, fie prin observație); 3. Scădere marcată în greutate fără a ține o dietă de slăbire (e.g. mai mult de 5% din greutate într-o lună) sau scăderea sau creșterea apetitului aproape în fiecare zi; 4. Insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi; 5. Agitație sau inhibiție psihomotorie (observabilă de alții); 6. Oboseală sau lipsă de energie aproape în fiecare zi; 7. Sentiment de lipsă de valoare sau vinovăție excesivă sau neadecvată (ce poate fi delirantă) aproape în fiecare zi; 8. Scăzută abilitate de a gândi sau se concentra, sau indecizie aproape în fiecare zi (atât resimțita subiectiv cât și observabilă de alții); 9. Gânduri recurente de moarte (nu doar frica de moarte), ideea recurentă suicidală fără un plan specific sau tentativă de sinucidere sau plan specific de a se sinucide.**

**Criteriul B precizează că sindromul conferă o semnificativă stare de distress sau deficiențe în funcționare, iar criteriul C că episodul nu e consecința directă a consumului de substanțe/medicamente sau a altor condiții medicale.**

Criteriile pentru Episodul hipomaniacal sunt aceleași ca pentru episodul maniacal dar exprimate mai puțin intens. Astfel, durata poate fi și de câteva zile, iar simptomele nu determină o deficiență marcată în funcționarea socială sau ocupațională, sau internare.

În caracterizarea episodului depresiv (când nu e specificat ca major) se cer de asemenea ca obligatorii manifestări simptomatice de cel puțin 2 săptămâni cu prezența dispoziției depresive și a scăderii interesului și plăcerii. Se mai cere



prezența a cel puțin 3 simptome din următoarele 7: scădere marcată în greutate din cauza inapetenței, insomnie sau hipersomnie, agitație sau inhibiție psihomotorie, oboseală sau lipsă de energie, sentimentul lipsei de valoare sau vinovăție și preocupări suicidale.

DSM-5 mai descrie ciclotimia și distimia. Ciclotimia presupune ca cel puțin 2 ani să existe multiple episoade cu simptome hipomane ce nu întrunesc criteriile pentru un episod maniacal și numeroase episoade cu simptome depresive care nu întrunesc criteriile pentru un episod depresiv major; nu există mai mult de 2 luni consecutive fără simptome. Distimia constă în prezența aproape continuă a unor simptome subdepresive timp de peste 2 ani, fără intervale libere mai lungi de 2 luni; dar nu se cere prezența anhedoniei (lipsa de plăcere), sentimentul de vinovăție și a ideății de moarte. Pacientul își poate continua, parțial, viața socio profesională.

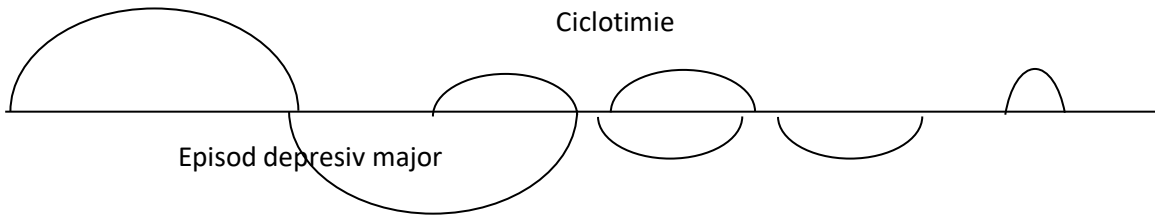
În afara acestor circumscrieri, în capitolul consacrat Tulburării bipolare sunt menționați “specificatori” care se referă la : **1.** Prezența distresului anxios: ușor, moderat, moderat sever, sever; **2.** Episoade maniacale sau hipomaniacale cu simptome mixte, depresive; episoade depresive mixte, cu simptome maniacale; **3.** Tulburarea cu cicluri rapide: cel puțin 4 în 12 luni; **4.** Episod depresiv cu trăsături melancolice: prezintă simptome ca lipsa plăcerii și a reactivității, calitate aparte a dispoziției depresive cu sentiment de gol interior, rău și trezire matinală, agitație sau inhibiție psihomotorie marcată, scădere în greutate, sentiment de neadecvare și vinovăție; **5.** Cu aspecte atipice precum: reactivitate dispozițională specială și cel puțin 2 din: creștere semnificativă în greutate, hipersomnie, rejecție și senzitivitate interpersonală; **6.** Cu aspecte psihotice: acestea pot fi deliruri și halucinații congruente cu dispoziția afectivă sau incongruente (de menționat că psihoza se reduce aici la delir cu eventuale halucinații); cu anhedonie; **7.** Cu debut peripartum; **8.** Cu pattern sezonal: simptomatologia maniacală și/sau depresivă se intercalează în funcție de sezon.

Chenar 43

**Manifestări clinice ale episoadelor afective**

Episod maniacial major

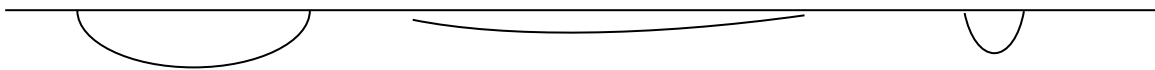
Episod maniacial scurt



Episod depresiv mediu

Tulburare distimică

Episod depresiv scurt

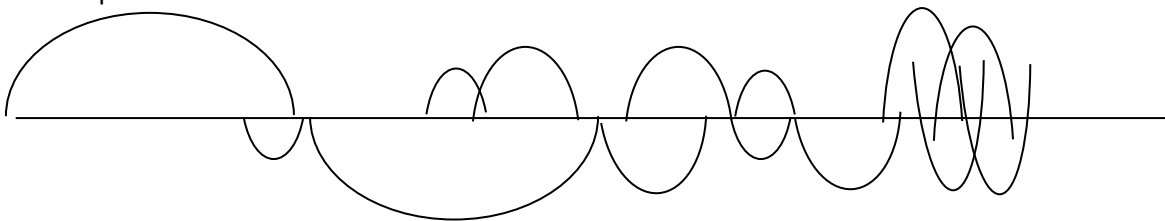


Episod afectiv minor în

Cicluri rapide

Stări mixte

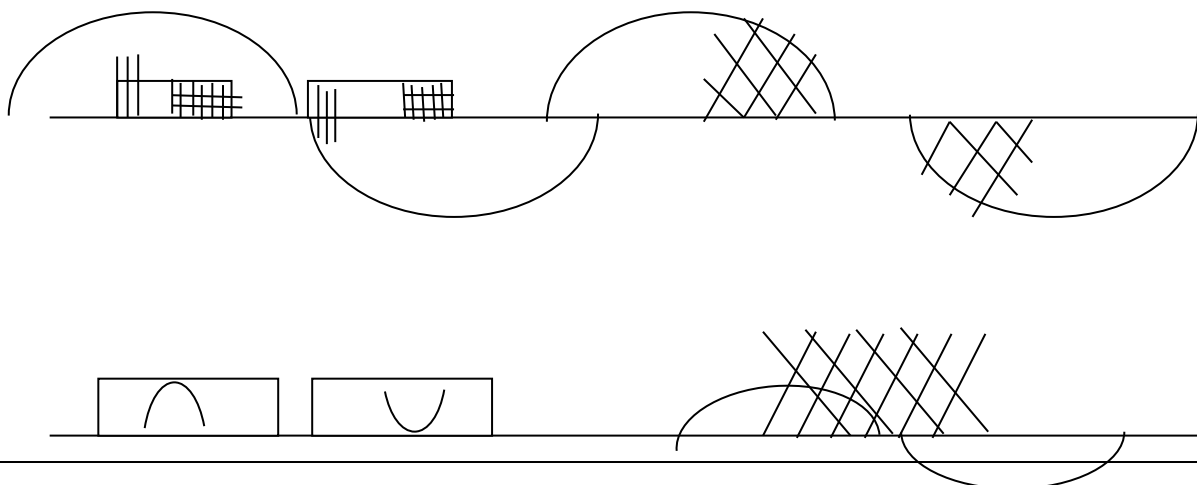
finele Episodului clinic



Episoade afective cu delir congruent și

Episoade schizo-afective

incongruent



Mai sunt menționate unele aspecte de manifestare puțin intensă, precum: - depresia scurtă de 3-4 zile; - episoadele hipomane ce apar la sfârșitul unei stări depresive sau ca induse de medicația antidepresivă și alte medicamente; - episoade hipomane scurte (2-3 zile) sau cu insuficiente simptome; - ciclotimia cu durată mai scurtă (sub 24 de luni). Adepții spectrului bipolar introduc însă și dimensiunea temperamentului – depresiv, ciclotim, distim, disforic- ceea ce DSM-5 nu poate să o facă.

Pe parcursul întregii caracterizări a patologiei centrate de sd. maniacal și depresiv, sistemul DSM-5 pune un accent deosebit pe amploarea simptomatologiei, intensitatea clinică și durata.

DSM-5 prezintă concis și clar aspectul care-l interesează pe medicul ce vrea să pună un diagnostic reproductibil. Această structură rigidă, cu liste de simptome și cuantificări, este consonantă cu obiectivul pe care sistemul și l-a propus: concordanța (reliability) în diagnostic. Dar tocmai acest decupaj schematic și rigid aduce în lumină faptul că procesul de diagnostic e mediat întotdeauna de instrumentul de lectură. În cazul de față, de instrumentul teoretic al manualului. În urma aplicării sale se poate releva doar ceea ce instrumentul permite a se releva.

## **5.2. Sindromul maniacal și cel depresiv ca și cazuri robot**

Rămânând în cadrul psihopatologiei descriptive - dar formulând în același timp intenția de a sonda bazele antropologice ale psihozei, pentru care sindromul maniacal și depresia majoră sunt o poartă de intrare, - apare o nevoie de prezentare mai nuanțată a acestor sindroame. Se poate apela pentru aceasta la manualele didactice de psihopatologie descriptivă în care sindroamele sunt comentate de obicei din perspectiva cazului tipic ideal sau a cazului robot. O astfel de listă, care ar putea fi uneori destul de largă, necesită însă minime criterii de sistematizare în prezentarea sa. Unul din acestea ar putea ordona simptomatologia celor două sindroame în perspectiva unei partajări între simptomele predominant biopsihologice, mai ușor observabile și cele subiective.

în cadrul cărora, se agregă o zonă ce se poate transforma în tematică delirantă prin alunecarea autoreprezentării subiectului în conduita de personaj dintr-un scenariu aberant. Astfel s-ar compensa atenția redusă pe care DSM-5 o acordă simptomelor subiective.

O a doua perspectivă de sistematizare ar putea distinge între aspectul formal al tulburării (de ex. în cazul sd. maniacal: - dezinhibiție expansivă, tahipsihică și ergică cu autovalorizare și sociabilitate pozitivă și proiecție în viitor); și, pe de altă parte, exprimarea acestei disfuncții bazale prin simptomatologia funcțiilor psihice: de vigilitate, pulsionale, cognitive, comportamentale și relaționale. O astfel de abordare subliniază coerența de sindrom a stărilor maniacale și depresive, în calitatea derivării lor din perturbarea structurii formale a manifestărilor externalizate și internalizate. Coerența ce presupune un anumit mod de poziționare atitudinală a persoanei, centrată de sinele său intențional, față de situațiile lumii sale de angajare ergică și îndrăzneală în realizări și conflicte sau de retragere din situație, cu o repliere analitică pe sine. Pornind de la această perspectivă se poate avansa în înțelegerea maniei și depresiei clinice ca derivând din structuri funcționale antropologice de tip modular cu valoare adaptativă, care prin minusul psihoantropologic se manifestă deficitar, rigid, excesiv, dezadaptativ.

Chenar 44

**Sistematizarea simptomelor maniei și depresiei în vederea unui diagnostic comprehensiv****A. Simptome biopsihologice predominant observabile**

MANIE	DEPRESIE
Dezinhibiție extroversă și tahipsihie globală (instinctivă, decizională, comportamentală, ideov-verbală, relațională)	Inhibiție introversă și bradipsihie globală
<p>insomnie fără oboseală energie crescută logoree fugă de idei, asociații superficiale atenție mobilă, percepție crescută hipermnezie nefuncțională libido crescut, dezinhibiție sexuală hipersociabilitate gregară cu reducerea reticenței</p>	<p>insomnie nocturnă și trezire matinală rău matinal oboseală, anergie inapetență, scădere în greutate reducerea libidoului ideeție redusă, lentă perseverare ideatică atenție, percepție, memorie reduse lentoare motrică lipsă de motivație și reactivitate</p>

**B. Simptome psihoantropologice subiective detectabile prin interviu**

Stima de sine crescută  sentiment de valoare și capacitate crescută încredere în sine, asertivitate, optimism nerealist grandiozitate, afirmare de sine	Stimă de sine scăzută  sentiment de capacitate și valoare redusă neîncredere în sine, indecizie, problematizare vinovăție, negație de sine
<b>Viitorul e deschis</b> (totul se va rezolva bine) - participare hedonică la prezent	Viitorul e închis (lipsit de speranță) nu poate adera la prezent (nimic nu-l atrage) incapacitate de a se bucura
Stare afectivă dispozițională pozitivă - veselie, bună dispoziție, euforie ce se transmite celorlalți	Stare afectivă dispozițională negativă - tristețe, proastă dispoziție afectivă, disforie, anxietate, preocupare față de boală și moarte

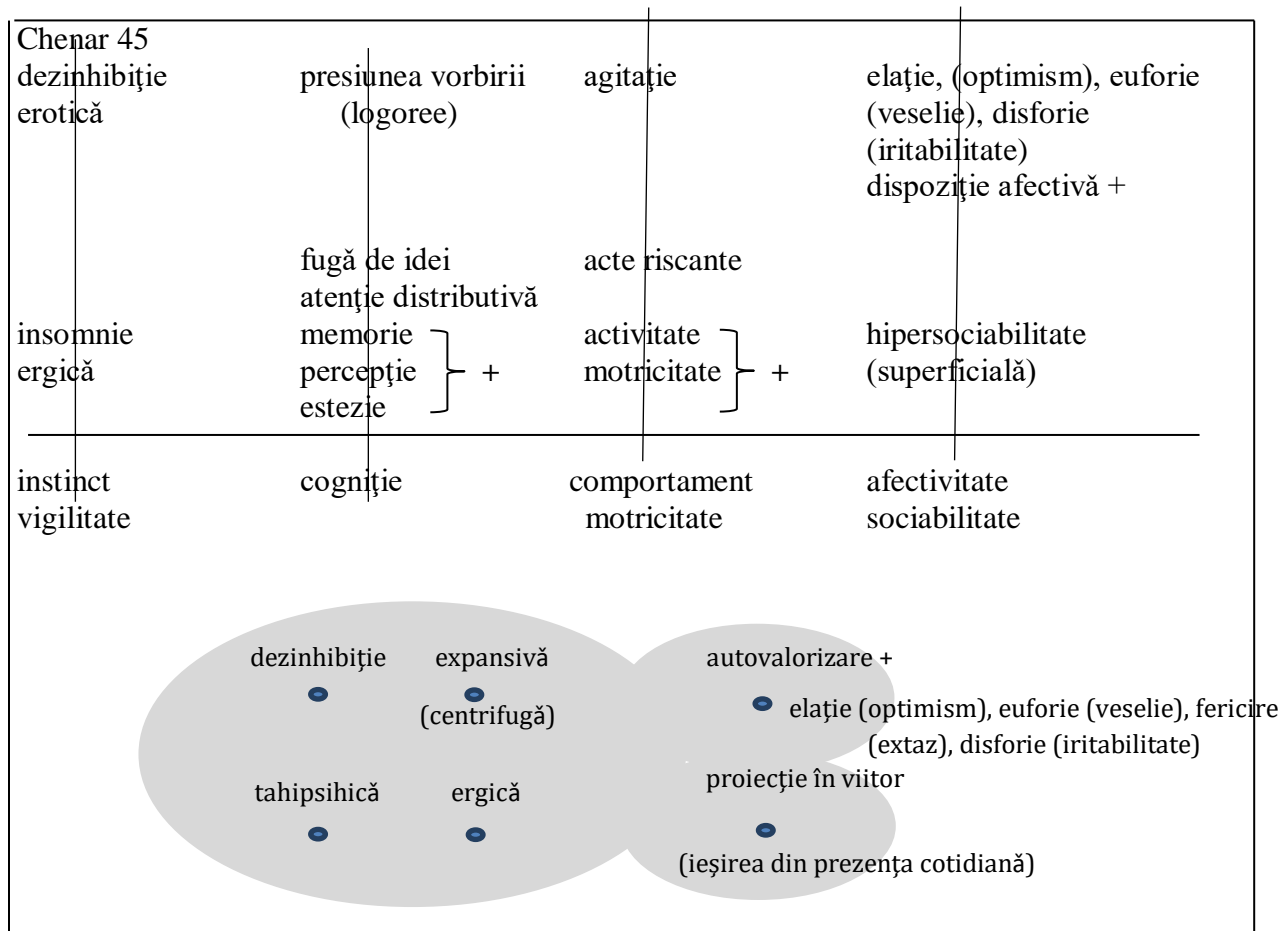
Notă: trăirea subiectiv afectivă dispozițională este doar unul din aspectele tulburărilor dispoziționale din manie și depresie.

B<sub>1</sub> Trăiri și convingeri subiective tematizabile delirant

Manie	Depresie
<p>se consideră o persoană de excepție ce poate rezolva orice, cu calități și capacități deosebite realizări și poziție socială aparte (invenții, creații, misiuni speciale) noi identități megalomane (om istoric, legende mitico sacrale, relații deosebite, descendență specială) stârnește invidia și atitudinea ostilă a celorlalți</p>	<p>se consideră o persoană fără valoare, care nu merită să trăiască e vinovat pentru suferințele altora și ale umanității ruină și catastrofă generală are boli grave și incurabile negație: organele nu funcționează, e mort, condamnat să sufere în eternitate alții îl consideră vinovat pe bună dreptate</p>

- Tulburări formale în sd. Maniacal.

Mania e un sd. dispozițional în dublu sens. Pe de o parte, disponibilitatea generică a subiectului de raportare la situațiile ambianței e dezinhibată, proactivă și dinamizată ergic în toate planurile. Pe de altă parte, dispoziția afectivă se manifestă pozitiv dar rigid, ca elatie, euforie, extaz sau iritabilitate, trăiri nemotivate și neinfluențabile situațional. Faptul se reflectă în circumscrierea sindromului în DSM-5 prin două componente de bază: - Dispoziția afectivă ridicată; și - Manifestarea proactivă aberantă.



Sd.maniacal ar putea fi caracterizat în ansamblu printr-o disfuncție psihică formală globală, constând din: dezinhibiție expansivă tahipsihică și ergică, cu autoapreciere pozitivă, elafie, afectivitate pozitivă și proiecție în viitor. Aceste perturbări se exprimă prin funcțiile psihice ale vigilității, pulsionalității, cogniției, comportamentului, afectivității și relaționării.(Chenar 38).

La fel ca în cazul tuturor sindroamelor psihopatologice importante, se poate considera ca starea maniacală derivă și ea din modalități de reacție și manifestare psihică normale și adaptative. În cazul de față sunt de luat în considerare comportamente externalizate generale ale omului precum: - investigarea; - acțiunile realizatoare performante (mai ales în condiții de risc sau în faza creatoare) – confruntarea beligerantă; - petrecerea sărbătorească (de tip carnaval); - extazul apropierei de divinitate. În cazuri concrete, unele simptome par a deriva mai direct dintr-o astfel de stare (e.g. veselia prosocială glumeață,...iritabilitate,...acțiunile riscante). Vom comenta în continuare sd. maniacal pornind de la tb.formale menționate.

Dezinhibiția psihică se referă în primul rând la permanenta manifestare activă a maniacalului hipervigil și ergic, ce nu poate sta mult timp calm și liniștit, relaxat sau inactiv. Ea se exprimă însă și prin aspecte mai precis directionate , precum : - Dezinhibiția instinctiv erotica, atât ca atracție cât și prin comportament, vorbire licențioasă sau performanță sexuală; - Insuficientă reținere și autocontrol în relaționările sociale, transgresarea normelor sociale, a conveniențelor și reticențelor; - Scurtcircuitarea deciziilor, ducând și la comportamente impulsive ; implicarea permanentă în proiecte de acțiune, deseori fanteziste (intervine în toate și tahipsihia).

Expansivitatea (centrifugă) e susținută și intricată cu celelalte caracteristici (dezinhibiție, tahipsihie, energie). Ea ea se manifestă în plan ideatic și comportamental, al proiectelor de acțiune, al deplasărilor și contactelor umane.

Tahipsihia e evidentă în vorbire (care e și amplă cantitativ – logoree), în fuga de idei, în psihomotricitate, în atenția distributivă distractibilă. Ea stă la baza faptului că maniacalul începe multe lucruri pe care nu le termină, trecând de la unul la altul; sau în plan ideoverbal nu urmărește o temă până la capăt, trecând de la una la alta.

Energia crescută este pe de o parte resimțită subiectiv, întreținând încrederea în sine și sentimentul de atoare putință. Pe de altă parte ea este și un aspect obiectiv, maniacalul vigیل funcționând mult timp fără a obosi, capabil de eforturi fizice și psihice mari. E unul din motivele pentru care starea hipomaniacală poate fi performantă și dorită.

Autoevaluarea pozitivă are și ea mai multe aspecte. Maniacalul are o încredere în sine crescută, se simte capabil, are energie și curaj, are convingerea că poate realiza cu ușurință multe lucruri. Faptul poate sta la baza acțiunilor riscante, hazardante sau perturbatorii. În acest sens episoadele hipomaniacale ameliorează nehotărârea obsesivilor. Stima de sine crescută stă și la baza abordării directe, fără reticențe, a altor persoane, aflate în poziții sociale înalte. Părerea bună despre sine este argumentul proiectelor de viitor fanteziste și mai ales a delirurilor megalomane congruente, de grandiozitate, în care subiectul se autoplasează în poziția de personaj a unor scenarii fictive, în relație cu personalități deosebite.

Proiecția în viitor e o caracteristică esențială a felului în care maniacal se raportează la situație, mai ales în comparație cu depresivul; și chiar cu anxiosul. Maniacul ce se simte puternic și capabil este încrezător în viitor, optimist, convins că poate realiza orice. Deși are o percepție vie (și hedonică) a unor elemente situaționale, esențialul orientării sale e spre realizarea unor proiecte; și în primul rând în viitorul imediat, el fiind sigur de împlinirea acestora. Practic, maniacalul nu are o receptare și o angajare eficientă în raport cu situațiile date, actuale, care să îi permită o echilibrată trăire a “prezenței la prezent”, plasată între trecutul memorabil și viitorul proiectat, planificat și expectat. Prezentul său e punctiform



și nestructurat, aspirat de viitor. Delirul de grandiozitate extrage și mai mult pacientul din prezentul real.

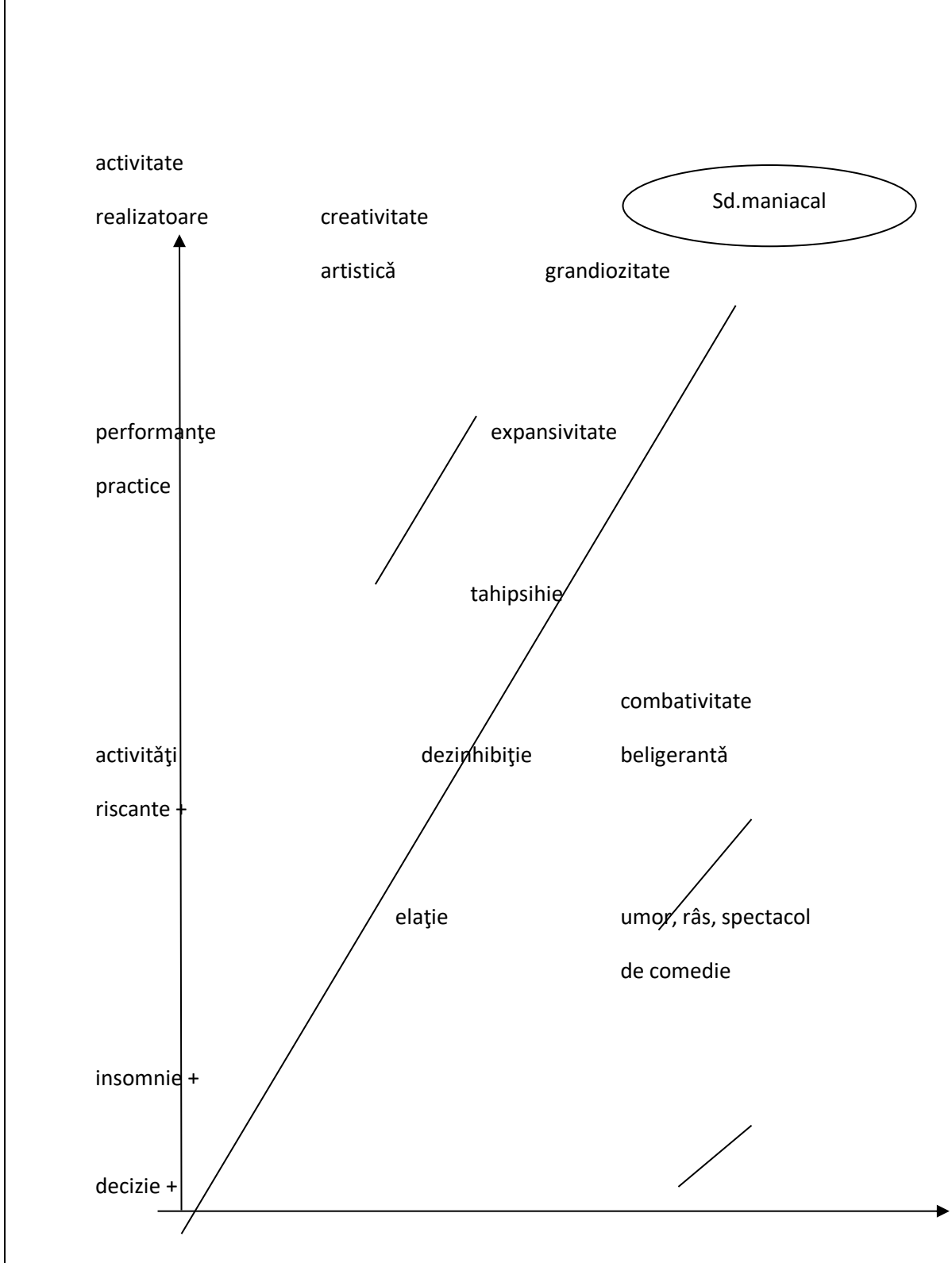
Trecând la simptomatologia exprimată, constatabilă și măsurabilă (prin scale de evaluare), se poate începe cu dimensiunile predominant psihobiologice ale vigilității și vieții pulsionale.

Starea de vigilitate, opusă somnului este cea care asigură raportarea informativă la ambianță și acțiunile eficiente. În sindromul maniacal vigilitatea e crescută, nevoia de somn fiind redusă fără ca subiectul să se simtă obosit. Vigilitatea crescută susține o percepție pregnantă, vie a datelor receptate, cu detalii care-i atrag atenția. Hipervigilitatea se conjugă cu tahipsihia, realizându-se o atenție distributivă mobilă, distractibilă, centrifugă și superficială. Informația receptată nu mai e organizată pe nivele ierarhice, fiind aplatizată, printr-o suită de secvențe și detalii ce nu mai permit buna configurare a ansamblului situațional actual. Distractibilitatea atenției din manie seamănă cu atenția hipermobilă din anxietate, cu diferența că aceasta din urmă e de tip investigator; iar fundalul afectiv și de autoevaluare e altfel orientat.

Dezinhibiția pulsională a fost deja amintită. Ea conduce la un comportament erotic, uneori strident, care încalcă conveniențele sociale. În manie e activat potențialul ludic și hedonic al satisfacțiilor și plăcerilor corporale. În mixare cu anxietatea poate fi întreținută adicția de alcool și de unele droguri. Procesele cognitive sunt dezinhibate și accelerate. E crescută nu doar estezia și planul perceptiv ci și memoria, amintirile; dar această hipermnezie nu e utilă datorită tahipsihiei. La fel, asociațiile de idei și de cuvinte rapide, deși pot fi interesante și originale, nu sunt productive, datorită tahipsihiei și deficitului de organizare mentală spre un scop.

Chenar 46

**Manifestări ale dezinhibiției expansive externalizate (incluzând hipersociabilitatea gregară) din care poate deriva sd. maniacal**



Motricitatea și comportamentul dezinhibat, expansiv și derulat rapid, reprezintă o arie simptomatică dintre cele mai specifice maniei. Pacientul nu stă locului, se mișcă mereu; uneori mișcările sunt mai rapide, reacționează prompt fără suficientă deliberare. Nivelul activității cu scop (profesional, școlar) crește în faza inițială; are multe planuri, se angajează în activități riscante etc. Se poate ajunge la agitație maniacială. În hipomanie performanțele pot efectiv crește un timp la fel ca și creativitatea. Pentru ca ulterior ele să se deterioreze.

Dezinhibiția și viteza crescută se constată și la nivel ideo verbal, arie simptomatică ce e de asemenea caracteristică. Vorbirea poate fi crescută cantitativ și cu derulare rapidă (logoree, tahifemie). La fel e și “presiunea gândirii” constând din resimțirea unei ideții care se impune cu rapiditate în fundalul cursului ideativ. Pacientul își face multiple planuri de acțiune, imediate sau de viitor. Dar el se simte mobilizat uneori și să producă poezii sau diverse texte literare sau de tip științific, producția ideatică fiind tot mai amplă.

Comportamentul prosocial este și el caracteristic mai ales pentru mania euforică. Subiectul contactează spontan pe oricine întâlnește, pe necunoscuți, fiind lipsit de reticențe. Intră ușor în conversație cu primul venit, nu are secrete, nu respectă conveniențele sociale și ierarhiile. Buna sa dispoziție e contaminantă. În conversație poate fi distractiv, spune glume, recită poezii, cântece, etc. În varianta disforic iritabilă, maniacialul se manifestă tot prosocial dar reacționând ostil și ajungând mereu la dispute și confruntări cu ceilalți. Hipersociabilitatea gregară, cu un comportament similar celui din timpul petrecerilor sărbătorești dezlănțuite, este o tradițională caracteristică a comportamentului maniacial; ea e marginalizată însă în DSM-5, care pune accentul pe dezinhibiția din activitate. (Chenar 40).

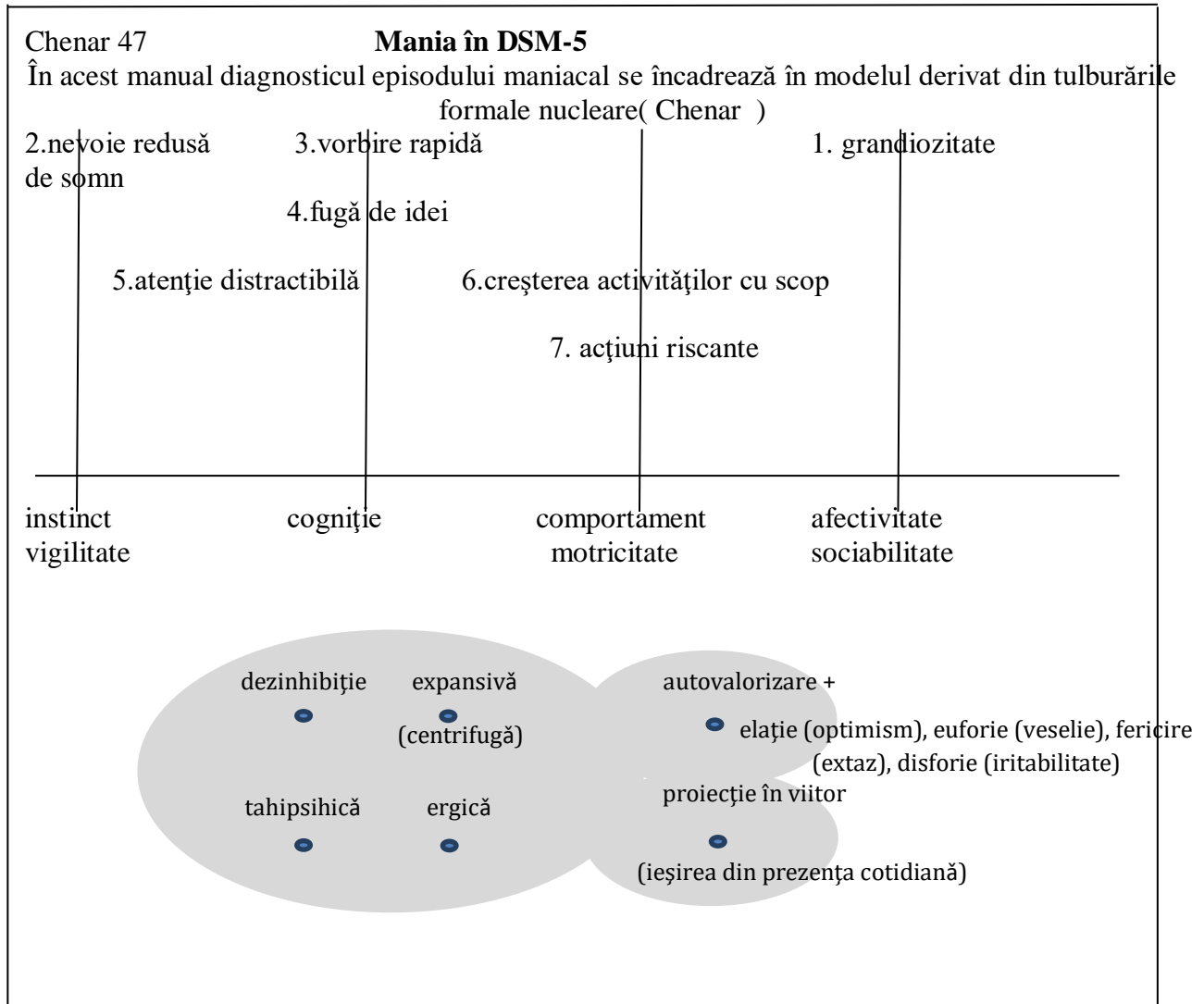
Dispoziția afectivă euforică și disforică, elafia. Dispoziția afectivă pozitivă, euforică a fost considerată mult timp, în secolul XX o caracteristică de bază a stării maniacale. Totuși tradiția patologiei maniacale a consemnat încă din antichitate –

și pe tot parcursul modernității – și “furorul maniacial”, mania agitată și violentă, combativă, a nebunului ce lovește nediscriminativ pe oricine din jur. Chiar dacă se lasă la o parte mania delirantă paranoidă, tradiția culturală trimite și spre derivarea maniei agitate din dispoziția externalizată a confruntării beligerante. Aceasta se originează în tradiția luptătorilor ce se identificau cu un animal carnasier agresiv totemic (lup, urs, leopard etc.). Sau a celor ce optau pentru războiul sfânt, luptându-se până erau omorâți. Pentru varianta tradițională de manie furioasă se folosește în ultimele decenii trimiterea la dispoziția iritabil disforică.

O altă variantă dispozițională s-a impus în ultimele decenii, mai ales după DSM-III, când psihiatrii americani au introdus în comentarii “elația”, cu referire la dispoziția expansiv realizatoare de angajare în produceri efective. Această elație dispozițională e susținută de dezinhibiția ergică și de tahipsihie, bazându-se pe proiecte de acțiune, realizare, creație, toate sub semnul optimismului. Pe această linie se plasează și multiplele proiecte ale maniacialului, angajarea sa în acțiuni riscante; dar și creativitatea.

În afara variantelor menționate – disforică și de elație realizatoare – tradiția consemnată constant de clinică a dispoziției vesele și euforice nu poate fi ignorată. Ea se referă de fapt la buna dispoziție și veselia de tipul petrecerilor sărbătorești ce urmează succeselor, victoriilor, aniversărilor; sau a celor de tip carnavalesc de la sfârșitul anului, însoțite de spectacole, comedii, circ, dans, pantomimă etc. E vorba de o dispoziție euforică contaminantă social, care reduce diferențierile sociale, însoțindu-se de dezinhibiție instinctivă (alimentație bogată, alcool), cântece, dans, glume, râs, voie bună. La nivel hipomaniacal, tradiționalul bufon se înscrie în această linie.

În sfârșit s-ar cere să nu fie lăsată de o parte nici dispoziția afectivă pozitivă a extazului mistic, de apropiere de personajele lumii sacrale, care se regăsește mai ales în mania delirantă cu teme religioase.



Cele patru direcții dispoziționale menționate se pot deseori combina. Esențial e faptul că ele se conjugă fiecare, în anumite grade, cu baza formală a acestei tulburări ce constă în dezinhibiție expansivă, cu tahipsihie ergică și prosocială, cu proiecție în viitor. Clinica psihiatrică nu poate ignora nici posibile combinații cu elemente ale altor stări dispoziționale uneori chiar opuse, cum ar fi cea anxioasă și cea depresivă.

Se mai cere precizat că anormalitatea dispoziției afective din manie nu constă doar în intensitatea ei și în lipsa de motivație. Ci, mai ales, în „desituationalizarea” în care ea plasează pacientul, datorită tulburărilor formale, și

mai ales în proiecția exagerată spre viitor cu neglijarea datelor prezente. Dispoziția maniacală în toate sensurile ce au fost comentate, persistă continuu o perioadă apreciabilă de timp, peste o săptămână, uneori luni de zile. În această perioadă subiectul nu mai e conectat și sensibil la variatele evenimente situaționale. El e lipsit și de modularea afectivă pe care o induc stările emotive, care exprimă reacții la semnificația evenimentelor recepționate. În plus relaționarea interpersonală devine uniformă după o variantă publică, cu aplatizarea sau ștergerea modalităților diferențiate și intime de raportare, inclusiv de rezonare afectivă reciprocă.

Dispoziția afectivă din manie, cea de relație euforică sau cea disforică, simplifică la maximum bogăția de trăiri afective ale persoanei în cauză.

#### - **Tb. formale în Sindromul Depresiv**

Sindromul depresiv care a fost adus în discuție încă din Introducere, poate fi comentat până la un punct după o schemă similară cu cea a raportării maniacale la situație, prin impunerea unor caracteristici formale simetric opuse: inhibiție retractilă, bradipsihică și anergică, cu autovalorizare negativă și repliere pe trecut. Simptomatologia clinică ar rezulta din transpunerea acestor condiții formale în funcționarea psihologică (motivațională, cognitivă, comportamentală, relațională afectivă etc.). Spre deosebire de sd. maniacal, simptomatologia somatică și cea subiectivă joacă acum un rol mai important. Iar diferența între depresia inhibată și cea agitată e mai semnificativă decât cea dintre mania euforică și cea disforică.

Inhibiția retractilă , bradipsihică si anergică, se manifestă în toate planurile psihismului: instinctiv, cognitiv global, ideo verbal, motor, relațional. La un pol opus față de expansivitatea centrifugă a maniacalului, depresivul se retrage spre propria-i corporalitate, spre propriul trecut; și mai adânc, spre neființă. Inhibiția în plan corporal instinctiv e evidentă prin inapetență cu scădere în greutate. Dar ea e mai globală, manifestându-se prin spasme pe organele cavitare, ce pot întreține cenestopatii, algii și variate disfuncții; precum și prin reducerea unor funcții vitale, așa cum ar fi cea imunitară. Aceste aspecte argumentează strânsa interrelație între

depresie și medicina generală. Somnul e perturbat, caracteristică fiind trezirea și răul matinal. Inhibiția în plan cognitiv e globală, de la hipoestezia exterioară la percepția diminuată a lumii exterioare, cene-stopatii și algii corporale, apoi diminuarea concentrării atenției, hipomnezie, lentoare mnestică ideativă și de judecare, vorbire redusă cantitativ și lentă, până la mutism. În plan motor și comportamental mișcărilor sunt lente și reduse; comportamentul cu scop și activitățile sociale sunt încetinite până la blocaj total și inactivitate abulică, pacientul petrecându-și tot timpul în pat. E posibil și un stupor pseudocatatonic. Subiectiv poate fi resimțită astenia. Inhibiția motivației (a tendințelor, proiectelor, aspirațiilor) se corelează cu anhedonia (lipsa plăcerii și atractivității pentru orice); și uneori cu indecizia și ruminările. Relațional dispare interesul pentru contactul cu alte persoane până la retragerea socială completă.

Autovalorizarea negativă și replierea pe trecut și neființă se exprimă prin dispoziția afectivă negativă, care e un element esențial al sindromului. Ea e caracterizată de obicei ca tristețe fără de speranță. Există multe nuanțe ale dispoziției afective negative din sindromul depresiv, chiar dacă nu ne referim la mixtarea sa cu anxietatea și/sau cu iritabilitatea disforică. Starea depresivă în care subiectul e pesimist și nu mai speră că se va întâmpla nimic pozitiv, este evident corelată nu doar cu lipsa de speranță ci și cu neatașamentul față de situația prezentă, care nu mai e cu nimic atractivă pentru subiect. Acest aspect e rezumat uneori prin simptomul anhedoniei, care în acest caz nu se referă doar la lipsa plăcerilor corporale sau a celor corelate relaționărilor sociale. De fapt, retragerea din viitor și prezent, se conjugă la depresiv cu o repliere pe un trecut special, pe care îl centrează autodevalorizarea și negația. El se simte un om lipsit de valoare și vinovat. Dar nici acesta nu e punctul terminus al atitudinii retractile autodevalorizante, căci ea se îndreaptă spre lipsa de rost existențial, ruină și negare universală. Apoi apare ideea de moarte, proiecte și tentativele de suicid. În final,

se plasează suicidul bine planificat și realizat. Preocuparea hipocondriacă se înscrie și ea în această direcție a apropierii de moarte.

În raport cu modelul depresiei inhibitate menționat mai sus, se cer comentate formele anxioase, disforice și alte tablouri clinice particulare.

Depresia anxioasă păstrează unele caracteristici biologice (e.g. inapetență, tb. de somn) și pe cele subiective ale depresiei (tristețe, lipsă de speranță, anhedonie, devalorizare, ideeație suicidară); dar se manifestă prin neliniște psihomotorie și tulburări neurovegetative. Strânsa corelație dintre depresie și anxietate poate fi pusă pe seama derivării ambelor sindroame din reacțiile dispoziționale de răspuns în fața confruntărilor, eșecurilor și adversităților. Faptul e observabil încă din biologie prin conduitele de retragere, încercare de punere la adăpost și evitare. În fața confruntării cu un pericol, individul poate adopta comportamente de sumisiune (inhibiție), de retragere și ascundere (conduita anxios fobică).sau de acceptare a competiției.Ultimul caz e caracteristic conduitelor externalizate, din care deriva mania. Dar situația biopsihologică a unei confruntări tensionate, lipsită de suficientă încredere în sine și speranță, marcată de disperare, ar putea sta în spatele atât a maniei cât și a depresiei disforice. După cum, disforia ar fi și o punte pentru episoadele mixte, cu simptomatologie atât maniacială cât și depresivă.

Tulburările formale menționate mai sus ar reprezenta specificul deficienței psihopatologice al maniei și depresiei, care dediferențiază cadrul de organizare al prezenței subiectului la situațiile actuale. Când se instituie o stare maniacială clinică, subiectul e aspirat de un viitor atotace posibil, sprijinindu-se doar punctiform pe un prezent hedonic. În plin episod maniacial, viteza cu care se derulează psihismul și permanenta proiecție megalomană în viitor, nu-i mai permite subiectului să integreze sintetic, ierarhic datele situației, pentru a se centra pe obiective specifice și pentru a se deschide spre solicitări semnificative. De aceea el nu mai poate să „testeze corect realitatea”. Această „extragere din prezent” este



cea care poate proiecta maniacalul pe orbita psihotiformă, chiar dacă nu se configurează o manifestare propriu zis delirantă. Mania tradițională, cel puțin cea care a fost cooptată de Kraepelin în boala maniaco depresivă, avea o „intensitate clinică” în sensul că pacientul se comporta deranjant pentru ambianță, necesitând internarea. Acest criteriu se păstrează și în prezent, diferențiindu-se episodul maniacal de cel hipomaniacal, în care prezența la viața cotidiană se poate păstra, chiar dacă unele comportamente sunt excesive; iar, uneori, o perioadă de timp subiectul poate fi chiar eficient și creator în unele domenii. Celor două criterii menționate – intensitate clinică și pierderea testării realității – li se mai adaugă în nosologia kraepeliană, „condiționarea endogenă”. Adică, apariția episodului în afara unei determinări comprehensibile printr-un eveniment sau context de viață. Deși expresia de endogenie nu se mai folosește după DSM-III, fiind în mare măsură înlocuită cu cea a unei vulnerabilități crescute, acest aspect e important pentru circumscrierea cazuisticii psihopatologice. Spre exemplificare, am putea accepta că o persoană se comportă normal, dacă e dezinhibată, cu o veselie exagerată și o sociabilitate gregară, în cadrul unei petreceri sărbătorești de tip carnavalesc. Dar ea se manifestă anormal dacă acest comportament apare în afara unui astfel de context, în mijlocul unei dezbateri academice.

Pentru depresia psihopatologică, cea care a fost inserată de Kraepelin în boala maniaco depresivă – și care în ultimele decenii e comentată și ca depresie monopolară – problema se pune la fel ca pentru manie. Ceea ce caracterizează în mod specific ieșirea din prezent a depresivului, este lipsa de speranță în viitor și dezinteresul față de ceea ce este în jur, stare însoțită de lipsa de plăcere, „de anhedonie”: nimic nu-l mai atrage și nu îl mai bucură. În plus, el se repliază pe trecut, autodepreciindu-se, considerându-se vinovat și preocupându-se de moarte (eventual suicid). Intensitatea clinică, pierderea testării realității și instalarea episodului în afara unui determinism și context actual comprehensibil, dau profilului clinic al acestui episod de retragere depresiva din prezent, un caracter

similar cu a celorlalte trăiri psihopatologice ce se plasează pe orbita psihotiformă, chiar în afara delirului. Pentru depresie însă, tranziția spre această orbită e uneori mai dificil de sesizat decât în cazul maniei, datorită caracteristicilor internalizate ale simptomatologiei. Totuși, fără a se pronunța cuvântul „endogenie”, depresia insuficient argumentată circumstanțial e circumscrisă, e diagnosticată și tratată în continuare în clinica psihiatrică ca o patologie importantă, apropiată de psihoză. Tot datorită comunicării dificile este uneori greu de evaluat nivelul de la care autodevalorizarea vinovăției transferă subiectul în condiția de personaj delirant.

Tulburările formale din manie și depresie presupun un deficit de-diferențiator în aria raportării la situație, a ritmului și vitezei de derulare a unor procese biopsihice bazale. Ceea ce presupune afectarea unor centri neuropsihici coordonatori. Privind din această perspectivă s-ar putea înțelege, în primul rând, relativa partajare între simptomele biopsihologice (instinctive, propensive, psihomotorii) și cele predominant psihoantropologice (autoevaluare, orientare temporală privitoare la proiecte, dispoziție afectivă resimțită, sociabilitate). În acest sens Schneider a vorbit deja de mult despre o „depresie vitală”. Pe de altă parte, s-ar putea înțelege intrarea în joc uneori diferențiată a unor domenii de funcționare psihică (de ex. accelerarea sau încetinirea separată a ideației, vorbirii, mișcărilor). Aceste aspecte ale „endogenității neuropsihice”, și a fațetelor, manifestărilor psihice ar putea ajuta la înțelegerea stărilor mixte.

### **5.3. Derivarea sd.maniacal și depresiv din trăiri normale adaptative.**

Depresia și mania pot fi comentate, în mare măsură, ca dispoziții afective, la fel ca anxietatea și dispoziția disforică. S-ar putea relua la acest nivel modelul sugerat deja (în Introducere și Cap.1 și 2), privitor la faptul că unele structuri funcționale adaptative (de tip modular) cu care psihismul uman e dotat, - care se afla în „dispozitivul său de funcționare”, la „dispoziția” sa - se pot activa uneori, în condiții psihopatologice, la stimuli minori, manifestându-se mai intens și prelungit

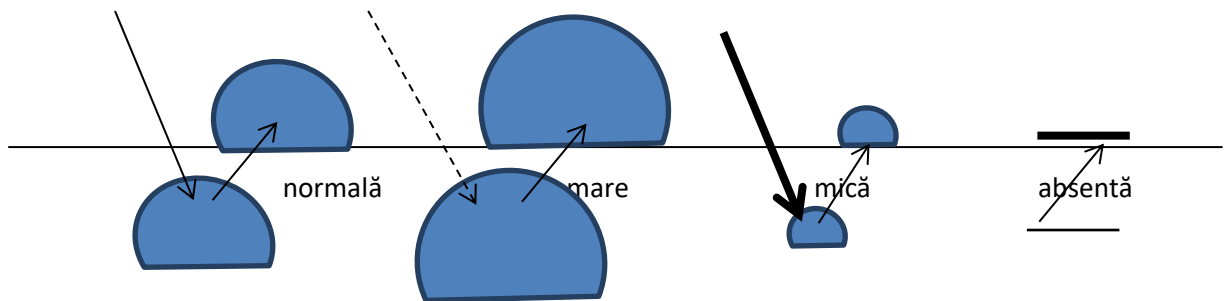
decât ar cere-o destinația lor adaptativă, acaparând întregul psihism.( Figura...). Așa s-ar petrece lucrurile în primul rând cazul anxietății generalizate și a unor reacții explozive, așa cum deja s-a comentat.

Starea maniacală și cea depresivă sugerează însă un mecanism puțin mai complex decât cel două menționat mai sus. Mania ne trimite în mod firesc spre reacții și comportamente externalizate. Dar acestea sunt destul de multe și variate. Iar actuala perspectivă a spectrelor maladive ne sugerează să fim atenți nu doar la episoadele hipomaniacale ci și la temperament și la variantele subclinice, eventual chiar creative ce se pot întâlni la pacient în perioadele interepisodice. Precum și la rudele de gradul întâi ale maniacalilor. Am putea avea în vedere astfel persoane care de-a lungul unor perioade apreciabile de timp au mereu inițiativa, angrenându-se cu energie în proiecte riscante pe care le realizează uneori în condiții foarte dificile. Pentru a se prăbuși apoi în prelungite perioade de refacere. Sau, oameni joviali, care foarte ușor sunt dispuși pentru petreceri vesele, cu jocuri și cântece, cu o sociabilitate gregară superficială, și care periodic sunt retrași și oboșiți fără motiv. Dacă suntem atenți la varietatea de simptome ce pot fi reunite în cadrul unui caz robot de manie, ne dăm seama că nu putem căuta un singur corespondent în normalitate al stării maniacale, într-o modalitate de manifestare externalizată bine delimitată. De fapt, ceea ce ne sugerează nucleul tulburărilor formale, e tocmai intervenția unui nivel bazal ce susține ansamblul manifestărilor externalizate și internalizate. Adică, a unei condiții de posibilitate a unui larg diapazon de comportamente externalizate ale psihismului uman, care au variate specificități. Vom face un scurt inventar al acestora, începând cu moștenirea psihobiologică și urcând până la manifestările culturale.

În primul rând ar trebui să amintim comportamentul specific rutului din biologie, caracterizat prin dezinhibiție sexuală și competiția ergică a masculilor în perioadele de acuplare. Dezinhibiția sexuală din manie e bine cunoscută, cu variate

Chenar 48

### Manifestarea stărilor dispoziționale depinde de dotarea personală și de vulnerabilitate



structuri

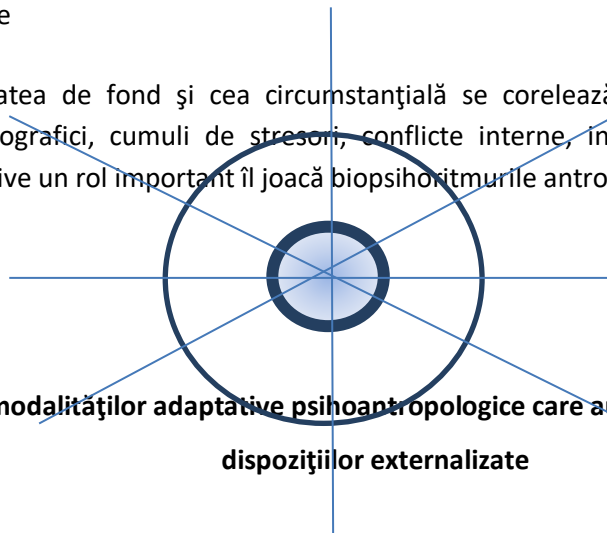
funcționale

adaptative

anxios fobice

maniacele/depresive

Vulnerabilitatea de fond și cea circumstanțială se corelează cu factori genetici formativi, temperamental, biografici, cumuli de stresori, conflicte interne, influențe recente. Pentru fazele maniacele și depresive un rol important îl joacă biopsihoritmurile antropomice.



**Circumplex al modalităților adaptative psihoantropologice care au la bază schema formală a dispozițiilor externalizate**

investigare

manifestări ce nu pot fi ignorate. Poate fi avut apoi în vedere comportamentul explorator în teritorii necunoscute, ce necesită energie și asertivitate, chiar dacă e supus, intermitent, unor condiții anxiogene. Și acest model e împărtășit de om, care pe parcursul antropogenezei multe sute de mii de ani a fost culegător și vânător.

Acțiunile realizatoare eficiente sunt esențiale în existența persoanelor umane, fie că se desfășoară în colaborare, fie că sunt realizate solitar. Faptul de a-și face multe proiecte și a se angaja excesiv în acțiuni riscante este însă unul din principalii itemi de diagnostic ai maniei în DSM-5. Pentru a fi cât mai apropiați de stările maniacale, putem menționa că în procesul normal de realizare, către final, când un rezultat pozitiv se întrevede tot mai clar, subiectul uneori se mobilizează intens pentru o funcționare hiperperformantă, lăsând o vreme la o parte odihna și somnul. Apoi, starea de inspirație creatoare se caracterizează și ea prin vigilitate și energie crescută, cu asociații de idei rapide și productive. Sunt și cazuri în care subiectul se entuziasmează chiar de la începutul unui proiect, cu sentimentul că îl va realiza cu ușurință. Toate aceste aspecte se pot agrega în direcția manifestărilor de tip maniacal.

Confruntarea beligerantă efectivă cu altul, necesită de asemenea și ea expansivitate ergică pe un fond vigیل și de concentrație accentuată a psihismului, pentru înfrângerea adversarului și realizarea victoriei; așa, cum de altfel ne este ea exemplificată de partidele de luptă sportivă. Și acest model presupune în fundal profilul formal de derulare a proceselor psihice specific maniei.

Petrecerea de tip sărbătoresc care urmează de obicei succesului și victoriilor - sau care se desfășoară cu ocazia aniversărilor sau în contextul carnavalurilor -, se însoțește de voie bună și veselie colectivă, într-o atmosferă de sociabilitate gregară și dediferențiere a ierarhiilor. Veselia sărbătorilor se corelează și cu dezinhibiția instinctivă (alimentară și uneori erotică); dar și cu spectacole de comedie, cântece, dans, pantomimă, bufonerie. Tradiționala meserie de bufon e congruentă cu un comportament hipomaniacal.(Chenar 44).

Dacă avem în vedere doar manifestările menționate mai sus, înțelegem că orice om pe parcursul vieții sale exersează în permanență variate comportamente externalizate adaptative care se bazează pe acest fond structural formal al funcțiilor externalizate adaptative pe care îl întrețin, îl modelează și îl nuanțează. În toate cazurile amintite, funcțiile externalizate ale psihismului sunt mobilizate și activate, astfel încât subiectul să funcționeze eficient, rapid, ergic. El se manifesta în acord cu și încrezător în sine, angajat optimist în realizările sale din viitorul imediat, convins că poate depăși orice obstacol. Sau angrenat fără probleme, hipersociabil și dezinhibat în supratemporalitatea sărbătorii. Persoana are astfel șansa afirmărilor realizatoare și/sau a integrării comunitare.

Alunecarea spre starea maniacală e indicată de activarea acestor funcții formale ce susțin comportamentele externalizate adaptative în afara contextului adecvat; și prin manifestarea lor excesivă, care nu mai permite o bună diferențiere prin cuplarea cu specificul situației date. Subiectul se bine dispune și se comportă ca și la sărbătoare, în lipsa acesteia. El își face proiecte multiple și fanteziste, crezându-se capabil de orice; și se angajează în activități riscante.

Dar, ceea ce e de presupus că se petrece de fapt atunci când se apropie un episod maniacal, e în primul rând o de-diferențiere a întregului edificiu a structurilor funcționale externalizate. Astfel nucleul formal al acestora se condensează sub o masă critică și se impune, nivelator, declanșat de stimuli minori. În continuare starea maniacală acaparează psihismul subiectului într-o manifestare excesivă și rigidă, care nu mai are respondență nuanțată și adecvată la semnele și semnificațiile ambianței.(Chen 44 ).

Chenar 49

### Bufonul, carnavalul și comedia

Modelul sărbătorii anuale carnavalesți, bazat pe regenerarea timpului odată cu nașterea Noului An, s-a păstrat chiar în sânul bisericii creștine până în perioada Renașterii sub denumirea de “sărbătoare a nebunilor” (sau inocenților). Aceasta avea loc de Crăciun când în biserică, alături de slujba obișnuită se oficia – parcă în joacă – un ritual de parafrază a acesteia, efectuat de obicei de diaconi cu ajutorul copiilor din cor. Se purtau măști, protagoniștii apăreau deghizați în “nebuni” cu capișon și marotă. Se alegea apoi un “episcop al nebunilor” dintre oamenii simpli, care purta mitra și primea binecuvântarea poporului; el ținea o pseudoslujbă presărată cu glume și blesteme. Apoi cortegiul pleca în oras, sub patronajul episcopului nebun, cu pompă și veselie, cu cântece, dans și comportamente indecente. Bufoneria și comportamentul burlesc caracteriza manifestarea.

Sărbătoarea nebunilor era oficiată și în unele mănăstiri. Personaje oficiale importante ale Bisericii asistau uneori la spectacol. De ex. la Lille în 1372 a participat și ducele de Bourgogne, care a inițiat manifestarea în capela sa. Ea a încetat în urma unei decizii eclesiaste din 19 ianuarie 1552.

În Europa din jurul Renașterii a existat obiceiul ca orașele să angajeze câte un “nebun” (bufon) a cărui sarcină principală era să anime sărbătorile de tip carnavalesc. El deschidea de obicei alaiul procesiunii făcând tumburi și grimase, aruncând vorbe de duh, inducând o atmosferă veselă, de “joacă” și distracție; iar în urma sa veneau episcopii, preoții, notabilitățile. Sărbătoarea era astfel pusă de la început sub semnul neobișnuitului, a “ne-seriosului”, a glumei și petrecerii; în acest cadru variatele manifestări ale petrecerii se desfășurau ca distracții, într-un univers paralel cu cel al seriozității muncii. Unele burguri aveau angajați “nebuni” permanenți, comunele și breslele îi angajau pentru câte un eveniment determinat. Bufonii moșteneau uneori meseria din tată în fiu. Dar se puteau califica pentru această funcție personale de diverse meserii, angajându-se apoi printr-un fel de concurs. La curțile nobililor și regilor meseria de nebun era de obicei bine retribuită, căi “fișă postului” cerea multe calități și competențe.

Bufonul trebuia să fie în permanență bine dispus și să inducă și altora bună dispoziție. El trebuia să știe glume, să improvizeze satire și poezioare, să reproducă citate din opere celebre, fapt ce presupunea o amplă cultură literară. Bufonul făcea mășcării, distra societatea și..era singurul care putea spune regelui adevărul drept în față.

Sărbătorile de tip carnavalesc patronate de bufoni, favorizau manifestările exteriorizate ale spectacolelor cu atmosferă veselă a bunei dispoziții și a râsului, a glumelor și a comediei. Se știe că în Grecia, comedia a derivat din tragedie, ce a luat naștere și ea din sărbătoarea de primăvară a Marilor Dyonisiace. Satyra romană se naște și ea în marginea unor sărbători vesele de primăvară și a cultului falic. Satyra, la fel ca și comedia greacă, s-a dezvoltat și din prezentarea caricaturală a unor defecte caracteriale, ce inferiorizează anumite persoane plasându-le în zona “râsului de batjocură”. Se îngemănează la acest nivel cele două funcții majore ale râsului: cel de consonanță solidară a oamenilor veseli, ce petrec dezinhibat social; și cel de inferiorizare critică a celor ce merită “făcuți de rușine”.

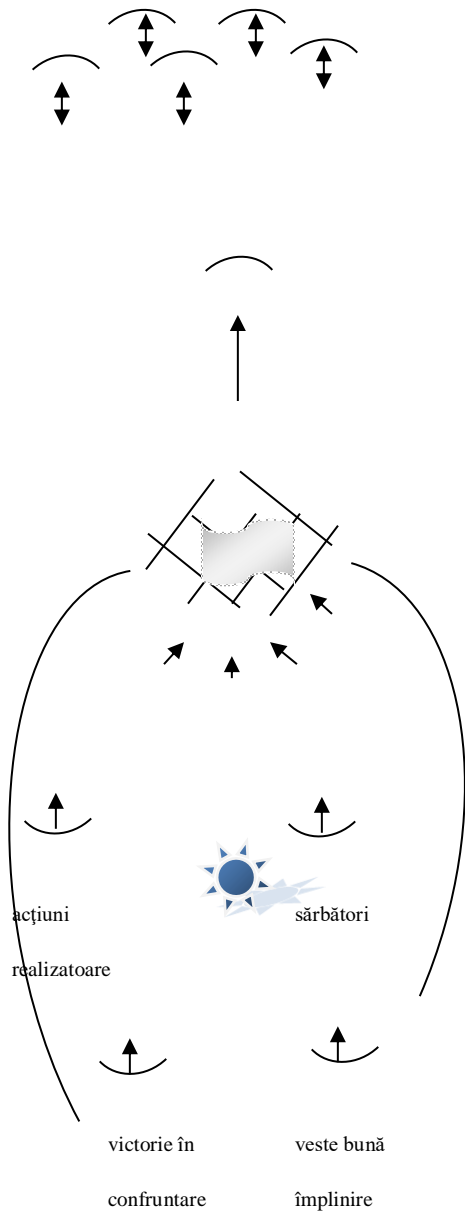
Mania în varianta sa euforică preia moștenirea dispozițională pozitivă a sărbătorilor carnavalesți, inclusiv propensiunea ludică spre glume și râs.

După : Lever M., *Le sceptre et la marote Histoire, fous de court*, Paris, Fayard, 1983

Chenar 50

### Condensarea dispozițiilor în modele rigide ce se impun decontextualizând subiectul

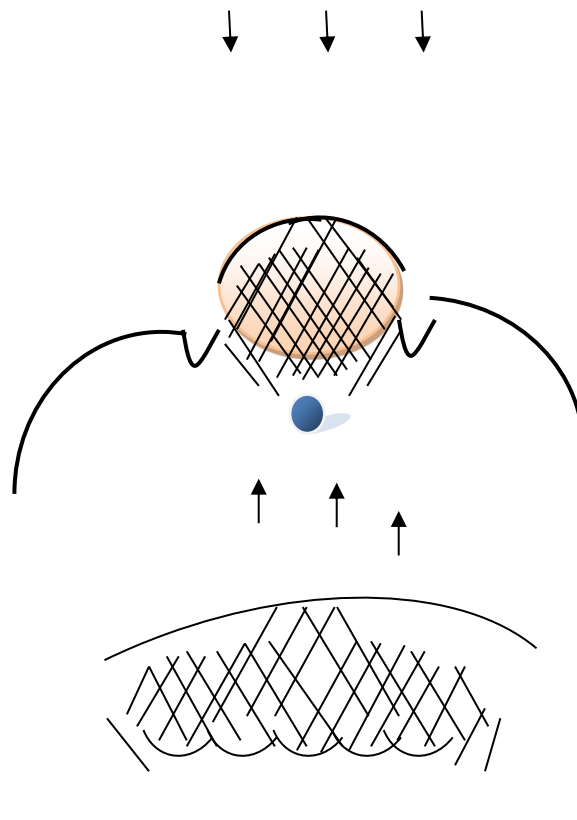
a. Normalitatea



Subiectul dispune de variate modalități dispoziționale în clasa dezinhibiției expansive prosociale, care se activează în evenimente prin conjuncție cu situații specifice

b. Anormalitatea

Solicitări minore sau nespecifice declanșează schema formală externalizată care acaparează psihismul și îl decontextualizează



Disponibilitățile externalizate se comasează dediferențiat într-o schemă formală rigidă a dezinhibiției expansive



Pentru instituirea depresiei psihopatologice, se poate comenta într-un sens simetric cu cel din manie. Acum se instituie însă manifestarea dereglantă și decontextualizantă a unor manifestări susținute de cadrul formal al manifestărilor internalizate, inhibate și anxioase. (fapt ce a fost sugerat în Introducere). Acest cadru formal, cu care psihismul uman e dotat genetic și pe care el și-l dezvoltă și îl exersează prin experiențele sale de viața, ajunge să se afirme dediferențiat susținând manifestări neadaptative. Și apoi, să se plaseze, hipersensibil, în apropierea declanșării sale la stresori minimi, urmată de manifestarea episoadelor depresive.

#### **5.4. Stările mixte, varietatea dispozițiilor și temperamentele afective**

Mania antică era descrisă ca veselă, megalomană sau furioasă; iar melancolia ca tristă, astenică, anxios fobică, suspicioasă. Când în sec.XIX mania și depresia au fost comentate în afara delirului, analizate ca episoade recurente și grupate într-o boală specifică cu dublă formă, Kraepelin, care era un fin observator, a descris și stări mixte. Adică, cazuri în care simptomele celor două stări opuse se combină, așa cum ar fi: stuporul maniacoal, depresia agitată și mania cu ideație redusă. Interesul pentru aceste aspecte psihopatologice a scăzut apoi până către sfârșitul sec.XX, când s-a lansat categoria nosologică a depresiei monopolare. S-a interpretat acum că o serie de episoade de depresie agitată ar putea fi considerate ca fiind stări mixte, cazurile respective înscriindu-se de fapt în clasa bipolarității. În prezent stările mixte sunt recunoscute de toate sistemele de diagnostic, în variante fără sau cu simptome psihotice. Problematika pe care ele o ridică s-a dovedit a fi una amplă, corelată varietății stărilor dispoziționale, normale și patologice. Treptat aceste aspecte s-au integrat în problematica spectrului bipolar.

Stările mixte în abordarea lui Kraepelin pleacă de la considerentul căpatologia dispozițională se referă la trei domenii simptomatice de bază, care pentru manie sunt: - dispoziția euforică; - excitația psihomotorie; - fuga de idei (pentru depresie simptomatologia de bază ar fi simetric opusă). Inițial Kraepelin a

introdus în Tratatul său din.....doar mania stuporoasă, ulterior descriind 6 tipuri (în edițiile din 1904 și 1913):

1. Mania depresivă sau anxioasă; 2. Depresia excitată; 3. Mania cu sărăcire ideatică; 4. Stuporul maniacoal; 5. Depresia cu fugă de idei; 6. Mania inhibată.

Weigant, elev și colaborator a lui Kraepelin, a studiat sistematic cazuistica de acest tip, publicând și prima carte pe această temă (1989). Până la revoluția psihofarmacologică și descrierea depresiei monopolare, subiectul a mai fost abordat într-o singură lucrare (J.P. Campbell, 1953). După 1980 tema a fost reluată, acordându-se și o mai mare atenție varietății stărilor dispoziționale în psihoze.

Edificatoare în această direcție sunt criteriile (RDC) Viena pentru diagnosticul psihozelor (Berner, 1983), care disting o serie de “sindroame axiale dispoziționale endogenomorfe”. La constituirea acestora participă planul pulsional, oscilațiile biopsihoritmurilor și rezonanța emoțională. Autorul distinge următoarele stări dispoziționale: depresia, anxietatea, euforia, expansivitatea, ostilitatea. Deși în multe cazuri se întâlnesc stări dispoziționale mixtate, se pledează și pentru forme tipice pure. Astfel, sindromul endogenomorfic axial maniacoal euforic, e considerat ca posibil distinct de cel disforic, care e centrat pe tensiune, iritabilitate, atitudini morocănoase, ursuze. Stările mixte sunt considerate cele în care menționatele dispoziții nu doar coexistă, ci și se schimbă frecvent între ele, pe fondul unei pronunțate instabilități a biopsihoritmurilor. Această variantă pare a se interfera cu cea care în prezent e descrisă ca fiind cu cicluri alterne ultrarapide, fiind considerată ca apropiată de condiția psihotică, în care eul își pierde stabilitatea.

Provocarea pe care a introdus-o RDC Viena se referă în primul rând la distincția unor stări dispoziționale care se pot manifesta pur sau mixtat. Dispoziția euforică e mai apropiată de cea expansivă și chiar disforică (iritabilă); pe când dispoziția depresivă de cea anxioasă. Se cere remarcată poziția intermediară a disforiei, care poate înclina spre combativitate maniacoală sau spre suspiciune

anxioasă. În prezent în aria tulburărilor dispoziționale mixte se studiază mai ales mania disforică și depresia agitată. Dar, merită ținut seama de toate variantele combinațiilor dispoziționale.

Cercetarea recentă în direcția stărilor mixte se plasează în noua orientare clinică a psihiatriei care cercetează continuumul psihopatologiei atât între diverse entități clinice apropiate; cât și între stările patologice și normalitate. Această orientare ce s-a dezvoltat odată cu doctrina “spectrelor” patologice, - în cazul de față a spectrului bipolar - include și studierea temperamentelor afective.

Problema continuumului între patologia psihiatrică majoră – cea a tradiționalelor psihoze endogene – și normalitate, incluzând personalitățile valorice de excepție și cele psihopate, a fost pusă din prima parte a sec.XX, de către Kretschmer. Acesta a comentat temperamentul schizotim pe de o parte, care e orientat spre personalitatea anormală schizoidă și spre patologia episodică sau progredientă a schizofreniei. Și, pe de altă parte temperamentul afectiv – hipertim, depresiv, ciclotim – care are o stație intermediară în cicloidie și un punct terminus în bipolaritate. Kretschmer corela polarizarea schizofrenie/bipolaritate la toate nivelurile bio-psiho-antropologice, cu constituția biocorporală – respectiv leptosomă pentru aria schizofreniei și picnică pentru cea afectivă. Și de asemenea, el diferenția un nivel al personalităților anormale – cicloide și schizoide -, pe care în acea epocă Schneider le-a descris în cadrul personalităților psihopate ca hipertim și depresiv. Dezvoltarea ulterioară a conceptului de Tulburare de personalitate s-a făcut predominant în perspectiva disfuncțiilor de integrare socio-morală (cu încălcarea normelor legale și etice) și a perturbării relațiilor interpersonale nemijlocite. Ori, atât depresivul cât și hipertimul (hipomaniacal) nu manifestau specificități în aceste direcții; motiv pentru care, în sistemul de clasificare al Tb. din DSM-III-5 și ICD-9,10, aceste tipuri nu au mai apărut. Dar odată cu cercetările în direcția spectrului bipolar, problema caracteriologică a temperamentelor afective a reajuns în prim plan.

Akiskal, unul dintre cercetătorii cu importante contribuții la studierea temperamentelor afective, a fost preocupat după anii 70 ai sec.trecut de extinderea excesivă a diagnosticului de depresie unipolară. El a atras atenția asupra faptului că pacienții care prezintă timp îndelungat doar episoade depresive, dacă manifestau la finalul tratamentului cu antidepresive un croșet hipomaniacal, aveau mari șanse să dezvolte ulterior bipolaritate. De asemenea, persoane tratate 3-4 ani cu “depresie nevrotică”, puteau face ulterior episoade hipomaniacale și maniacale, cu ocazia unor anumite tratamente medicale. Diagnosticul de bipolaritate se mai cere avut în vedere și în cazul în care subiectul prezintă 1,2 episoade depresive, dar de-a lungul vieții sau interepisodic a manifestat perioade de hiperactivitate ce alternează cu astenie sau abulie; fapt ce sugerează ciclotimia. Aceeași semnificație aparte ar avea un ep.depresiv ce apare la o persoană cu temperament hipertimic, care e caracterizată de Akiskal astfel:

Persoane cu nivel crescut de energie și nevoie redusă de somn (cu trezire matinală), asertivi, predispuși spre contestare, ce prezintă (cel puțin 5 din următorii 7 itemi): - dispoziție veselă, optimist sau exuberant/iritabilă; - încrezător în sine, cu bună părere despre sine, uneori grandiozitate; - plin de planuri, uneori nehibzuit sau impulsiv; - vorbește mult; - sociabil, exuberant, hiperimplicat; - neinhibat caută stimularea, uneori e promiscuu.

Temperamentul hipertim nu se referă deci la o tulburare de personalitate; și, deseori, el e prezent la persoane performante ce se plasează în prim planul activităților socio profesionale, inclusiv științifice. E vorba mai ales de o dispoziție de fond, care reproduce în normalitate profilul hipomaniei, dar care în majoritatea cazurilor nu evoluează cu episoade clinice sau subclinice intermitente sau ciclice.

Akiskal a comentat și studiat în paralel, pe lângă temperamentul hipertim, și pe cel depresiv și ciclotim. Pentru ultimul el a identificat și o variantă iritabilă, constând în trăiri disforice, caracterizate prin: - dispoziție iritabilă sau colerică; -

emoționalitate intensă; - tendința de a se centra pe aspectul negativ al lucrurilor; - hipercritic; - glume batjocoritoare; - comportament inoportun (obraznic), impulsiv.

Luarea în considerare a temperamentului de fond ar fi importantă și pentru înțelegerea particularităților tabloului clinic al episoadelor afective; precum și pentru clarificarea condiției episoadelor mixte. Într-o sinteză relativ recentă Akiskal sugerează următoarele corelații:

Temperament	Ep.depresiv	Ep.maniacal
hipertim	agitată	euforic
depresiv	inhibată	disforic
ciclotim	atipic – anxios	iritabil-labilă

Perspectiva temperamentală ce se aplică în prezent cu succes în studierea tulburărilor dispoziționale, nu poate fi însă complet ruptă de studiile psihologice caracteriale, așa cum e Teoria celor Cinci Mari Factori; și nici de problematica tulburărilor de personalitate. De fapt temperamentul a fost considerat din antichitate ca un marker al individualității persoanei – a se vedea doctrina Hipocratico Galenică a celor patru temperamente. Iar în prezent el e implicat în constituția identității caracteriale biografice a persoanei, marcând polul acesteia ce se inseră în corporalitate; pe când caracterul moral s-ar articula cu instanța socio-culturală a acestei identități. În plus, înțelegerea temperamentelor din perspectiva dispozițională, permite intrarea în joc a înțelesului de “deschidere spre situație” a stărilor dispoziționale (așa cum au fost acestea comentate în lucrarea de față), dând o dimensiune culturală evoluționismului psihologic.

În aria temperamentelor normale și particulare, mai sunt și alte variante decât hipertimul, depresivul și ciclotimul. RDC Viena diferențiază și dispoziția anxioasă, care în anumite zone de psihopatologie e deosebit de importantă. Iar în perspectiva psihozelor, ea se poate corela cu suspiciunea paranoică. În sfârșit, rămâne deschisă problema dispoziției indiferente, cu răceala și nerezonarea afectivă a psihopatului și schizoidului, asupra căreia se va reveni.

### **5.5. Mania și depresia delirantă**

Dincolo de trăirea, comportamentul și expresivitatea specifică stărilor maniacale și depresive standard, acestea se pot manifesta și prin convingeri delirante congruente, ce au în centru o autovalorizare sau o autoapreciere culpabilă excesivă. Maniacul e convins că e un personaj excepțional care ocupă - sau va ocupa - poziții speciale în societate, urmând să transforme spre bine lumea în care trăiește. Iar depresivul se autoreprezintă ca un personaj de o nulitate și vinovăție nemaiîntâlnită, care nu merită să facă umbră pământului. Se cere însă ca delirul maniacal să fie cu grijă circumscris și caracterizat, pentru a-l diferenția de simpla trăire de autovalorizare megalomană excesivă, prin care subiectul se resimte puternic, capabil de a realiza lucruri deosebite în imediatitate. Această crescută încredere în sine și buna părere despre propriile forțe și capacități, se exprimă de obicei în planuri și acțiuni hazardate în care pacientul se lansează efectiv, riscant, fără prea multe deliberări. El cheltuie mulți bani fiind convins că-i va recupera, contractează variate angajamente, se angrenează excesiv în jocuri de noroc sau în aventuri romantice, conduce mașina riscant, etc. Condiția delirantă începe din momentul în care subiectul se resimte și se afirmă ca personaj dintr-un scenariu narativ aparte, aberant, în care el crede., și cu care se identifică. Și care e plasat în altă lume decât cea ambientală. Dacă autoevaluarea pozitivă e o caracteristică specifică pentru delirul congruent maniacal, se cere subliniat că ideea de grandiozitate nu se întâlnește doar în manie. Ea se poate dezvolta și pornindu-se de la o personalitate narcisistă care are o foarte bună părere despre sine (pe care o

Chenar 51

## Delir de grandiozitate maniacală

### Cazuistică

1. O femeie de 32 ani, după o ușoară stare de retragere depresivă dezvoltă (1985) convingeri delirante de grandiozitate. Este probabil nepoata Regelui Mihai, e spioană internațională dar colaborează în special cu Uniunea Sovietică unde ocupă locul doi în ierarhia politică. I se cer sfaturi prin telepatie....se simte protejată de puterile străine, în gând i s-a spus că a primit toate decorațiile din URSS în afară de cea mai înaltă, pe care a văzut-o însă în gând, colorată, frumoasă, atrăgătoare...I se cer sfaturi în numele omenirii, este chemată într-o rezervație cu trei cercuri unde va avea tot ce-și va dori pentru serviciile pe care le face omenirii. În perioada delirantă prezintă bună dispoziție și o deschidere spre sociabilitate dar nu tahipsihie dezinhibată, deranjantă, comportament perturbant sau planuri de acțiune fanteziste.

2. Un bărbat de 33 ani dezvoltă în trei luni idei de grandiozitate însoțite de comportament bizar. E convins că are o nouă identitate, inspirat fiind din literatura istorică. El este sufletul bun al lui Napoleon căruia îi va purta uniforma și în numele căruia va vorbi....Sufletul său cu multe învelișuri e genial, el e omul poporului, un sfânt, are misiunea de a uni biserica catolică cu cea ortodoxă pentru a se închina omenirea la răsărit. Refuză alimentația și obligă familia să facă la fel, pentru a se purifica și devin ființe superioare...logoree, recită poezii. Evoluează cu multiple internări ulterioare cu episoade maniacale, depresive și delirante.

3. O femeie de 28 ani intră în 2 luni într-o stare maniacală delirantă. Se simte trimisa lui Dumnezeu pe pământ, acesta a înzestrat-o cu puteri deosebite. Poate prevedea viitorul, fapt ce-l exemplifică prin viitoarele acțiuni ale conducătorilor țării în relație cu președintele SUA în diverse scenarii..."Dumnezeu vorbește prin vocea mea și acționează prin mine"...se simte asemenea Fecioarei Maria.

4. O tânără de 19 ani se internează cu un episod maniacal însoțit de trăiri mistice. Debutul îl descrie astfel: "am început să mă simt puternică și fericită, toate gândurile din trecut îmi veneau în minte...gândurile fugeau...mi le arunca cineva înapoi...numai gânduri bune...mi le planta în minte...nu erau gândurile mele...mintea mea nu le putea aduce așa de rapid...vocea îngerului o auzeam în cap...Domnul îmi știa toate gândurile căci El le știa pe toate, oamenii știu doar o parte..

Evoluția ulterioară e cu episoade maniacale, depresive și delirante

pretinde și celorlalți). Iar psihopatologii fenomenologi, (Parnas, in scala EASE ) au subliniat că idei de grandiozitate solipsistă pot apare și în fantazările unor persoane cu depersonalizare autistă, ce evoluează în direcția schizofreniei.

Deseori, maniacalul delirant, încrezător în forțele și capacitățile sale, se transpune în condiția unui om care va câștiga mulți bani sau va avea realizări deosebite. De exemplu:

X1 afirmă că a început să-și scrie memoriile care vor cuprinde 10 volume; și, din vânzarea acestora va câștiga 10 milioane de dolari, cu care va cumpăra și reamenaja clinica în care e internat.

X2 e convins că va fi ales președinte al Băncii Mondiale iar prin reforma pe care o va introduce va scăpa omenirea de o mare criză economică.

X3 transmite celorlalți că are în minte un plan de reorganizare a economiei naționale, astfel încât România va depăși din punct de vedere economic Japonia.

În cele trei situații menționate mai sus, autovalorizarea pozitivă nu constă doar într-un sentiment de capacitate și încredere în sine crescută, care să ducă la angajarea în acțiuni extravagante, ce se derulează aici și acum. Ci, subiectul se transpune în ipostaza unui personaj dintr-un scenariu fictiv, în care el va realiza în viitor lucruri excepționale, pe o scenă transsituațională. Această plasare excentrică față de circumstanțialitate, proiectată de obicei de maniacal în viitor, e echivalentă cu mutarea într-o lume fictivă, în care el devine un personaj special ca poziție, valoare, capacități, acțiuni, toate, ipostaziate într-un rol cu rang excepțional. Important pentru condiția delirantă e faptul că, el își asumă o nouă condiție identitară, într-o lume diferită de cea cutumieră. „Lume delirantă” care este solidară cu narativitatea culturală a miturilor, legendelor, epopeilor, dramelor, romanelor, în care ființează eroi istorici, fictivi, supranaturali.

În prezent ICD-11 (Draft 2018) acordă o importanță deosebită tulburărilor dispoziționale (maniacale și depresive) cu simptome psihotice (delirant halucinatorii), ca o patologie distinctă de cea schizo-afectivă. Și fără a mai



diferenția, ca în trecut, între delirul congruent și cel incongruent; care tradițional era considerat cel paranoid. În perspectivă psihopatologică această ultimă diferențiere necesită însă atenție și o adecvată analiză.

Comparând delirurile dispoziționale congruente – de grandiozitate pentru manie și autodeprecieri pentru depresie – cu cel paranoid, primul aspect important ce se impune e că ele plasează relaționarea interpersonală în plan secund în raport cu autovalorizarea. Pentru depresie faptul e ușor de sesizat intuitiv, pentru că pacientul, marcat de retragerea sa socială, se repliază pe sine, pe propriul trecut, detașându-se de alții și autodepreciindu-se. El se simte lipsit de valoare și calități, un om care nu mai merită să trăiască, care așteaptă, dorește sau chiar își provoacă moartea. Autoizolarea în care se transpune rupe orice legături cu alții. Tematica hipocondriacă ce însoțește depresia e și ea nerelațională; și aceasta chiar și atunci când îmbracă formula delirului depersonalizant Cotard, de negare a funcționării organelor. Un aspect relațional indirect s-ar putea accepta pentru delirul de vinovăție din depresie. Dar acesta e de obicei abstract, nefocalizat; pacientul se considera cel mai vinovat om din lume, responsabil pentru tragedia întregii omeniri. Implicarea altora poate fi comentată doar în rarisimile cazuri delirante de ruină și suferință universală, când depresivul recurge la omorârea altruistă a familiei înainte de a se sinucide “pentru ca aceasta să nu-și continue chinurile”.

În delirul congruent maniacal de grandiozitate subiectul, care e fascinat de valoarea și capacitățile sale excepționale, nu mai coboară până la problemele celor din jur; de care, prin poziția sa de superioritate e dezinteresat. Raportarea sa la alții e cel mult generică, el considerând că face prin acțiunile sale un bine întregii colectivități, întregii omeniri. Totuși, asumându-și unele roluri de personaj important – de ex. de spion, superpolitician, geniu – el concepe integrarea, într-o instanța specială, cu alte personalități sau personaje speciale : președinți de stat, șefi de organizație, politicieni, personaje istorice, cu care intră în familiaritate. Astfel, delirantul maniacal devine copilul lui Ștefan cel Mare, întruchiparea spiritului lui

Napoleon, reîncarnarea lui Alexandru Machedon etc. Întreagă această relaționare se desfășoară însă în arie, într-o realitate fictivă. Un aspect aparte îl reprezintă delirul maniacal cu tematica religioasă, în care subiectul se simte un apropiat al ființelor divine, care-i transmit mesaje și sarcini de rezolvat, și care, uneori, îi și manevrează gândurile și acțiunile.

O cu totul altă situație întâlnim în delirul cu tematică paranoidă, de atitudine ostilă și manipulativă din partea altora; care, de obicei se corelează cu o dispoziție afectivă anxios disforică. Acest proces se plasează în centrul universului relațional uman, desfășurat între zona intimă și cea publică. Suspiciunea și convingerea paranoidă, a unei atitudini ostile, se poate referi la persoanele familiale, vecini, colegi. Dar și la cele oficiale sau instituțiile cu care subiectul ar putea veni în contact. Apoi, relaționarea de persecuție, control și influență se poate desfășura amplu în plan public, prin diverse organizații sau instituții internaționale (mafie, servicii de spionaj etc.) trecând spre personajele politico istorice și cele supranaturale, extraterestri, spirite, divinitate. Acest evantai larg al relaționărilor pe care paranoia îl cuprinde, explică și de ce în cadrul acestui sindrom se manifestă pregnant perturbarea raportărilor pe axa intim public, prin sentimentul supravegherii, urmării, controlului; iar în final se ajunge și la fenomene de transparență influență.

În măsura în care condiția delirantă dispozițională- de autodeprecieri, vinovăție, negare în depresie și de megalomanie, de grandiozitate din manie – se mixtează cu psihopatologia din aria delirului paranoid, devin posibile și simptomele relaționale de supraveghere, eventual transparență influență și halucinații auditive comentative. Astfel de probleme presupun însă mutarea fermă în zona orbitei psihotiforme.

În concluzie, esențială pentru condiția delirantă a subiecților cu episoade maniacale sau depresive e transpunerea acestora în condiția de personaj cuprins într-un scenariu fictiv dintr-o lume narativă specială. Această poziționare

transsituațională – trăită însă în propria instanță metareprezentativă - conjugă lumea delirantului cu cea a personajelor din mituri, legende, istorii, romane. Varianta delirantă a stărilor dispoziționale maniacale și depresive se plasează la un pol distinct față de înrădăcinarea dispozițiilor corespunzătoare, fie ele externalizate sau internalizate, în structura temperamental caracterială a identității personale.

## **Anexa la Capitolul 5**

### **Procesualitatea ciclurilor vieții și a proiectelor și periodicitatea tulburărilor dispoziționale**

Clasica psihoză maniaco-depresivă și actuala tulburare bipolară – sau cea monopolar depresivă – au fost identificate și descrise ca evoluând prin episoade ce se repetă periodic, uneori ciclic. Faptul implică, în principiu, apariția și dispariția lor spontană; cu reapariția ulterioară a episoadelor. Este evidentă o dereglare la nivelul biopsihoritmicității antro-po cosmice a funcționării “ceasurilor interne” ale individului. În acest domeniu probabil se vor face studii mai ample, pentru a se cunoaște în amănunțime structurile psihocerebrale și endocrine ce sunt implicate în funcționarea acestei periodicități. Dar dincolo de clarificările de la nivel endocrin și nervos, se cere avută în vedere integrarea acesteia în derularea procesualității biopsihologice și psihoantropologice normale a individului, dintre naștere și moarte.

Viața indivizilor biologici e structurată prin manifestări temporale ireversibile: creștere, maturare, multiplicare, îmbătrânire și moarte; dublate de altele, periodice, precum ciclul ovarian (la femele), cel circadian și ritmurile biologice infradiene (e.g. respirația, bătăile inimii). Atât design-ul și secvențialitatea dezvoltării corporale, incluzând maturarea ce permite reproducerea, metamorfozele de până la vârsta aproximativă a morții cât și bioritmicitatea de fond a organismului, sunt programate genetic. În biologie mai funcționează cu evidență, la unele specii, alternanța sezonieră a perioadelor de rut cu cele de retragere în sezonul rece, pentru protecție, incluzând hibernarea și

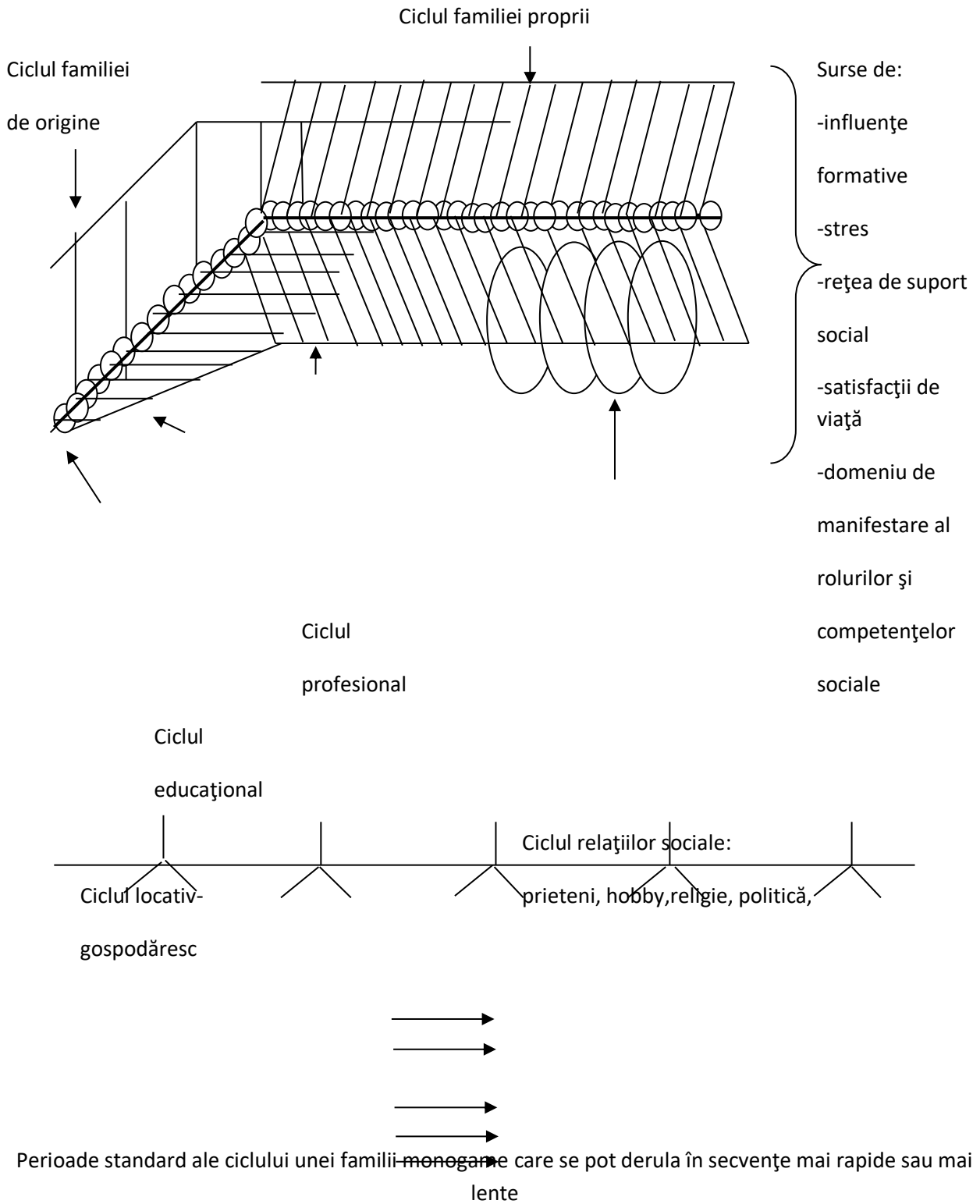
migrarea păsărilor. Ciclicitate care la om nu mai e pregnantă. Totuși, oamenii societăților agrare – și chiar unii crescători de animale, ca oierii - trăiau alternanțe sezoniere ample ale stilului de viață, până în vremurile moderne. Iar agricultura și produsele ei a fost până recent o sursă fundamentală de alternanță existențial comportamentală sezonieră, a întregii societăți.

La individul uman se păstrează o bună parte din procesualitatea, ciclicitatea și ritmicitatea vieții biopsihologice. Întâlnim și în cazul său un proiect genetic al dezvoltării și maturării corporale cerebrale, chiar dacă acesta e modelat de cultură. Căci respirația și bătăile inimii, oscilațiile între veghe și somnul cu vise sau progresia maturării corporale până la o perioadă a reproductivității sexuale, are aceeași condiționare, în esență genetică, ca în biologie. La fel ca și îmbătrânirea și termenul aproximativ de final al vieții. La om intervin însă și o periodicitate supraindividuală, socio-culturală, corelată mai ales cu ritmurile muncii și cu orarul sărbătorilor. Activitatea productivă profesională – inclusiv cea de învățământ – își are ritmurile sale anuale și chiar lunare sau săptămânale, fiind marcată de vacanțe și concedii. Iar sărbătorile, în esența lor religioase – iar mai recent statale, de breaslă și ale ciclurilor familiei personale, joacă un rol semnificativ în întreținerea și exersarea comportamentului fispozițional afectiv. Mai ales a celui permisiv, dezinhbat de tip carnavalesc (hipoman); deși, sunt și sărbători religioase care prescriu un comportament sobru și ritualic.

Trecând la perspectiva existențială a individului uman, aceasta are în fundal ca o condiție de posibilitate, procesualitatea dezvoltării ontogenetice a corpului și creierului, condiționată genetic. Pe parcursul acesteia se activează, într-o anumită succesiune, disponibilitatea de achiziție și achiziția efectivă a unor funcții specifice umane precum: - competența înțelegerii și utilizării tot mai complexe a limbajului narativ critic; - cea a cunoașterii, relaționării și reprezentarea tot mai diferențiază a altor oameni prin intermediul “creierului social”; - capacitatea planificării și executării unor acțiuni cu scop pe baza “funcțiilor cognitive executive” ale creierului și dezvoltarea ontogenetică a unui fundal al autopercepției, cu punct de plecare în resimțirea propriului corp, ca sediu și instrument al oricărui comportament sau act perceptiv. Autopercepția se diferențiază apoi prin procesul de atașament – ce conduce la introjectarea imagoului altora – și prin multiplele acte comunicative și realizatoare. Devin astfel posibile experiențele personale semnificative, trăirile ce sunt integrate în memoria biografică. Precum și angajarea în diverse proiecte realizatoare și preocupări relaționale. Integrarea subiectului în rețelele sociale proxime și în cadrele instituționalizate ale socio-culturii, îl

Chenar 52

**Ciclurile vieții în perspective rețelelor sociale a persoanelor proximale**



angrenează de la început în cicluri psihosociale ce-i sunt supraordonate, așa cum sunt cele ale vieții familiale, educative, profesionale, locativ cetățenești etc. Cicluri întretesute în cadrul cărora subiectul cooperează cu persoanele din rețelele sociale apropiate, își formează și afirmă competența, se realizează, poate resimți stresori și evenimente negative sau suport din partea celorlalți.

Relaționările interpersonale au însă și o perspectivă proprie subiectului, ele desfășurându-se după o structură ciclică, prin apropierea dintre oameni, intimitatea, bucuriile dragostei, suferința despărțirii și a morții. Începuturile și sfârșiturile acestor cicluri reprezintă perioade aparte ale vieții personale. Iar despărțirea de.....sau moartea cuiva apropiat, reprezintă un eveniment de viață major. După cum, orice schimbare importantă în rețeaua relațiilor apropiate se poate constitui ca un eveniment de viață stresant.

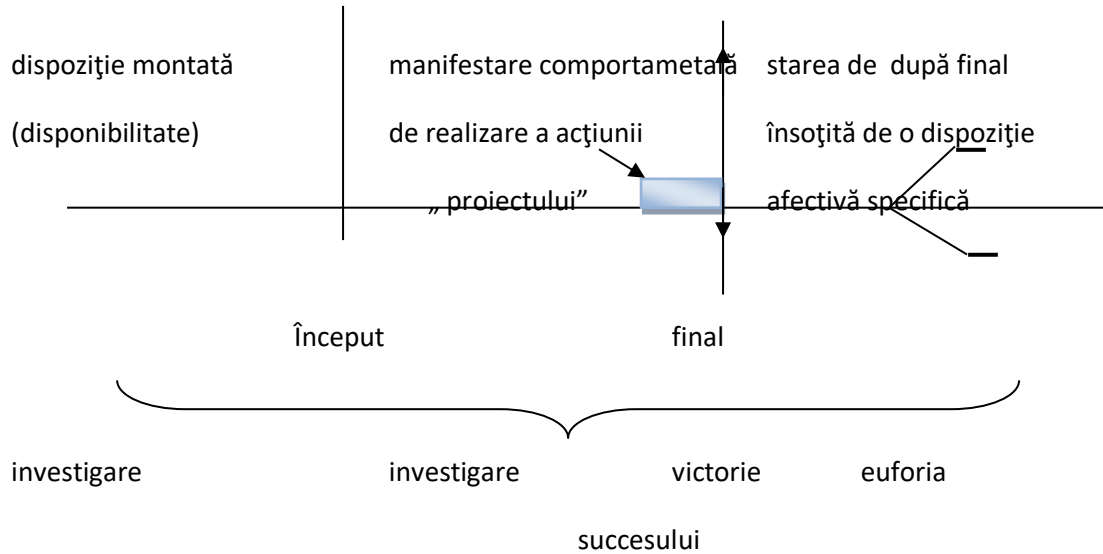
Dacă s-ar cere o aproximare abstractă a unei unități de bază din care parcursul de viață al persoanei ar fi constituit, aceasta nu ar putea fi imaginată decât printr-un proiect ce se realizează între începutul și sfârșitul său, pe fundalul procesualității existenței mundane a omului, între naștere și moarte. (Chenar .....

Un proiect e instituit de sinele intențional și reflexiv al subiectului, emergând din fundalul său identitar; și întâlnește lumea, desfășurându-se la polul unui prezent situațional mobil. Actualitatea trăită, chiar dacă poate fi aproximată prin apel la o a percepție sui generis, trimite inevitabil la structura unui proiect de acțiune realizatoare, delimitată prin începutul și finalul său. Dar instanța proiectelor poate fi doar modelată, abstract. Căci orice subiect e angrenat concomitent în multiple proiecte de diverse dimensiuni temporale, articulate și paralele. Iar instanța proiectelor e în plus încadrată de cea a perioadelor și ciclurilor ce se derulează în planul supraordonat al rețelelor și instituțiilor sociale amintite mai sus. Comentarea proiectului realizator, chiar abstractă, oferă totuși un minim reper de comentariu al psihismului și efectivitatea sa. Iar factologia psihopatologică îl semnalează.

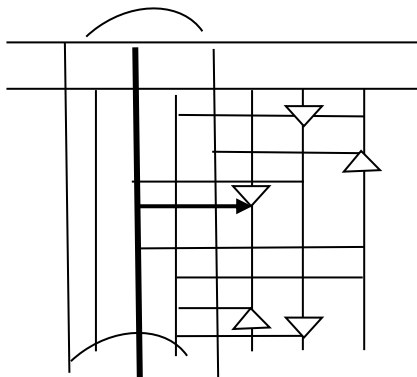
Invocând evantaiul proiectelor readuce în discuție instanța dispozițiilor. Deschiderea subiectului spre situațiile lumii e consubstanțială unei poziționări atitudinale, ce schițează de la început modalitatea potențială de raportare. Iar odată cu intrarea în joc a procesualității acțiunii (a relaționărilor și etapelor de rezolvare a problemelor), montarea dispozițională se menține (atât în direcție realizatoare efectivă cât și în cea a relaționărilor și autoevaluării).

Chenar 53

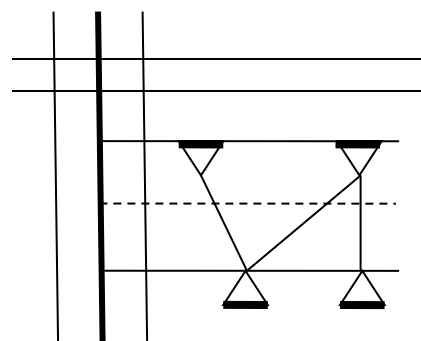
**Ciclul dispozițional  
al unui proiect**



**b) Dispozițiile afective în normalitate și psihopatologie**



În viața cotidiană se repetă episoade  
de inhibiție expansivă și inhibiție comprensibile



În psihopatologie stările  
maniacale și depresive se  
repetă periodic, „endogen”

Ea întreține și „mediul”, „câmpul”, „atmosfera”, „liniile de forță”, în care și prin care proiectul și/sau scenariul se desfășoară până în final. Final odată cu care instanța dispozițională trece din nou în prim plan, ca euforie externalizată a succesului sau ca depresie internalizată a eșecului.

Ciclul proiectelor este unul pulsatil; și la fel cel al dispozițiilor îl însoțesc în calitate de mediu organizat. Pe fundalul procesualității existenței, a ciclurilor, etapelor și perioadelor de viață – ce se definesc la intersecția dintre intenționalitățile subiectului și parametrii periodicității - culturii în care el există – pulsiunea proiectelor indică o ciclicitate aparte. Dar dacă parametrii specifici de realizare țin predominant de specificul antropologic al psihismului – prin limbaj, funcțiile executive, cogniție socială – nivelul dispozițional este comun cu cel al psihismului biologic.

Psihopatologia, prin deficitul său disfuncțional afectează în primă instanță nivelele mai diferențiale ale psihismului specific uman, Faptul privește și instanța dispozițională, ce are un fundal psihobiologic și o dimensiune suprapusă, psihoantropologică. În măsura în care dispozițiile de model anxios, depresiv, dezinhibat expansiv alunecă spre o variantă deficitar anormală, și modul lor de manifestare bazal biologic (formal) capătă o pondere crescută. În acest sens Schneider a vorbit despre „depresie vitală”, în sensul predominării în depresia psihopatologică a unor simptome biocorporale, precum inhibiția instinctivității și psihomotricității. Iar Lopez Ibor, despre „angustia vitalis”, având în vedere sentimentul morții iminente din atacul de panică cu sentiment de cădere în gol. Dar și ample manifestări disvegetozice și psihomotorii. Alunecarea în deficit disfuncțional în aria depresiei și maniei aduce în joc și o biopsihoritmicitate de tipul ciclicității biologice, similară până la un punct cu alternanța între rut și hibernare.



## **PARTEA A DOUA**

### **DELIRUL ȘI ORBITA PSIHOTIFORMĂ**

În Introducere s-a comentat faptul că psihiatria, care a intrat în medicină în sec. al XIX-lea, a avut printre alte particularități și pe aceea că unii bolnavi necesitau internarea în spitale, deoarece tulburarea lor mentală îi făceau să nu mai judece corect realitatea. În consecință ei nu se puteau autoadministra adecvat și se relaționau aberant față de alții. Acest dublu criteriu al perturbării “testării realității” și al “intensității clinice” a simptomatologiei, s-a păstrat și până în zilele noastre, pentru a caracteriza o clasă importantă a suferințelor psihice ce a fost etichetată în sec XX ca “psihotică “. Clasa psihozelor considerată în ansamblul ei nu beneficiază însă nici până în prezent de o definiție operațională explicită. Ea e circumscrisă în DSM-5 ostensiv, prin trimiterea la cinci mari sindroame: deliruri, halucinații necriticite, dezorganizare ideo-verbală și comportamentală accentuată și simptome negative, precum alogia, anhedonia, avoliția.

Încă de la sistematizarea nosologiei psihiatrice de către Kraepelin la cumpăna dintre sec XIX și XX, patologia psihotică a fost plasată în centrul acesteia, principalele psihoze neavând însă o etiopatogenie clar definită; motiv pentru care au fost etichetate ca “endogene”. Simptomatologia psihotică se manifestă și în condițiile unor suferințe organice cerebrale sau somatice generale, a intoxicației sau dependenței de alcool și substanțe psihoactive. Dar apariția acestor sindroame la persoane cu o vulnerabilitate crescută, e în continuare comentată și în afara acestora. Cadrul special, central, pe care patologia psihotică îl ocupă în psihopatologie, va fi abordat în continuare în Cap. 6 – 10 din perspectiva unei orbite psihotiforme, pe care deficitul disfuncțional al psihismului poate aluneca, odată cu alterarea identității și agenției sale, a coerenței, delimitării și intenționalității persoanei.

Ca poartă de intrare în orbita psihotiformă poate fi considerat, metodologic, sindromul de depersonalizare derealizare care e comentat în Cap. 8. În varianta sa standard, inclusă în prezent printre tulburări disociative, acesta e caracterizat prin sentimentul de detașare și neaderare față de propria identitate (corporală, biografică, socială ) și față de lume. Subiectul se simte un observator extern al acestora, privindu-le parcă din altă existență. Sindromul Dep/Der. standard poate fi considerat ca punctul de plecare a două axe de simptomatologie psihopatologică care străbat orbita psihotiformă, pornind de la dedublarea disociativă și cea obsesivă a psihismului. Prima, ce e comentată în Cap. 6 și 7, se desfășoară după coordonatele ”procesului delirant primar “ a lui Jaspers, fiind caracterizată frecvent de pacient ca o stare de “vrăjire”. Subiectul trăiește un sentiment de schimbare – a propriei persoane, a lumii din jur, a altora - ; o transpersonalizare, o transformare a propriului sine într-un personaj ce ocupă rolul central dintr-o intrigă aberantă, dintr-o lume fictivă, delirantă, paralelă cu lumea ambientă, cotidiană. Percepția realității e deformată ca semnificații și formal, apărând ca iluzi și neoformații perceptive halucinatorii, trăiri de supraveghere, manipulare etc. Cea de a doua axă, ce va fi comentată în Cap 9 și 10, traversează dedublarea obsesiv compulsivă și e orientată în direcția unei dezorganizări ideo verbale și comportamentale; precum și a deteriorării intencionalității, autonomiei și asertivității sinelui, în direcția unei apatii abulice și a unei detașări autiste de lume și de alții, sub forma unei depersonalizări anonimizante, indiferente. (Chenar 54)

Primul și cel mai important sindrom psihotic îl reprezintă delirul, a cărui definiție scurtă și clară datează de peste un secol: delirul constă într-o convingere puternică, de nemodificat prin argumente, într-o idee falsă, aberantă. Cu toată evidența acestei definiții și a multiplelor exemple și analize ce o însoțesc, circumscrierea psihopatologică a condiției delirante a rămas mult timp insuficient de clară. În Cap. 6 comentăm delirul cu înțelesul unei stări deficitar disfuncționale a identității personale. Identitate care e transpusă în trairea și asumarea unei

condiții de personaj neobișnuit, implicat într-un scenariu aparte, relaționat cu alte instanțe și personaje, uneori supranaturale. Iar totul se derulează pe o scenă fictivă, paralelă cu realitatea cotidiană nemijlocită. Condiția de personaj delirant poate să se refere la instanța corporală a persoanei (de om bolnav, urât și respins), la relațiile intime (de om înșelat, iubit de persoane importante), la relaționarea socială (de om persecutat, supravegheat, urmărit, manipulat), la propria valoare, (creator de lucruri excepționale, trimis special a lui Dumnezeu) etc. Dar și la o descendență ilustră (e.g. “sunt Napoleon”); sau la o poziționare aparte în ierarhia umanității, în eventuala corelație cu spiritele și Dumnezeu. Alunecând în rolul și scenariul delirant, subiectă intră concomitent într-o lume aparte, similară cu cea a miturilor, legendelor sau povestirilor fantastice. Iar aceasta e populată, pe lângă persoanele din jur, de personaje și instituții speciale : - masoni, mafioți, servicii de informații, organizații secrete, extraterestri, personaje istorice, spirite, Dumnezei. Cât privește derularea evenimentelor, acestea se supun acum unei cauzalități similare celei din basme.

Similaritatea între structura scenic narativă a delirului și cea a narativității culturale – reprezentată e mituri, legende, epopei, istorii, dramaturgie, literatura de ficțiune sugerează ca, odată cu procesualitatea instalării delirului o anumită dimensiune ca o scenă de tip “narativ-teoretic” implicată în structura psihismului individual, se desimplică și se plasează în prim plan; ca o scenă care absoarbe noua condiție de personaj fictiv a subiectului cuprins în scenariul delirant. Scenariu ce se desfășoară în paralel nu doar cu scenariile vieții cotidiene, ci și cu cele din somnul cu vise. Doar că, în cazul delirului, e vorba de activarea unui model mitico cultural. De aceea, cazul exemplar a lui Don Quijote poate fi sugestiv.

Lumea delirantă în care intră subiectul ce aluneca pe orbita psihotiformă e însoțită de o serie de tulburări perceptive, care sunt comentate în Cap. 7. E vorba de trăiri deficitar distorsionate ale semnificațiilor receptate și de neoformații

halucinatorii, ce pot dubla obiectele și fenomenele percepute situațional. Astfel de neoformații perceptivă au fost comparate cu stările de vis treaz sau cu trăiri oniroide din intoxicațiile cu substanțe psihoactive. Totuși, încă din sec XIX s-a constatat că trăiri perceptivă de tip halucinator, criticate, pot apare și la persoane fără tulburări psihice, în cazul deficienței funcționale a organelor de simț (ochi, ureche) și a analizorilor nervoși corespunzători. Structurile psihocerebrale corelate memoriei biografice pot actualiza reprezentări pregnante de obiecte, ființe, scene, plasându-le într-un spațiu reprezentativ cvasiperceptiv. De aceea tulburări perceptivă psihotice sunt considerate de obicei acelea care se corelează cu semnificațiile scenariului delirant; fapt ce e mai frecvent la cele audio verbale. Importante sunt și hipersemnificarea unor detalii extrase din context (fenomenul “salience”), sau trăirile senzitiv relaționale, în care subiectul se simte în centrul atenției celorlalți, privit și comentat dezaprobat. În anumite împrejurări poate apare un sentiment situațional de centralitate globală a sinelui, ce se simte asaltat de mesaje misterioase, emanând de la percepții banale. Trăirea unor simptome ca sentimentul de supraveghere a intimității și de manipulare a agenției, poate fi considerată ca intermediară între tulburările perceptivă și cele delirante.

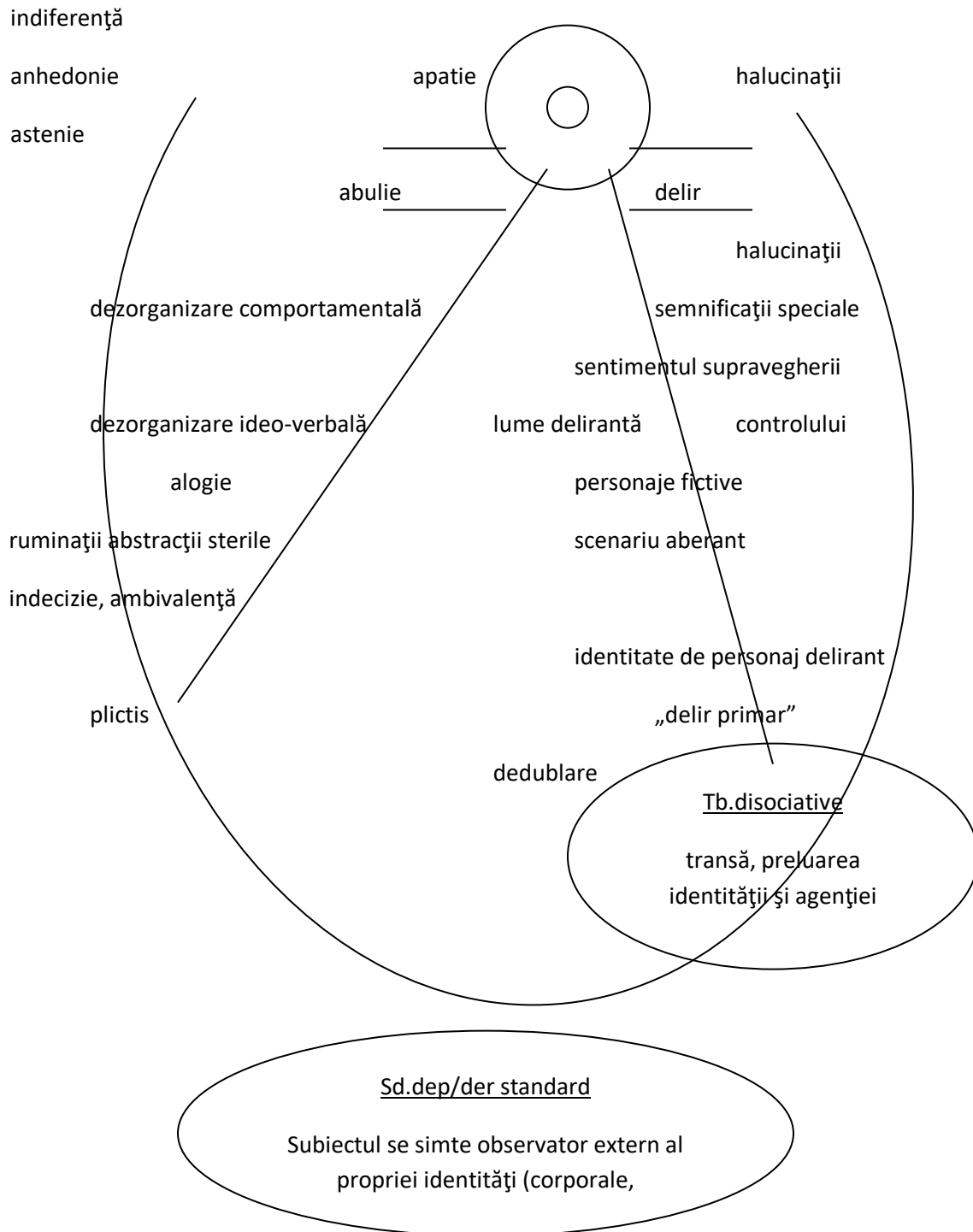
Dezorganizarea psihică e abordată în Cap.9. Ea e studiată mai ales în perspectiva ideo-verbală, a perturbării exprimării și comunicării mesajelor, a dezordinii redactărilor și expresivității, a distorsiunii logico gramaticale și semantice a redactărilor lingvistice. Esențialul perturbării vizează prăbușirea ordinii ierarhice și a coerenței centrale a manifestărilor active ale persoanei, în toate direcțiile raportării sale la lume. Dar și a modului de receptare și prelucrare intelectuală a limbajului narativ critic, prin care subiectul cunoaște lumea și speculează asupra fundamentelor acesteia. Această direcție de patologie blochează comunicarea subiectului cu alții și integrarea sa în lumea umană.

Dezorganizarea comportamentului perturbă acțiunea cu scop și sens, excluzând subiectul din viața comunitară.

În Cap 10 e comentată clasa simptomelor deficitare ale intenționalității sinelui reflexiv. Acestea se extind și ele – la fel ca sindroamele din clasele precedente – între zona nepsihotică în care se păstrează participarea subiectului la viața cotidiană comunitară și orbita psihotiformă. Se menționează la acest nivel astenia, avoliția, anhedonia și autismul, ultimul marcând deficitul de atașament față de alții și față de lume, de implicare și rezonare împreună cu ceilalți. Atitudinea proactivă spontană a subiectului este astfel subminată. Iar odată cu ea, însăși proiecția subiectului în lumea sa umană specifică. Consecința semiologică e o indiferență apato-abulică, ca marcă a unei depersonalizări anonimizante.

Chenar54

**Două direcții de dezvoltare a sd. de depersonalizare/derealizare în direcția orbitei psihotiforme**



## CAPITOLUL 6

### DELIRUL

#### 6.1. Introducere

Pe parcursul sec.XIX s-a considerat că centrul nosologiei psihiatrice îl reprezintă psihozele endogene, ce se organizează în jurul delirului halucinator. Dar pe atunci atât termenul de psihoză cât și cel de halucinație și delir erau noutăți în elaborările semiologilor. Ele au reactivat expresii mai vechi și le-au adoptat noii psihopatologii. Față de acești noi termeni: mania și melancolia aveau o vechime milenară. Pentru delir s-a ajuns deja la începutul sec.XX la o definiție destul de clară și comprehensivă ce se folosește și azi: delirul reprezintă o convingere de neclintit a pacientului, care nu poate fi schimbată prin dovezi și argumente, într-o idee falsă, aberantă; convingere care-l separă de viața și lumea comunitară. Cea mai frecventă tematică era considerată, începând cu sec.XIX cea a delirului de persecuție, paranoid. Dar existau și există multe alte teme cum ar fi cea de gelozie, erotomană, de supraveghere, delirul hipocondriac, dismorfofob, de vinovăție și nimicnicie, de grandoare și creativitate, delir fantastic narativ sau cu tematică religioasă.

Cele menționate mai sus au rămas valabile și în prezent. Cu tot consensul unanim asupra acestor probleme și a multiplelor cercetări ce s-au elaborat privitoare la delir, a rămas însă până în prezent insuficient de clar un aspect central: ce urmează să se înțeleagă prin idee delirantă ? Un răspuns ar putea fi acela că, respectiva convingere delirantă se referă la asumarea aberantă de către subiect a unei condiții de personaj implicat într-un scenariu nereal dintr-o realitate fictivă, în contextul unui psihism deficitar, transpersonalizat.

A apărut apoi și o ambiguitate în ceea ce privește condiția delirului, odată cu exigențele „delirului primar” promovat de Jaspers la începutul sec.XX. În forma sa pură și tipică, nemixtată cu alte simptome, delirul s-ar desfășura în continuitatea

Chenar

### Scurtă încadrare clinică a sindromului delirant

Delirul s-a diferențiat ca sindrom în sec.XIX fiind introdus în semiologia psihiatrică împreună cu noțiunile de psihoză și paranoia. Vechile cadre nosologice ale maniei și melancoliei (depresiei) au ajuns să fie comentat în sec.XIX și ca neînsoțite de idei aberante – e.g. “manie fără delir”; iar cazuistica centrată pe convingeri delirante, de “paranoia”, cu evoluție fără deteriorarea persoanei . Către sfârșitul secolului, această paranoia a fost diferențiată de “psihozele paranoide”, care, însoțite de halucinații, perturbări ideatice și comportamentale, a fost inclusă de Kraepelin în supracategoria nosologică a “demenței precoce”. La început sec.XX aceasta a fost re-denumită de Bleuler ca “schizofrenie”, caracterizată prin dezorganizare (“Spaltung”) și autism (deci fără accent pe delir); și considerată a se putea manifesta și sublinic, latent.

Tot la începutul sec.XX Jaspers a diferențiat delirul (psihotic) propriu zis de “stările deliroide” care se plasează în continuitatea unei preocupări prevalente a unei personalități particulare, vulnerabile. Delirul psihotic primar s-ar instala printr-un process psihopatologic depersonalizant, marcat de sentimentul de centralitate și de transpunere într-o “altă lume” (delirantă). Pe parcursul sec.XX patologia delirantă a fost comentată predominant în cadrul schizofreniei paranoid, instalată prin delir primar. Totuși, s-au acceptat și “bufeuri” – psihoze predominant delirante.

Către sfârșitul sec.XX cazuistica centrată de delir a început să fie din nou studiată mai atent (ca Tulburare delirantă persistent).

Delirul a fost comentat începând din sec.XIX și în cadrul suferintelor organice (generale și cerebrale), infecțioase, febrile, toxice, lezionale. În aceste cazuri sd. delirant se cere diferențiat de “delirium” (tb. confuzo onirică), ce implică denivelarea vigilității conștiente, cu trăiri oneiroide (de model halucinator predominant vizual).

ideației supraevaluate, dezvoltate de persoane particulare și fragile, odată cu unele preocupări relativ comprehensive ale vieții cotidiene. Așa ar fi convingerea delirantă hipocondriacă, de gelozie, de persecuție, dismorfă etc. Dar această variantă ne-ar plasa doar la limita delirului psihotic propriu zis „primar”, la care se ajunge printr-o bulversare „procesuală” de tip depersonalizare, derealizare a psihismului. Dar acum, în plină orbită psihotiformă, delirul nu se mai prezintă de obicei sindromatic pus, ci însoțit de halucinații, dezorganizare, simptome deficitare, autism etc.

Pentru comentarea psihopatologiei delirului vom invoca la început provocarea unui exemplu literar.



## 6.2. Delirul într-o definiție avant la lèttre

În perioada de efervescentă spirituală de după Renaștere apare romanul **Don Quijote** a lui Cervantes, a cărui intrigă gravitează în jurul nobilului de țară Quijano. Acesta, cititor pasionat de romane picarești, consideră, în jur de cincizeci de ani, că s-a transformat într-un cavaler rătăcitor similar cu cei despre care citise, adoptând numele de Don Quijote. El redefiniște lumea care-l înconjoară în conformitate cu noua sa identitate și cu noul său statut. Un lighenaș de bărbier devine coiful lui Mambrino, mârtoaga sa e rebotezată Rocinante și considerată un cal faimos, o țarancă din sat devine „Dulcinea de Toboso”, Doamna căreia își va închina isprăvile. Plecând de acasă, eroul nostru ajunge la un han pe care-l declară castel, cerându-i hangiului, ce devine castelan, să-l investească cavaler. Apoi îl zăpăcește de cap pe bonomul său vecin Sancho Panza și pleacă împreună pentru a săvârși isprăvi cavallerești.

Pe drum se luptă cu niște mori de vânt considerate a fi balauri, iese victorios într-o bătălie cu un viscain, face penitențe în numele Dulcineei, intervine în destinul multora..... până când, mai mulți oameni de bine din sat împreună cu preotul și bărbierul, reușesc să-l readucă acasă sub iluzia unei vrăji.

Discutând cu preotul din sat, care-și exprimă neîncrederea cum că cavalerii rătăcitori ar fi făpturi în carne și oase și nu ticluri de basm, Don Quijote se înfurie și perorează:

- „Aceasta e o greșală în care au căzut mulți ce nu cred că au trăit astfel de cavaleri pe lume, și eu de multe ori, cu feluriți oameni și în variate împrejurări am căutat să scot la lumina adevărului acest eres atât de răspândit. Uneori nu mi-a izbutit încercarea; alteori, însă, mi-a izbutit, când am sprijinit-o pe umerii adevărului; care adevăr este atât de vădit, încât pot să spun că l-am văzut cu ochii mei pe Amadis de Gauda care era un om înalt la trup, bălan la față, cu o barbă frumoasă, deși neagră, cu căutătura blajină, scurt la vorbă, greu de mâniat și iute la împăcare”.

Dar eroul nostru nu rămâne mult timp în satul său, deoarece sosește de la Salamanca bacalaureatul Samson Carrasco, care-l informează că povestea sa a fost

tipărită în cărți și răspândită, iar autorul a promis și o a doua parte. Astfel încât, pentru a se putea scrie aceasta a doua parte, Don Quijote pleacă din nou în călătorie cu Sancho Panza. Peste tot lumea auzise de ei, mai ales cei de la curtea Ducelui și Ducesei, care pun la cale diverse înscenări. Dar cei din jur nu sunt la curent cu noile evenimente pe care eroul tocmai le creează prin recentele sale peripeții. Împreună cu un haiduc ajunge apoi la Barcelona unde, într-o tipografie, vede șpalturile noii cărți ce se tipărește despre el. După multe peripeții, fiind înfrânt într-o luptă simbolică, acceptă să se întoarcă acasă. Unde, renunță progresiv a se mai identifica cu Don Quijote, își redactează în pace testamentul și moare ca Quijana cel bun.

Povestea se referă deci la perioada de viață în care un om cultivat intră în pielea unei noi identități, devenind un personaj similar cu eroii de romane și trăiește într-o lume populată cu simbolurile și idealurile acesteia. Eroul e convins de realitatea acestei lumi așa cum o percepe și înțelege el, după cum îi mărturisește preotului și afirmă pe parcursul călătoriilor sale (La un han unde aude două persoane ce comentează partea a doua – încă nescrisă – a romanului sau, o contestă vehement, prezentându-se celor doi ca „Don Quijote în carne și oase”). Convingerea eroului, pe parcursul cărți, e, desigur, într-o „idee falsă”, neadevărată

Chenar 55

### Caz....Psihoză delirantă

Un tânăr de 20 ani ajunge să se interneze după câteva luni în care comportamentul său s-a deteriorat, cu retragere socială și agresivitate. La interviu relatează că totul a început când l-a văzut pe Iisus îmbrăcat în alb și albastru, care i-a făcut semn cu mâna. Din acel moment, aceste culori capătă o semnificație aparte pentru pacient. Uitându-se în oglindă are impresia că fisionomia sa se schimbă și începe să semene tot mai mult, până la identitate, cu un actor care joacă rolul principal într-un serial de la TV. Declară familiei că el este cel din film; și subiectul filmului, tot ce se petrece acolo, e inspirat din viața lui. A observat că la televizor se fac aluzii la el, la întâmplări din viața lui... și asta pentru că îi sunt cunoscute gândurile și intențiile; iar cineva, probabil regizorul filmului „inspirat” din viața lui, încearcă să îi influențeze comportamentul și gândirea. Întâi e revoltat, considerând că regizorul filmului i-a furat viața. Ulterior recunoaște în acesta pe propriul său tată, sentimentele față de el fiind contradictorii. Începe să identifice în diverse melodii ce sunt cântate la radio subiecte din propria viață. Consideră că mama lui nu e mama lui ci o femeie cu care locuiește în casă, că tatăl lui nu e tatăl lui natural, tatăl lui adevărat fiind Dumnezeu sau regizorul filmului cu pricina. Treptat ajunge la concluzia că e o vedetă, că lumea îl recunoaște pe stradă, unii privindu-l chiar cu invidie, alții urmărindu-l și voind să-i facă rău. La TV se fac aluzii la el și ”cineva” încearcă să-i influențeze gândirea și comportamentul. Consideră că e ”însemnat”, arată un semn pe torace și o încrucișare de linii în palmă pe care

pentru persoanele de bun simț din jur: aceea că eroii de romane au o identitate similară cu cea a oamenilor concreți; și că el ar fi un astfel de erou. Ideea falsă în care Don Quijote crede, presupune o nouă identitate de personaj; care, pentru el, are puterea evidenței. Nici un argument nu-i poate schimba credința aberantă, comportamentul său fiind în consonanță cu aceasta. Delirul se manifestă în acest caz în formă pură, nefiind susținut de halucinații (iluziile sale sunt secundare convingerii delirante și lumii delirante în care el a intrat). Nu sunt nici fenomene de supraveghere, de manipulare din partea unor forțe străine. „Posedarea” sa nu este din partea unui diavol, a vreunui spirit supranatural; ci de către statutul unui personaj ideal de roman, inserat într-o lume ce funcționează după anumite reguli

convenționale specifice universului narativ. Nu există greșeli de logică, de gramatică sau semantică, iar discursul său e deseori convingător.

La fel ca întreg romanul.

Peste secole, atunci când delirul va deveni o problemă a psihopatologiei clinice, aceste aspecte vor reapare în discuție. Dar, articulate cu multe alte fațete ale patologiei psihotice și lipsite de o așa de evidentă articulație cu eroii de ficțiune. Lectura romanului Don Quijote și problematica pe care o ridică rămâne însă exemplară.

### **6.3. Convingerea într-o idee falsă a delirantului se referă, în esența ei, la o nouă identitate de personaj, cuprinsă într-un scenariu fictiv**

Cazul lui Don Quijote este unul aparte dar semnificativ pentru psihopatologie și psihoantropologie. El ne prezintă delirul ca o convingere anormală a subiectului într-o condiție identitară fantastică, alta decât cea din viața cotidiană; identitate ce acum e aberantă, de tipul personajelor de legendă, de basm. Deci, într-o strânsă conexiune cu instanța narativității mitico literare a culturii. Problematika delirului s-a dovedit însă a fi strâns corelată în toate variantele sale cu cea a trăirilor și stărilor identitare. Iar acestea cu funcția lingvistic narativă a omului cultural, prin intermediul căreia el își poate transpune rolurile pe care și le asumă în condiția de personaj.

Clinica psihiatrică distinge între delirurile sistematizate monotematice și Tb. delirante sistematizate monotematice și Tb. delirante paranoide, însoțite frecvent de halucinații și sentimente de supraveghere; iar în schizofrenie, de dezorganizare și simptome negative. În toate stările delirante subiectul trăiește însă o transformare identitară, în direcția unui personaj dintr-un scenariu aparte, marginal sau în afara parametrilor vieții cotidiene.

Tematica delirurilor se anunță încă din aria delirurilor monotematice, pe care Jaspers le considera ca „deliroide”, marginale psihozei. Subiectul este absorbit de

convingeri - de nemodificat prin argumente – privitor la alunecarea sa într-o condiție de om persecutat, înșelat, disprețuit, bolnav, dismorf; sau iubit de personaje suspuse, capabil de performanțe deosebite etc. Cuprins de astfel de roluri și scenarii, subiectul își pierde deschiderea față de evenimente noi și flexibilitatea raportărilor. Psihopatologia delirului a fost însă comentată mai ales cu privire la cazuistica pe care Jaspers o eticheta ca marcată de procesualitatea delirului primar. Acest proces constă în esența sa, într-o patologie de depersonalizare/derealizare, pe care subiectul o etichetează frecvent ca „vrăjire”. El resimte că identitatea sa se preschimbă global, că ceilalți și lumea din jur se modificăm devenind „ca în vis”, „ca la teatru”. Centrală devine convingerea absorbției sale într-un scenariu neobișnuit, greu de înțeles, ca personaj cuprins în relaționări neobișnuite, într-o lume paralelă cu cea a vieții cotidiene; pe fondul unei dispoziții care frecvent e anxioasă – dar poate fi și tensionat iritabilă, depresivă sau expansiv euforică – el se resimte plasat în relații aparte nu doar cu persoanele obișnuite de contact; ci și cu personaje publice, istorice, cu șefi de stat și de organizații, cu mafia, masoneria, serviciile secrete, cu extraterestrii, spirite, diavol, Dumnezeu. Tematica este cel mai adesea paranoidă, de ostilitate, persecuție, gelozie, supraveghere, manipulare, dar poate fi și de grandiozitate, relații cu spiritele sau divinitatea, invenții, erotomanie, boală, vinovăție, rejecție, negație, nimicnicie etc. Iar cauzalitatea ce operează în această nouă lume e similară cu cea din literatura fantastică. În plus, raportarea pe axa intim public e distorsionată, alteritatea având un acces direct la secretele și intimitatea agenției sale. În textura delirului paranoid pot fi prezente și alte simptome psihotice, precum halucinații și perturbări ale formelor și semnificațiilor celor percepute. Practic, subiectul apare acum ca un personaj cuprins într-un scenariu aberant, pe o scenă distinctă de cea pe care se derulează evenimentele vieții cotidiene.

Chenar 56

### Identitatea psihismului personal

Psihismul persoanei se prezintă ca având o structură identitară de fond, centrată de un sine (eu) intențional și reflexiv, centrat, coerent și delimitat în raport cu alții și cu lumea. Această structură identitară se plasează în fundalul raportărilor situaționale actuale, a proiectelor de acțiune și a preocupărilor de clarificare a relaționărilor, bazându-se pe durata biografică. Conturul eului identitar se configurează ontogenetic odată cu maturarea experiențială a autopercepției, a relației de atașament și a percepției celorlalți, în jur de trei ani; când se instituie și capacitatea mentalizării (intuirea perceptivă a intențiilor altora în situație).

Pentru nucleul identitar al persoanei se pot diferenția trei instanțe: a) un nivel al corporalității psihobiologice; b) unul al duratei biografice caracteriale; și c) unul al circumscrierii sociale (prin nume, origine, locație, sex, vârstă, statut familial și profesional, opere, avere). Identitatea biografică caracterială se constituie prin integrarea mnestică imaginativă a succesivelor evenimente și perioade de viață, trăite de subiect împreună cu alții, în nișa sa ecologică culturală. Trăirea evenimentelor, integrarea lor mnestică și actualizarea, toate presupun mediul lingvistic al narativității critice. Iar actualizările nu sunt doar funcționale și reprezentative; ci ele stau și la baza relatărilor făcute altora despre sine; verbal sau în scris. Identitatea biografică, autoreprezentarea și autoafirmarea sa ca personaj, implică lingualitatea narativității. Acest ax identitar biografic, susținut de memorie și imaginar, are o fațetă reflexiv subiectivă care oferă persoanei răspunsuri la întrebări precum: - cine sunt?; cum sunt (ca fire și valoare)?; - în ce situație mă aflu? Tot prin această reflexivitate subiectul resimte că „el însuși este autorul gândurilor, deciziilor și actelor sale; și că se diferențiază de alții, chiar dacă colaborează și împărtășește idei cu cei apropiați, acceptând sugestiile acestora. Subiectul resimte în permanență că propriul corp, trecutul și trăirile sale „îi aparțin”. Această identitate resimțită însoțește subiectul de-a lungul evenimentelor la care participă și în scenariile în care e implicat, ca personaj. Tot axul identitar e cel care susține stima de sine și idealul de sine, modelele și idealul personalistic spre care aspiră.

Baza psihologică a sentimentului de identitate cu sine o reprezintă memoria biografică și imaginarul. Reamintirile sunt parțial funcționale, manifestându-se însă și ca reprezentări (uneori „eidetice”), reverii marcate de imaginar sau trăiri oneiroide. Tot datele mnestice stau la baza relatărilor sau narațiunilor despre sine, verbale sau scrise. Subiectul își poate proiecta identitatea în biografia sau romanele cu implicații autobiografice.

În cadrul existenței sale sociale, persoana identitară se manifestă continuu ca un personaj, angrenat în variate roluri, statuate și scenarii. Unele din acestea sunt structurale, ca de ex. cele de sex, vârstă, statut familial (căsătorit, divorțat, părinte, văduv), cele profesionale, civice etc. Altele sunt statuate și roluri circumstanțiale, ca de ex. cele de om suferind, bolnav, părăsit, rejectat, înșelat, iubit, admirat, vinovat, creator etc. Participarea la variate evenimente, proiectate sau reactive, pot fi de asemenea privite din perspectiva unor scenarii și roluri asumate și jucate, cu mai mult sau mai puțin succes, mai ales în zona vieții publice, ce se distanțează e cea a intimității sincere.

De fapt însăși conceptul de persoană și corelativ, personaj derivă de la re-prezentare publică a subiectului în agora publică, în justiție mai ales. Dar într-un mod mai precis, semantic, termenul de persona derivă de la denumirea măștii teatrale.

Dimensiunea identitară a psihismului a în mod curent o trăire difuză, de fundal, în raport cu cele situaționale. Problema identitară apare în prim plan în perioada de bilanț, de maturări și metamorfoze identitare. Dar ea se actualizează și cu ocazia problematizărilor de stare identitară – personale sau relaționale – prin întrebări ca: „sunt oare înșelat?”.etc. Răspunsul aberant la astfel de întrebări, care se impune subiectului cu o evidență de netăgăduit, constituie tematica majorității delirurilor monotematice.

Astfel de scenarii delirante, pentru a fi cât de cât înțelese, se cer raportare la narativitatea culturală, care creionează cadrele și scenele în care apar atât personajele politico istorice cât și instituțiile publice sau secrete (de spionaj, mafiote etc.); și, mai ales, extraterestrii, spiritele, diavolul și Dumnezeu.

Dar narativitatea e esențială și pentru funcționarea și existența oricărei persoane umane individuale. Ba mai mult, ea este esențială chiar pentru constituirea identității sale biografice. De-a lungul vieții fiecare om e cuprins continuu în comentarii narative și în evocarea sa caracterizată de către alți oameni. Iar pe de altă parte, odată cu amintirile și reprezentările sale, subiectul însăși poate produce narațiuni privitoare la cele trăite. Biografiile și autobiografiile, mai succinte sau mai dezvoltate, însoțesc inevitabil viața fiecărui om, în corelațiile sale permanente cu alți semeni. Și mai ales cu cei apropiați, cu cunoștințele, prietenii, rudele. Toți aceștia pot fi rememorați și prezentați, inclusiv după ce au decedat. Iar amintirea strămoșilor a jucat un rol deosebit în însăși constituirea colectivităților stabile de oameni. Strămoșul totemic, eroii fondatori și civilizatorii, personajele din epopee și legende, cei ai istoriei naționale, locale și familiale, fac cu toții parte din pânza de fond esențială a culturii unei comunități umane. Iar întreg acest eșafodaj de personaje se bazează pe narativitatea lingvistică, pe „entitățile fictive” pe care aceasta le face posibile.

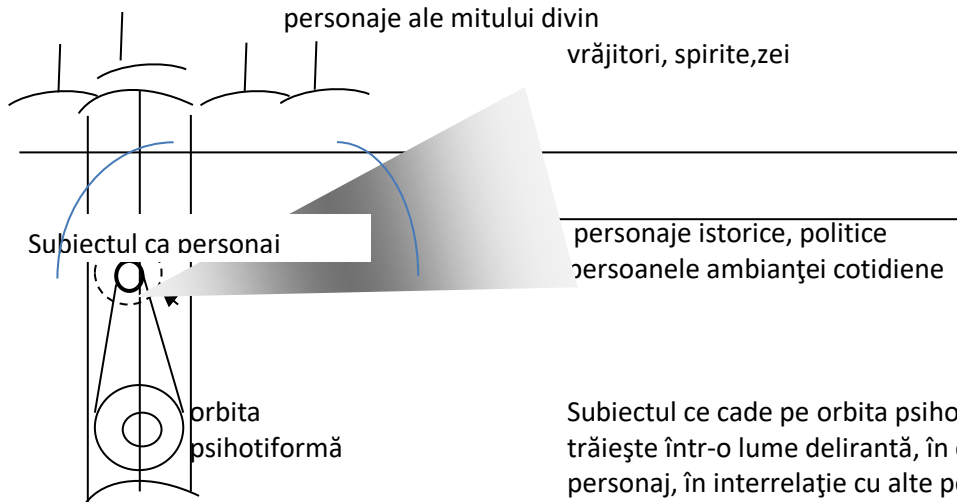
Abordarea evoluționist culturală a psihologiei și psihopatologiei presupune perspectiva antropogenezei. Și mai ales a perioadei lui homo sapiens, când în urmă cu aprox. 70.000 de ani, el a început să se raporteze la entități supranaturale, între care spiritele strămoșilor – totemici – se pare că au jucat un rol esențial; alături, desigur, de alte spirite, cu referință la natură. Apoi, în societățile agrare sedentare, raportarea ritualică, în vreme sărbătorilor, la lumea zeilor, a devenit o axă a vieții sociale. Personajele supranaturale și-au manifestat prezența în primele epopei, intervenind în acțiunile oamenilor. Legendele și basmele le invocă de asemenea.

Chenar 57

### Lumea delirantă și câmpul "narativ al personajelor"

Rețele sociale efective

narativitatea socio culturală



Subiectul ce cade pe orbita psihotiformă trăiește într-o lume delirantă, în calitate de personaj, în interrelație cu alte personaje într-un scenariu fictiv, ce are propria sa spațio-temporalitate și cauzalitate în raport cu cea fizică

În relație cu persoanele-personaje ale ambianței cotidiene, subiectul trăiește și joacă în permanență, preconștient, roluri de copil, adult, soț, părinte, elev, executor al unei profesii, șef de instituție, subaltern, pensionar, cetățean ce respectă ordinea publică, rol de om vesel, supărat, furios, bolnav, suferind, persecutat, înșelat, etc. Toate aceste roluri sunt cuprinse în scenariile zilnice pe care orice persoană le trăiește în cadrul vieții sale de zi cu zi.

Instanța personajelor se ridică, după cum știm cu toții, deasupra nivelului vieții cotidiene, în planul narativității culturale. Iar de vreme ce personajele rezultă din și susțin constant narativitatea socio-culturală, această instanță a „câmpului personajelor” se instituie ca un strat, ca o atmosferă pe care psihismul individual o respiră zi de zi. Sugerăm ca un astfel de „câmp narativ al personajelor”, ar putea fi considerat și ca mediul în care se prepară și se încheagă scenariul convingerilor



delirante, ce se desfășoară după regulile narativității. Povestea lui Don Quijote se cere privită și din această perspectivă.

#### **6.4. Delirurile monotematice, la limita dintre două lumi**

Când în sec.XIX a început să se dezvolte psihiatria clinică pe baza observării pacienților internați timp îndelungat în azile, pe lângă deja tradiționali termeni de histerie, manie, melancolie, frenitis, demență, au început să fie folosiți și alții noi. Între aceștia se cer menționați cei de halucinație, delir și paranoia, - alături de cel de psihoză introdus de Feuchtersleben în 1845; termeni care se vor impune ca centrali în noua specialitate medicală a psihiatriei. Expresia de delir (délire în franceză, delusion în engleză) a fost folosită sporadic în secolul luminilor pentru a indica o tulburare de judecată sau înțelegere care condiționează o neadaptare socială. Acum, odată cu adoptarea doctrinei celor trei facultăți ale psihismului uman (intelectivă, volitivă, emotivă), psihiatrii au căutat identificarea unor stări psihopatologice specifice fiecărei dintre ele; iar delirul se potrivea pentru tulburarea intelectului. Descrierile tradiționale ale nebunilor erau pline de cazuri ce prezentau idei eronate, fantastice, absurde; dar acestea erau categorisite și diagnosticate ca variante ale melancoliei sau maniei. Se stabilise chiar o diferență, care persista și pe vremea lui Pinel la începutul sec.XIX: pentru melancolia cea inhibată se considerau caracteristice puține astfel de teme, cu conținut negativ și persistând neschimbate mulți ani; pe când în expansiva manie, ideile aberante – delirurile deci – puteau fi multiple și variabile în timp. Către mijlocul sec.XIX se considera însă că poate apare o formă specială de manie, monomania rațională, care ar fi o nebunie parțială, centrată pe o singură temă delirantă; și că ea poate persista fără o deteriorare grosieră a judecății și personalității. Cele mai importante elaborări nosologice în această direcție s-au realizat timp de un secol în Franța și Germania.

Principala temă a delirurilor monotematice care a fost comentată de la început, mai ales în Franța, se referă la persecuție (Lasègue, **Délire de persecutions**, 1852). Clinicienii s-au referit apoi la sistematicitatea și cronicitatea acestei patologii delirante (Magnan, **Le délire chronique à evolution systematique**, 1886); care se opunea „bufeurilor delirante” scurte, considerate a fi frecvente la persoane vulnerabile, abordate la acea vreme prin doctrina degenerescentei. S-a mai subliniat faptul că astfel de deliruri pot apare în afara halucinațiilor, bazate doar pe interpretări patologice (Serieux & Capgras, **Le délire d’interpretation**, 1909); sau pe un imaginar anormal (Dupre, **Delir d’imagination**, 1913). Preocupări similare s-au manifestat și în Germania prin Grissinger (1845) și Kahlbaum, care insistă în 1863 că în **paranoia** – adică în psihoza delirantă sistematizată de persecuție – personalitatea nu e deteriorată. Termenul de paranoia, utilizat în trecut rapsodic în psihopatologie, se impune acum tot mai mult, mai ales prin Mendel, (1883), ajungând să joace un important rol în sistematizarea nosologiei psihiatrice de către Kraepelin la cumpăna dintre sec.XIX și XX. În ediția a IV-a a **Tratatului** său din 1893, profesorul german distinge două forme de paranoia, înțeleasă ca patologie centrată pe delir : 1. Ca sistem delirant persistent cu personalitate intactă, și; 2. Demența paranoidă, (ce va fi etichetată apoi ca *Demență precoce*, devenită ulterior schizofrenie paranoidă). În ediția a VI-a a Tratatului (1894) Kraepelin adaugă o variantă a paranoiei de involuție; iar în ediția a VIII-a (1909-1915) introduce conceptul de parafrenie, pentru o patologie delirantă fantastică, încapsulată (cu „dublă contabilitate”) la vârsta a treia.

Din istoria problemei face parte și dezbaterea doctrinară introdusă de Jaspers (1911) în jurul delirului de gelozie; precum și comentarea de către Kretschmer a „delirului de relație senzitivă”; dar aceste probleme se cer abordate separat. Până spre mijlocul sec.XX au mai fost descrise și alte forme tematice de delir (e.g. cel erotoman sau sindromul Capgras) care se adaugă unei variate cazuistici delirante

monotematice cu ideea diferită de cea de persecuție. După mijlocul sec.XX interesul clinicienilor pentru paranoia și delirurile sistematizate a scăzut mult, ele fiind considerate rare în raport cu schizofrenia, tulburările dispoziționale și variantele psihotice ale acestora. În plus, însăși sindromul delirant a ajuns să fie considerat tot mai diferențiat, ca tematică, mod de organizare, împletire cu alte sindroame psihopatologice și manifestări clinice. După 1980 a reapărut însă interesul pentru această arie psihopatologică și s-au organizat echipe de cercetare centrate pe Tulburarea Delirantă (Delusional Disorder – DD, e.g. echipa lui Freeman). Sistemele actuale de clasificare a tulburărilor psihotice mențin și ele respectiva categorie nosologică, căreia i se acordă importanță ceva mai mare în ICD 10-11 decât în DSM-5. Totuși și sistemul american acceptă diagnosticul de **tulburare delirantă persistentă, cu durată de peste o lună, rareori însoțită de halucinații congruente și cu o gândire nedeteriorată. Așa cum deja s-a menționat principalele teme sunt considerate a fi : persecuția, gelozia, erotomania, megalomania (invenție) și tematica corporală (dismorfofobie, delir dermatozic, hipocondria).**

În perioada dintre sec.XIX și XX când s-a impus delirul monotematic paranoiac, tema principală era considerată persecuția. Kraepelin a propus inițial două variante: - Paranoia endogenă, cu delir sistematizat nehalucinator de persecuție, elaborat prin intuiție și interpretări aberante; și : - Delirul (paranoiac) de revendicare ce avea ca punct de plecare o nedreptate reală, de mică amploare, suferită de subiect; și de la care porneau acțiuni revendicative tot mai ample și absurde, ce deseori ajungeau să implice și sistemul judiciar. Jaspers, într-un studiu din 1911, a încercat să diferențieze între delirul de gelozie ce se prezintă ca o dezvoltare prevalențială, până la un punct comprehensibilă; și delirul de gelozie propriu zis care are la bază un proces psihopatologic endogen. Problema transcederii acestei limite a rămas și în continuare o temă deschisă. Dar ulterior, interesul pentru paranoia a scăzut. Totuși, s-au cumulat descrieri ale unor deliruri

sistemizate fără deteriorarea personalității, centrate pe variate teme. Încă din sec.XIX Morselli a adus în discuție tematica corporală, comentând dismorfofobia; iar în 1934 Eckborn a descris delirul de infestație. Între cele Două Războaie Mondiale De Clerambault a comentat amplitudinea delirului erotoman iar alții s-au interesat de delirurile cu tematică megalomană, de invenție, idealisti pasionali, inițiatori de noi religii etc.

Vom începe comentariul tipurilor de tulburare delirantă monotematică cu cele relaționale care continuă paranoia lui Kraepelin. Se menționează astfel și în prezent deliranți revendicativi, cverulenți, ce se consideră neîndreptățiți și își centrează existența pe o temă de revendicare. Pornind de la un fapt real minor, subiectul începe o „luptă pentru dreptate” ce implică reclamații.

Chenar 58			
<b>Orientarea preocupărilor în delirurile monotematic</b>			
spre propriul corp interior		relaționare interpersonală	identitatea și valoarea sinelui
suprafața			
hipocondrie		erotoman	invenție
infestație (dermatozic)		gelozie	bogație
		suspiciune (paranoia)	descendență ilustră
posesiune zoopatică demoniacă	odorant (emanarea de mirosuri)	relație senzitivă	substituirea familiei
	anorexie-----		(Capgras)
			dismorfic-----

De ex. un subiect ce se află în litigiu cu vecinul sau pentru câțiva metri pătrați de grădină din cauza unui gard construit – după părerea sa – incorect, fiind

nemulțumit de decizia tribunalului local, face repetate recursuri la instanțele superioare, neoprindu-se nici la Tribunalul suprem. El intervine cu plângere la însăși Președintele Republicii și apoi dă în judecată chiar și Curtea Supremă, la un Tribunal internațional, cheltuindu-și toate economiile și nemai ocupându-se de nimic altceva. Psihiatrul german Leonhard, care a scris o carte despre **Personalități anormale în viață și literatură**, face referire la o altă variantă a acestui tip, pe care o descrie în nuvela sa Heinrich von Kleist, **Michael Kalhaus**. În aceasta e prezentată viața unui țăran care, în urma unei nedreptăți ce i-a fost făcută de un nobil, se dezlănțuie într-o răzbunare amplă ce implică și o revoltă populară urmată de interminabile măceluri; lupta pentru dreptate depășește acum orice limită rațională, pe parcursul acestei răscoale pe care Kalhaus o conduce, fixat pe tema sa de răzbunare.

Variantele de paranoia revendicativă cu punct de plecare într-o nedreptate reală ce conduc la o dezvoltare prevalențială susținută de o ideatie supraevaluată și care pot aluneca spre delir monotematic, apar de obicei la persoane particulare. În prezent cel mai des e invocată TP paranoidă din DSM-5. Dar se cer avute în vedere și două tipuri tradiționale, care până la un punct sunt opuse. Pe de o parte este paranoiacul orgolios și megaloman descris de Genill Perrin; pe de altă parte senzitivul retentiv descris de Kretschmer.(Chenar 51). O altă remarcă se referă la nedreptățile reale și persecuția suferită de către un om revoltat din societățile totalitare, în care se fac mereu nedreptăți sociale; iar statutul de drept și individualitatea persoanei nu sunt respectate. În aceste cazuri se cere multă grijă de a nu neglija eventualitatea dg. de paranoia; și în același timp de a evita abuzurile psihiatrice politice.

Cea de a doua variantă de paranoia a lui Kraepelin era una în care nu mai intervin evenimente care să nedreptățească realmente subiectul. Persoana, care are o fire introvertită și suspicioasă, dezvoltă progresiv idei de persecuție, prin intuiție și interpretare. Iar în cele din urmă ajunge la convingeri delirante, retrăgându-se tot

Chenar 59

### **Tulburarea de personalitate din DSM-5, constituția paranoiacă a lui Genil Perrin și temperamentul sensibil a lui Kretschmer**

T.P. paranoică e caracterizată (în DSM-5) astfel: o permanentă neîncredere și suspiciune față de alții, astfel încât motivele lor sunt interpretate ca răuvoitoare; trăsăturile de personalitate ale suspiciunii se dezvoltă de la vârsta adultului tânăr și persistă de-a lungul ciclurilor vieții, în variate contexte. Ea e indicată prin patru sau mai multe manifestări ca: - suspectează fără suficientă bază că alții îl exploatează, îi fac rău sau îl înșeală; - e preocupat de îndoieli nejustificate privitor la loialitatea prietenilor și a asociațiilor; - e reținut în faptul de a se confesa altora din cauza unei frici neraționale că informațiile vor fi folosite răuvoitor împotriva sa; - acordă înțelesuri amenințătoare unor remarci sau evenimente benigne; - e deosebit de sensibil la insulte, injurii; - percepe atacuri la caracterul și reputația sa care nu sunt evidente pentru alții; - are repetate suspiciuni nejustificate privitor la fidelitatea partenerului de viață sau a celui sexual.

Constituția caracterială paranoică descrisă în Franța la începutul sec.XX de către Genil Perrin se caracterizează prin: orgoliu crescut cu supraestimarea sinelui, egocentrism, autofilie, lipsă de modestie. Predomină neîncrederea, gelozia, rezerva ostilă față de alții, susceptibilitatea. Gândirea e rigidă cu judecăți selective ce conduc la interpretări incorecte. Subiectul e predispus la permanente conflicte, tensiuni și izolare socială. Paranoicul descris de Genil – Perrin este hiperstenic, vindicativ, cverulent, revoltat.

Tot în prima parte a sec.XX Kretschmer descrie temperamentul sensibil. E vorba de persoane astenice, care e epuizează și se inhibă repede; nu reușesc să se exprime și să descarce afectele negative ce le cumulează; ajung în permanența la insatisfacții emoționale și sexuale datorită dificultăților de relaționare; au constant sentimentul că nu pot obține stima și afecțiunea altora, trăiesc în permanență o stare de eșec subiectiv, ajungând neîncrezător în sine și în alții, prezintă continue ruinații și sunt mereu suspicioși.

Paranoicul lui Genil-Perrin și sensibilul emotiv a lui Kretschmer gravitează în jurul profilului actualei TP paranoică, DSM-5, dar în perspectiva circumplexului Bakan, primul se plasează la polul superior sus al axei și dominării; pe care cel de al doilea, la olul inferior, în poziție sumisivă.

mai mult social. El își păstrează însă integră personalitatea și gândirea. Intermitent poate avea izbucniri agresive în familie sau societate.

O altă temă delirantă ce implică suspiciunea este gelozia. Gelozia e și ea o atitudine firească și adaptativă identificată deja la antropoidele superioare; și amplu răspândită la homo sapiens, datorită rolului ei important în menținerea instituției familiei, Aspectul special al acestui caz este faptul că suspiciunea vizează acum o persoană din anturajul intim, care în mod firesc constituie baza depozitării secretelor personale. Gelozia e și o stare afectivă pasională, perspectivă din care se poate menționa, în marginea ei, erotomania.

În DSM-5 gelozia psihopatologică apare ca o categorie plasată în spectrul tulburării obsesiv compulsive caracterizată fiind prin îndoială repetitivă privitoare la fidelitatea partenerului, însoțită de verificări compulsive. Dar ea e menționată și la delirurile monotematice. Această plasare s-ar explica prin aceea că sistemul american acceptă varianta TOC cu critică (insight) scăzută, sau chiar abolită, care poate evolua până la convingerea delirantă. Odată ce aceasta se constituie, verificările nu se mai plasează în prim plan dată fiind convingerea fermă a subiectului. Care, pe această bază ia diverse decizii comportamentale. De ex. un bărbat care-și suspectează soția că întreține relații intime cu șeful ei ierarhic din administrația locală, incriminează apoi pe toți bărbații din administrația publică a localității astfel încât, după un an de suferința decide să se mute în alt oraș. Aici, nu după mult timp, intuiția și constatările sale îi indică faptul că soția a început din nou să îl însele cu șeful ei direct; și apoi și cu ceilalți bărbați de la serviciu. Când totul devine insuportabil, decide o nouă mutare. Ajuns în noul oraș și scenariul repetându-se, se reușește în sfârșit internarea la psihiatrie. Probele pe care le invocă gelosul patologic în alunecarea sa spre convingerea prevalențială și delirantă, se bazează în mare măsură pe reinterpretarea unor detalii perceptive scoase din context, uneori deformate ca iluzii. De exemplu faptul că partenera dansează sau

Chenar 60

### Gelozia și erotomania ca trăiri anormale

În piesa **Poveste de iarnă Shakespeare** ne prezintă un delor de gelozie instalat brusc, prin intuiție patologică. Intriga e următoarea: în Sicilia unde rege e Leontes, se află în vizită prietenul său din copilărie, regele Boemiei, Polixene. Când se pregătește de plecare, Leontes îl roagă să rămână dar el refuză, acceptând în final la insistența soției acestuia Hermina. Brusc Leontes intuiește o legătură între cei doi și pune la cale cu sfetnicul său Camilius otrăvirea lui Polixene; Camilius i se destăinuie lui Polixene plecând cu acesta.

Leontes își încheie soția pe care o acuză de adulter, refuză argumentația tuturor bazându-se doar pe convingerea sa intuitivă. În ziua judecării Hermina și fiul său mor, chiar când solii trimiși la Oracolul din Delfi dau citire răspunsului acestuia de nevinovăție. În final Leontes își recunoaște greșeala. De fapt, Hermina îi solicitase lui Polixene să rămână doar la insistențele soțului său, care nu poate invoca nici un argument pentru eventuala infidelitate a soției, decât intuiția sa bruscă.

Gelozia patologică din Poveste de iarnă e complet diferită de cea la care ajunge generalul Othelo în piesa cu același nume. Acesta e un ostaș viteaz dar imatur afectiv și neșlefuit d.p.d.lv. al relaționării sociale. El se căsătorește cu Desdemona, fiica naivă a unui Senior din Veneția, care-l admiră și idealizează pentru poveștile sale din războaie. Jago, un ofițer din Veneția, om de societate abil, e profund nemulțumit că Othelo își alege ca locotent într-o misiune în Cipru pe superficialul dar frumosul Casio, și nu pe el. De aceea pune la cale o răzbunare pe care o și împărtășește unei persoane apropiate. Ajuns în Cipru unde e și perechea Desdemona, Othelo, precum și Casio, aranjează situații în care acesta din urmă să intre în încurcătură, apoi îi sugerează Desdemonei să îi ia apărarea și induce lui Othelo, treptat, îndoiala cu privire la fidelitatea soției. Persuasiunea sa continuă și manevrarea insistentă a gândirii generalului, îl face pe acesta să își amplifice ideea prevalentă de gelozie, mai ales că Jago aranjează și o "probă materială" (cu o batistă). Bine îndoctrinat de Jago, Othelo o strangulează pe Desdemona și apoi se sinucide. În acest caz suntem, în fața unei convingeri induse prin persuasiune și nu a unui delir.

### Dezvoltare prevalentă afectivă (erotomană) ce interferează cu delirul

O femeie de 34 ani, tehnician dentar, necăsătorită, după mai multe locuri de muncă se angajează la un cabinet de oftalmologie, în care activează doi medici, un bărbat și o femeie. Începe să-l admire tacit pe medicul stomatolog, dar apoi apar stări tensionale și conflicte deoarece are impresia că acesta are o relație cu colega. Își dă demisia dar continuă să vină zilnic la cabinet, sub diverse pretexte, mai ales pentru a-l vedea pe domnul doctor. Acesta pleacă în Italia. Începe să-i scrie zilnic email-uri despre ce se întâmplă local și despre sentimentele ei pentru el, dar nu primește răspuns. Într-o zi, mergând cu bicicleta, vede un porumbel alb căzut; în zilele următoare se gândește că albul înseamnă puritate, iar faptele ei bune și pure s-au prăbușit ca porumbelul; porumbelul a fost un semn de la "el" (de la medic). Îi scrie medicului că "îl iubește așa cum Petru l-a iubit pe Iisus"; apoi pleacă în Italia să-l viziteze. E primită cu surpriză și trimisă acasă. Se întoarce, dar continuă să-i scrie. Ajunge la concluzia că "domnul doctor a practicat Yoga, ceea ce înseamnă că poate transmite imagini și vise, ea simte că poate comunica prin gând cu el". Uneori se simte copleșită de gânduri pe care nu le mai poate controla: "mi-a fost frică să nu înnebunesc, am început să mă gândesc că toate lucrurile acestea sunt de la el...simțeam că ceva nu e bine cu mine ... simțeam că sunt două persoane ... am simțit că energia universală mă conduce ... îmi place să contemp lu stelele ... era pe cer o stea care pălea și aveam impresia că energia ei s-a transferat la mine ". Acceptă internarea și tratamentul. Nu există simptome din seria tulburărilor psihice perceptivă sau ale cursului gândirii. Continuă să-l iubească pe medic, cu diverse intensități și cu „gândul”, că, ..... există o comunicare și o reciprocitate”.

Comentariu: Trăirea prevalentă nu este pregnant erotomană în sensul convingerii asistentei că ar fi iubită de medic; propria afecțiune se desfășoară într-un plan metareprezentational, în mare măsură detașat de parametrii vieții cotidiene, în care se petrece scenariul unei afecțiuni reciproce Planul ficțiunii se impune treptat tot mai mult, prin episoade cum e cea cu porumbelul alb și cu invocarea practicilor yoga și a energiei universale. Se menține însă o suficientă ancorare în realitatea cotidiană cu „frica de a nu înnebuni”.



discută cu un alt bărbat, faptul că zâmbește la o glumă a acestuia, că la reuniunile la care soții merg întâlnesc aceeași persoană etc.

Expresia feței, unele comportamente sau formulări verbale, pot fi și ele detașate din context și plasate în argumentația „coincidențelor” anormale ce argumentează gelozia.

Procesul e de aceeași natură ca în toate percepțiile hipersemnificate („salience”) din interpretările și dispoziția delirantă. Preocuparea tematică poate favoriza selecția unor astfel de detalii și hipersemnificarea lor. Uneori pot intra în joc și iluzii perceptive (e.g. circulând cu mașina, gelosul vede o femeie intrând într-o casă și, după talie și îmbrăcăminte, o identifică cu certitudine ca fiind soția ce-și vizitează acolo amantul). Căutarea unor astfel de probe se realizează uneori prin: - cercetarea lenjeriei intime a partenerei pentru a decela urme de spermă; - studierea detaliilor comportamentului sexual (e.g. a nivelului de performanță sexuală); - atenția la gustul alimentelor pentru a decela eventuala tentativă de otrăvire etc. Un capitol special constă în încercarea de a obține mărturisiri de la partener cu o insistență agresivă, uneori cu terorizare și maltratare. Poate fi supravegheat telefonul, corespondența, deplasările; se pot înscena plecări dublate de spionaj; plasare în casă a unor sisteme de înregistrare, angajarea de detectivi. Un rol îl pot juca și imaginările pregnante, receptarea bârfelor, interpretarea comentariilor altora sub forma de aluzii. La fel ca în alte forme de delir monotematic, poate interveni și reinterpretarea unor date din trecut, cărora gelosul le acordă o nouă semnificație în cadrul clarificărilor și „iluminărilor” ce le trăiește în prezent, pe drumul câștigării certitudinii delirante. Probele pe care le adună au însă doar o legătură relativă cu convingerea sa, care evoluează în paralel cu ele. Uneori, deși convingerea e absolută, gelosul continuă strădania pentru a obține „dovada absolută, irefutabilă” a infidelității.

Ar fi de adăugat însă și rolul pe care-l joacă în gelozie argumentele unor sfătuitori cu care gelosul acceptă să se consulte; și care pot influența semnificativ

interpretările și afirmațiile sale, chiar manipulându-l negativ (așa cum se întâmplă în piesa lui Shakespeare „Othelo”).

Dat fiind faptul că gelozia se poate manifesta pe întreg parcursul dintre reacția comprehensivă, preocuparea anxios obsesivă și cea prevalențial delirantă, ea fost mereu comentată în opere literare și dramatice. De fapt literatura beletristică rămâne un important partener al analizei psihopatologice în aceasta arie.

O altă temă delirantă relațională se referă la delirul erotoman, care constă în convingerea subiectului că o altă persoană, de sex opus și cu o poziție socială înaltă, s-a îndrăgostit de el, îl iubește din tot sufletul și va face orice ca să ajungă împreună. Sunt avute în vedere de obicei persoane de sex opus, ce se află într-o poziție socială mult mai înaltă decât subiectul; și care, cel mai des, nici nu știu că devenit obiectul acestei preocupări. Tema delirantă erotomană poate fi schițată, în continuitatea unei dezvoltări prevalențiale. Sau, inclusă într-un sistem delirant complex, eventual paranoid sau fantast. Subiectul poate elabora mintal – și furniza altora – diverse argumente pentru comportamentul special al persoanei vizate. De ex. consideră că nu îi răspunde la apeluri „de ochii lumii”; iar când se întâlnesc pe stradă și respectivul întoarce capul în altă parte, o face ca să nu roșească în public de atâta iubire. O bucătăreasă care e convinsă că medicul ginecolog care a asistat-o la naștere e îndrăgostit de ea, afirmă cu nonșalanță că va studia medicina pentru a fi demnă de partenerul său imaginar.

Chenar 61

#### **Tulburarea erotomană**

Erotomania, care a făcut obiectul unor studii speciale a lui Clerambault a fost și ea deseori invocată în literatură. În cartea sa **Amintiri din casa morților** Dostoievski amintește de un sărman deținut condamnat la o teribilă bătaie cu nuiiele care era convins că fiica comandantului lagărului este îndrăgostită nebunește de el și îl va scăpa în ultima clipă. Și care a fost cumplit de dezamăgit când i s-a aplicat pedeapsa.

Shakespeare, în **A douăsprezecea noapte**, pune în scenă un caz de erotomanie, care se dezvoltă însă nu în manieră endogen delirantă, ci prin înscenarea unor cheflii ce vreau să rădă de infatuatul intendent al ducesei Olivia. Conspirând cu servitoarea, îi sugerează acestuia că stăpâna sa e îndrăgostită de el și plămuesc o scrisoare plină de tâlc a acesteia, pe care Malvolio o găsește „ca din întâmplare”. Cu aceste argumente, intendentul se consideră îndreptățit să se simtă adorat de stăpână și se comportă ridicol, spre stupefacția acesteia și hazul conspiratorilor. După încheierea episodului, Malvolio ajunge victima altor înscenări. La fel ca în cazul lui Othelo, argumentarea convingerilor aberante e, în piesa lui Shakespeare, rezultatul intenției și persuasiunii altora; și nu a unui proces endogen de alunecare într-un scenariu cu rol aberant.

Există apoi deliruri monotematice cu tematică corporală. În acestea, preocuparea anormală a subiectului e centrată asupra propriului corp, ca reprezentant al sinelui încorporat, a „persoanei corporale” (a corpului care „eu sunt”). O variantă tradițională se referă la Tulburarea dismorfic corporală, încadrată în DSM-5, la fel ca și gelozia patologică, în spectrul TOC, datorită repetatelor verificări a detaliilor corporale considerate anormale, deformate. De fapt, sensul preocupărilor pacientului este condiția sa de a fi urât, diform; fapt ce atrage privirea altora, o evaluare negativă și respingere din partea celorlalți. Statutul și rolul de om urât, respingător, neacceptabil, cuprins într-un scenariu de desconsiderare și respingere, poate fi trăit obsesiv sau prevalent; dar și cu o posibilă alunecare spre delir. În acest ultim caz, pacientul manifestă pretenții absurde de intervenție estetică; sau în comportament procesoman revendicativ față de chirurgii ce au „ratat” intervențiile.

Delirul dismorfofob este, desigur, unul centrat pe corporalitate; dar într-un sens în care corporalitatea este trăită ca suportul unei identități relaționale, de prezență și afirmare socială. De aceea se mai cere reținută componenta senzitiv relațională ce se manifestă intens în acest caz. Ea joacă un rol important și în alte cazuri de trăire anormală a propriei corporalități, ca în anorexia mentală sau bulimia cu tendință la obezitate.

Tot în această arie se plasează așa zisul „delir senzitiv de odorație”, constând în convingerea subiectului că emană un miros neplăcut pe care alții îl percep, evitându-l; condiție urmată de încercări de mascare (prin parfumuri) și de evitare socială. În toate aceste cazuri conduita de evitare se plasează în aceeași direcție ca în anxietatea socială, scenariul fiind însă acum altfel argumentat. Iar intensitatea manifestărilor atingând pragul delirului.

În grupajul delirurilor somatice mai sunt menționate și teme care implică boala. Lăsând de o parte „delirul dermatozic” (Eckborn) ce constă în convingerea

pacientului că sub piele circulă insecte sau alte organisme mici, la acest nivel se plasează tematica hipocondriacă.

Preocuparea anormală față de o eventuală boală se poate manifesta, așa cum deja s-a menționat, anxios fobic sau obsesiv – prevalent. Ea poate să capete însă și o formulă delirantă, deseori pe un fundal depresiv, și însoțită de ideea de vinovăție. Subiectul poate formula convingerea: „Sunt bolnav de Ebola și vinovat că am contaminat întreaga Europă”. Corelația preocupărilor hipocondriace cu depresia este tradițională.

În aria delirurilor somatice pot fi plasate și acele cazuri în care pacientul ajunge să fie convins că în abdomenul său se află un vierme sau un șarpe – solicitând imperios să fie operat pentru a i se extrage. Această temă e una ce se plasează în avântcamera celei a posedării de către diavol.

O posibilă temă delirantă monotematică este cea a convingerii într-o descendență particulară, părinții naturali nefiind recunoscuți ca atare. Subiectul consideră că aceștia au fost substituiți. Sau că alte persoane, cunoscute sau necunoscute, reprezintă părinții său reali. Uneori pacientul se angajează în căutări pentru a-și afla părinții. Sau, presupune că aceștia sunt anumite personaje publice pe care le cunoaște vag din mass media. Delirul de descendență particulară indică evident o incertitudinea identitară. El aduce însă în prim plan și tema delirantă a schimbării identității persoanelor percepute, deseori a celor familiare, fenomen etichetat uneori ca iluzie.

S-au descris și se descriu și deliruri monotematice cu tematică de grandiozitate, de invenție de ex. Așa sunt cei ce sunt dedicați descoperirii unui perpetuum mobile, leacului cancerului, “esenței adevărului” etc. De ex. o persoană aflata în perioada pensionării, ajunge să se preocupe de prelungirea vieții, fiind apoi convins că a descoperit “visul de aur al omenirii, nemurirea”; motiv pentru care i se va acorda Premiul Nobel. El se hotărăște să împartă câștigul de la trei din

aceste premii, cu medicul sau psihiatru. La astfel de persoane dispoziția afectivă e de obicei pozitivă, dar comportamentul nu are întotdeauna caracteristici hipomane.

În același registru al delirurilor de grandiozitate sunt plasați și idealistii pasionali, ce se simt angajați într-o luptă pentru binele omenirii; și care se dăruie cu generozitate păcii universale, planetei verde, dispariției cancerului și suferințelor de pe pământ. Au fost descrise apoi persoane ce simt că au primit misiunea specială să reînnoiască spiritual omenirea, eventual propunând o nouă religie.

În toate aceste cazuri, condiția identitară se preschimbă evident, devenind una de excepție, aspirată de o dăruire întru binele comunității.

Delirurile monotematice, cu întreaga lor tatonare în marginea orbitei psihotiforme, se cer privite și dincolo de nosologia psihiatrică, din perspectiva vieții cotidiene. Preocuparea față de sănătate, față de atractivitatea aspectului corporal sau de eventuala infidelitate a partenerului, sunt trăiri firești pentru fiecare om; chiar dacă în viața de zi cu zi ele pot fi latente. Când sunt semne de boală, de obicei apare o ușoară reacție anxios fobică adaptativă, ce îndrumă subiectul spre diagnosticare și tratament. Dar odată desimplicată, o astfel de preocupare față de sănătate poate deveni și repetitivă, obsesivă. Pentru ca ulterior, ea să absoarbă prevalent subiectul, împiedecându-l de a mai acorda suficientă atenție diverselor aspecte ale vieții cotidiene. După același scenariu, persoana poate fi subjucată de statutul și rolul unui om înșelat, persecutat; sau de om important pentru destinul comunității, pe care o poate îndruma spre noi idealuri.

Statutul și rolul social de om persecutat, înșelat, bolnav etc. reprezintă, parțial, și o condiție suprapersonală, ce funcționează ca un model normativ de conduită interpersonal socială în cadrul comunităților. Acesta e implicat parțial și în funcționarea unor practici umane, ca cea medicală, juridică, administrativă, de orientare a relațiilor pe diagrama intim/public etc. Dar astfel de condiții sunt în același timp și structuri atitudinale proprii psihismului personal; latente dar aflate

la dispoziția sa, pentru a se actualiza la nevoie. La fel ca și dispoziția anxioasă, iritabilă, depresivă sau expansivă. Desimplicarea câte unei astfel de poziționări atitudinale de statut și rol social dintre cele menționate, ajungerea ei în prim planul preocupărilor, marchează o modificare a stării identitare a persoanei, care-și pierde astfel flexibilitatea. Și capacitatea de a se ancora firesc în situațiile prezente.

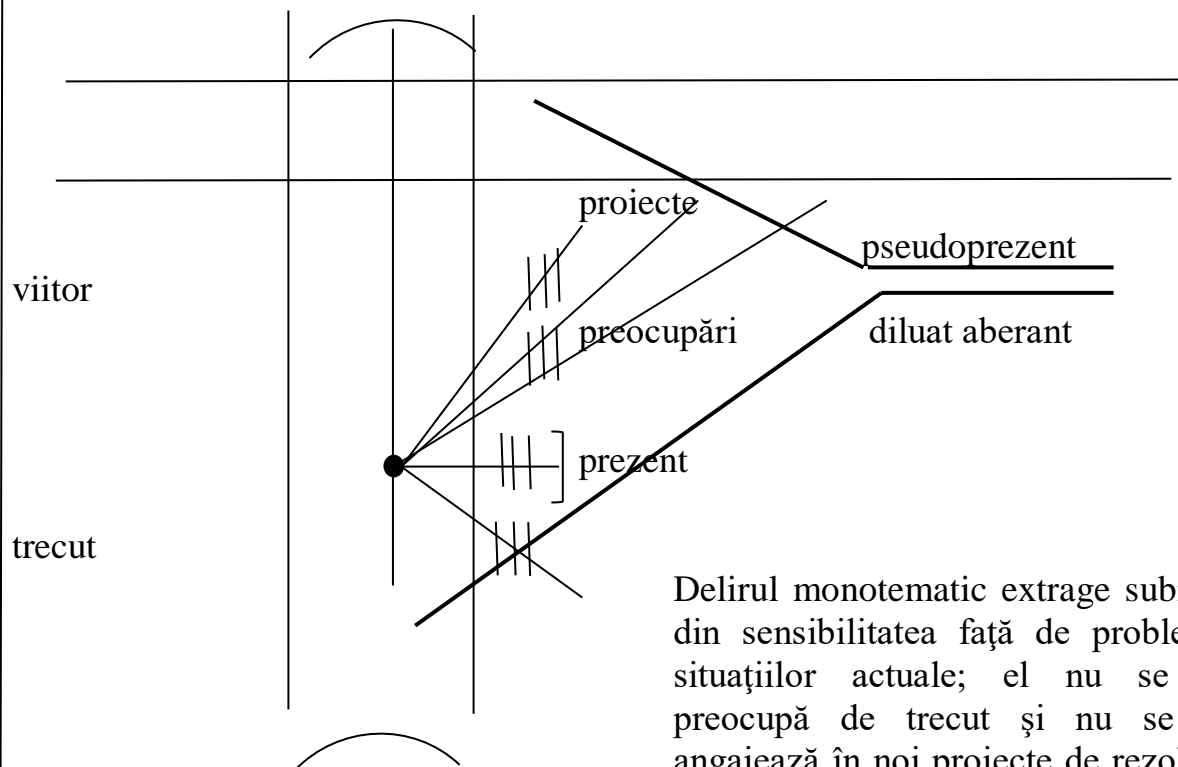
Dacă delirul a fost definit ca o convingere absolută într-o idee falsă, delirurile monotematice ne arată mai clar în ce constă de fapt această idee. Ea nu se referă la stări de fapt constatabile – de exemplu că afară plouă când nu plouă – sau la adevăruri științifice, doctrine ideologice sau religioase. Atunci când un delirant e convins că a descoperit perpetuum mobile, nu un adevăr științific e în discuție, ci condiția sa excepțională de personaj creator. Și la fel, când e convins că a întemeiat o nouă religie, chiar dacă la ea nu aderă decât eventual câțiva debili mintali. Tema delirului se referă întotdeauna la sinele subiectului, exprimând răspunsul aberant la o preocupare privitoare la starea și identitatea sa relațională, la poziția sa în lume. Poziție și statut de om bolnav, rejectat social, înșelat, prejudiciat, persecutat, susțin roluri sociale care-l absorb și îl domină. Temele, „ideile” delirante, sunt expresia unor problematizări existențiale de care subiectului „îi pasă”, care îl privesc în modul cel mai intim și adânc. Doar că acum, când ajunge în condiția delirantă, el se transformă în personaj, transpus pe o altă orbită, cvasifictivă. Personaj al unui scenariu identitar și relațional aberant care-l domină, extrăngându-l din bogăția și varietatea „prezentului trăit” în viața de zi cu zi. Present ce se detașează de pe fundalul proiectelor și amintirilor ordonate prin variate linii temporale ce se inseră în durata biografică. Present care îi dă un relief în lumea cotidiană comunitară, reglată de norme și valori.

Transpunerea în condiția de personaj o trăiește, desigur, și subiectul ce ajunge la convingeri megalomane sau micromane, în cazul episoadelor maniacale sau depresive; caz în care el e „decontextualizat” în raport cu viața cotidiană prin însăși faptul că tulburările formale ale acestei patologii îl extrag din „prezența la

prezentul structurat”, ierarhizat. Și îl proiectează rigid spre un viitor a toate posibil sau spre un trecut încriment. Această „ieșire din prezent” se petrece însă, în delirul monotematic, printr-un alt procedeu. Și anume, prin amplificarea exorbitantă a unei teme identitare ce dilată la maximum prezentul. Iar subiectul, care se identifică cu definiția unui statut și rol social – așa cum e definit acesta în planul supraindividual ( teoretic) al normativității socio culturale, este copleșit de această temă. Și nu mai suportă nicio altă solicitare situațională.

Chenar 62

### Temporalitatea delirului monotematic



Delirul monotematic extrage subiectul din sensibilitatea față de problemele situațiilor actuale; el nu se mai preocupă de trecut și nu se mai angajează în noi proiecte de rezolvare, preocupări de clarificat, fiind fascinat de o unică temă, ce-l absoarbe într-un pseudo prezent aberant într-o realitate cvasifictivă.

### **6.5. Paranoidia, supravegherea și manipularea**

Delirul monotematic, inclusiv cel paranoiac al persecuțiilor persecutori, ne mențin, până la un punct, în parametrii de relaționare ai subiectului cu lumea sa înconjurătoare umană, așa cum e aceasta structurată în cadrul existenței cotidiene. Delirul paranoid ne mută însă pe o scenă și într-un scenariu care e comparabil în esența sa cu narativitatea ficțiunilor ce se desfășoară în „câmpul personajelor”. Intrând în universul paranoid în calitate de personaj, subiectul simte că se confruntă atât cu alte persoane-personaj din ambianță cât și cu organizații, instituții și instanțe sociale generale și abstracte – așa cum ar fi Securitatea Statului, CIA, masoneria mondială etc. Și la fel cu personaje publice, istorice, legendare; sau cu ființe supranaturale. Desigur, persoanele din jur și cele cunoscute nu sunt suprimate, mixtându-se cu cele publice, istorice sau fictive. Iar uneori ele chiar rămân în centrul conflictului delirant. Dar acum, toți eroii delirului apar pregnant în poziția de personaje ai unei lumi și a unui scenariu predominant fictiv, a cărui conflict se derulează în jurul pacientului, transformat și el în personaj. Și implicând, pe lângă persecuție, supravegherea și manipularea. Cum scria Grissinger încă în 1845 (după Berrios):

“Pacientul se crede supravegheat de poliție, torturat prin electricitate de inamici secreți, amenințat de francmasoni, posedat de diavoli și condamnat la torturi eterne”.

Delirantul paranoid, pierzându-și articularea firească cu lumea existenței sale cotidiene - în care funcționează o structură relațională bine articulată între viața intimă și cea publică, (Chenar ) -se simte vulnerabil la accesul altora, a alterității, spre intimitatea sa. În consecință, are impresia că este continuu supravegheat, urmărit, ținut sub control de la distanța de către alții, manipulat de către instanțe xenopatice diverse. Căci doar astfel persecutatul se află efectiv “sub puterea celorlalți”.



În fragmentul citat mai sus după Grissinger sunt invocați ”inamici secreți, poliția, francmasoni” dar și diavoli. De fapt pe acea vreme, la fel ca și acum, în delirul paranoid interveneau, în conformitate cu tradiția, nu doar persoanele cunoscute și instanțele umane accesibile ci și diverse ființe supranaturale, inclusiv Dumnezeu. De aceea, e necesar la acest nivel un scurt comentariu transcultural.

Dimensiunea psihologică a individului uman nu poate fi comentată izolat, în afara imersiunii sale în intersubiectivitate și în lumea sa socio-culturală, ce se dimensionează prin normativitatea și discursivitatea prescripțiilor și narațiunilor publice. Lume din care tradițional face parte și instanța mitico sacră. Iar omul tradițional era, în principiu, subordonat acesteia, în sensul acceptării controlului și manipulării posibile din partea ființelor supranaturale. Posesiunea de spirite a făcut parte din această tradiție și a stat la baza medicinei șamanice. Cultura elenistică și cea a începutului modernității Europei a acceptat deasemenea posibilitatea intervențiilor supranaturale, în marginea noilor doctrine științifice. În sec. XIX când raționalismul pozitivist s-a declarat oficial învingător într-o Europă ce cultivă imaginea unei persoane libere ce se autodetermină, credințele tradiționale se mențineau; iar în perspectiva statistică erau probabil preponderente în populația generală, mai ales în zonele rurale. Ceea ce probabil e valabil și în zilele noastre la scară mondială, dat fiind faptul că religiile și obiceiurile tradiționale participă la păstrarea coeziunii comunităților.

Monoteismul creștin ce stă la baza culturii Europei, are particularitățile sale în acest domeniu. Totuși, și el susține o pleora de ființe supranaturale, pe care le-a moștenit din perioada afirmării sale împotriva Gnosticismului și Maniheimului. Prezența acestor personaje supranaturale se menține în mediul cultural al credincioșilor. Mediu ce înconjoară umanitatea și din care se împărtășesc toți noi născuții. De aceea nu e de mirare că, în clinicile psihiatrice continuă să se întâlnească și azi explicații ale sentimentului de control, transparență și influență, prin intervenția duhurilor, spiritelor, energiilor, diavolului și a lui

Dumnezeu. Alături de supravegherea realizată de poliție, serviciile secrete, masonerie, mafie ș.a.m.d.

Revenind la problematica delirului paranoid, se cere precizată tematica relațională a acestuia, modalitățile supravegherii și identitatea alterității ostile.

Tematica atitudinilor ostile poate îmbrăca și ea diverse forme prin care pacientul simte că i se poate face rău: atac fizic asupra corporalității, rănire, îmbolnăvire, otrăvire, schingiuire, execuție. Relele pot fi și morale: denigrare, atac la onoare sau la poziția socială, calomniere; sau atacuri asupra bunurilor, familie, pierderea libertății, ostracizare etc. Supravegherea xenopatică din paranoizie se exprimă și ea variat: - priviri insistente și semnificative (în cadrul sd.senzitiv de relație), urmărire directă sau prin intermediari, spionare, supravegherea intimității de la distanță prin instrumente speciale sau prin mijloace supranaturale, transparența gândirii și intențiilor intime. Se poate adăuga sentimentul intervenției asupra voinței și autocontrolului, cu influențare, manipulare ideo afectivă și motorie de la distanță. În sfârșit, inventarul aspectelor structurale ale delirului paranoid nu trebuie să ignore cine sunt persecutorii și autorii supravegherii manipulative: rude, vecini, cunoștințe, colegi de serviciu, șefi, persoane administrative sau politice, personaje publice ce ocupă diverse poziții în ierarhia socio-culturală sau istorică, instituții, organizații, asociații, diverse entități umane sau supranaturale. Prezența unor personaje fictive sau din mitologia religioasă pot juca și ele un rol important în configurarea delirului. Analiza unui delir paranoid presupune deci cel puțin trei clase de fenomene.

Acțiuni nocive care se întreprind asupra pacientului	Fenomene de supraveghere, control, manipulare	Cine sunt agenții atitudinilor și acțiunilor xenopatice
Atac asupra corpului, îmbolnăvire, otrăvire, omorâre, prejudiciu moral, subminarea pozițiilor sociale, privare de libertate, atac asupra averii, familiei	Supraveghere prin privire (sd. senzitiv de relație), urmărire, spionaj, supravegherea intimității de la distanță (cu mijloace tehnice speciale); manipularea de la distanță, controlul și influențarea gândirii, intențiilor, acțiunii	Rude, vecini, cunoștințe, colegi  Șefi, personaje socio politice, culturale, istorice  Instituții, organizații  Personaje fictive, supranaturale, reprezentanți ai mitologiei religioase

Psihopatologia psihotică delirantă paranoidă cuprinde de obicei, în grade diferite, și alte simptome psihotice ca: halucinații, trăiri de derealizare, depersonalizare, transpersonalizare, dezorganizare, agitație, catatonie. Apoi, delirul paranoid se desfășoară cel mai des printr-o dispoziție afectivă anxios fobică. Dar, e posibilă și concomitența unor stări depresive iritabile sau de tip maniacal. Iar în paranolidia schizofrenă se poate manifesta și o dispoziție apato abulică. În prezentul paragraf atenția e concentrată asupra stării psihotice predominant delirant paranoidă, cu minime alte simptome psihotice. Deoarece delirul paranoid a fost comentat în ultimele decenii mai ales în corelație cu schizofrenia, se cere reamintită poziția inițială a lui Bleuler când a introdus acest concept nosologic în clinica psihiatrică. El considera că specific tulburării schizofrene e dezorganizarea psihică autistă, delirul fiind un fenomen psihopatologic secundar. În prezent această viziune e

Chenar 63

### **Tematica delirantă paranoidă**

Tematica delirantă paranoidă este în esența sa relațională. Ea se referă la convingerea neargumentată și absurdă că alții – sau diverse entități de tip uman – intenționează să facă sau i-au făcut deja ceva rău subiectului; deseori e însoțit de simptome de supraveghere și control de la distanță.

Persecuția și atitudinea ostilă din partea altora sunt aspecte firești ale vieții cotidiene. Iar pentru o existență adaptativă, subiectul trebuie să detecteze eficient prin suspiciunea sa astfel de situații. Persoanele cu TP paranoidă au un grad crescut al suspiciozității. În raport cu persecuția și atitudinile ostile reale pot să se dezvolte reacții comprehensive normale sau anormale. Persecuția este însă și cea mai frecventă temă delirantă relațională.

Tematica delirantă relațională se referă și la gelozie și erotomanie, care sunt centrate pe relații interpersonale intime; precum și la descendența ilustră, care implică familia. Convingerile delirante senzitive trimit spre relaționarea cu persoane străine, centrate fiind pe o supraveghere specială și pe o sancțiune situațională depreciatorie. Tematica propriu zisă de persecuție se impune însă în relația persoanei cu un grup uman mai mare de oameni, mai ales cu cel instituționalizat. Ea exprimă eșecul colaborării și integrării relaționale, a acceptării sale ca membru al unei comunități. Asupra acestui aspect a atras atenția psihologia evoluționistă, mai ales după ce cognitivismul a evidențiat funcția adaptativă a mentalizării. Aceasta e o capacitate psihocerebrală umană transmisă genetic, care în urma experienței maturante din primii trei ani, permite copilului să ghicească intențiile unei persoane percepute situațional. Pe această bază oamenii pot elabora strategii de colaborare. Deoarece acum pot detecta eventuala intenție de înșelare a celuilalt; și își pot coordona acțiunile în cadrul grupelor ce acționează în comun. Iar cooperarea este esențială pentru hrănire și apărare; și în general pentru supraviețuirea indivizilor și colectivităților. Evoluționiștii consideră că pentru hominizi și pentru specia homo, excluderea din colaborarea cu grupul echivala cu moartea, individul neputând supraviețui de unul singur. Homo sapiens a moștenit și cultivat această sensibilitate la rejecție și excludere, probabil de dinaintea perioadei sedentar agricole. Ulterior au intervenit, desigur, și alte aspecte ale vieții sociale specific umane, corelate practicilor instituționale și ritualurilor religioase. Iar în fundal, practica războiului și crima, omorârea în cadrul speciei; care e o noutate în biologie. Pe acest fundal psihismul uman a dezvoltat o deosebită sensibilitate față de rejecție și atitudinea ostilă a grupului social și a entităților instituționale.

Privind lucrurile din perspectiva menționată mai sus, tematica scenariului delirant paranoid nu se poate reduce la experiențe acumulate în perioada ontogenezei individuale. Desigur, pe parcursul biografiei, subiectul experimentează ostilitate, rejecție, persecuție etc. Dar la fel cum capacitatea de mentalizare are o bază în maturarea unor structuri neurocognitive ale creierului social, sensibilitatea față de rejecția și ostilitatea socială, apare în primul rând ca o matrice neuropsihică adaptativă, de care subiectul dispune. Și spre care psihismul individului ajunge să fie orientat, datorită particularităților speciale de deschidere spre experiențe ale creierului său. La fel cum el e deschis spre receptarea și însușirea limbajului și a funcțiilor executive, a cooperării, a anxietății și depresiei, a geloziei și dragostei. De fapt, e vorba de condiționarea parțial cerebrală, a structurării ansamblului relațiilor interpersonal sociale în cadrul cultural al narativității, normativității și valorilor, a instanței statutelor și rolurilor sociale, a personajelor și scenariilor narrative, inclusiv cele

reactualizată și dezvoltată. De aceea vom comenta delirul paranoid inițial, cât mai distanțat de autism și dezorganizarea. Cât privește halucinațiile, fenomenele de transparență-influență și cele de depersonalizare-transpersonalizare, vor fi abordate succesiv. Fenomenul supravegherii anormale face însă corp comun cu delirul paranoid și va fi abordat acum.

Supravegherea paranoidă are un prim nivel care menține articulația cu relaționarea interpersonală și se exprimă prin sindromul de relație senzitivă. Acesta a fost descris de Kretschmer în 1919 ca o formă specială de delir, corelat unei personalități senzitive (astenică, retentivă, neîncrezătoare în sine și alții, ruminativă chiar) care trăiește evenimente ce induc devalorizare, rușine. (Chenar,..). Se instalează impresia sau convingerea subiectului că este privit în mod special de către alții: de vecini, la serviciu de colegi, pe stradă de către necunoscuți. Toți se uită la el cu interes, curiozitate și subînțeleșuri, făcându-și semne din priviri și zâmbete că se înțeleg între ei, coalizându-se; eventual, și discută între ei nefavorabil despre subiect, îl batjocoresc, râd de el. Viziunea lui Kretschmer pledează, într-un fel, pentru o continuitate între: - Pe deoparte, preocuparea prevalentă a unei persoane vulnerabile ce a trăit o experiență specifică de inferiorizare-rușine, în direcția sentimentului de a fi suspus batjocurii publice; ceea ce conduce spre patologia patologia anxietății sociale.- Și, pe de altă parte, delirul senzitiv relațional propriuzis, care nu mai e corelat direct și comprehensibil cu un eveniment trăit și are la baza trăirea centralității. Cazuistica sa se plasa la un pol opus față de cverulența expansivă a paranoiacului predispus spre luptă, ce constituia nucleul categoriei paranoia a lui Kraepelin.

Delirul senzitiv de relație a lui Kretschmer (Sensitivebeziungswahn) nu s-a impus ca o formă aparte, bine individualizată de delir; ci, ca un sindrom ce se intersectează cu unele teme prevalente sau delirante relaționale. El este prezent în preocupările corporale anormale, ca cele cu punct de plecare în tulburarea dismorfică și în anorexia mentală; atât în varianta prevalențială cât și în cea

delirantă a acestora. În delirul paranoid, prezența temei senzitive de relație sugerează trei funcții: - cea de supraveghere; - cea de sancțiune negativă, disprețuitoare, batjocoritoare; - funcția de “centralitate”, constând în sentimentul subiectului că se află în iminența unui eveniment deosebit pentru el, motiv pentru care i se transmit mesaje.

Sentimentul de a fi privit derivă evident dintr-o situație firească, deoarece în permanență oamenii se și privesc reciproc, decelând astfel fiecare intențiile celuilalt. Supravegherea vizuală face apoi parte din practicile educative familiale, ea fiind însă amplificată socio-cultural în diverse contexte educative sau de supraveghere. În cadrul trăirilor senzitiv relaționale subiectul poate resimți faptul ca ceilalți îl comentează negativ, depreciator, bătându-și joc de el sau complotând împotriva sa. Uneori el resimte halucinații funcționale, cu punct de plecare în discuții reale ale celorlalți, insuficient percepute. Alteori însă, halucinațiile auditive sunt pregnante.

În delirul paranoid pacientul are însă și sentimentul că este urmărit de instanțe exterioare. Aceasta se realizează de persoane mai mult sau mai puțin cunoscute, de reprezentanți ai unor instituții publice, organizații sau asociații – eventual oculte – sau de variate entități socio-culturale. Urmărirea poate fi resimțită în continuitatea sd. senzitiv de relație, ca fiind realizată prin privirile unor urmăritori ce se furișează pe stradă în spatele victimei; sau se deplasează pe urmele sale cu trăsuri, automobile sau alte mijloace de transport, inclusiv avioane și sateliți. Eventual urmăritorii, organizați, se pot schimba între ei pentru continuitatea acțiunii. Căci acum e vorba de o supraveghere continuă și nu doar de o atenție specială conjuncturală, din partea vecinilor, colegilor de servici sau oamenilor întâlniți pe stradă. Sentimentul urmăririi se îndepărtează astfel de universul perceptiv, tinzând spre o convingere de supraveghere constantă, în care privirea propriu zisă e secundară. În cazul urmăririi resimțite ca supraveghere, trimiterile la datele perceptive pot fi minime. Suntem într-un plan în care

convingerea,”evidența ideatică a (experienței) trăirii”, predomină asupra ”evidenței perceptive”. Acest aspect se extinde asupra întregii zone simptomatice a transparenței și influenței psihice. Totuși, în măsura în care accentul se mută spre supravegherea continua a intimității, pacientul poate identifica elemente perceptive în preajma sa, care ar putea reprezenta suportul obținerii unor astfel de informații. Odată cu dezvoltarea în ultimul secol a tehnologiei comunicării la distanță, paranoizii au ajuns să invoce camere de luat vederi, microfoane, TV-ul, calculatorul cipuri implantate în creier etc., ca suport tehnic prin care intimitatea le este supravegheată.

O altă modalitate, tradițională de data aceasta, este cea a substituirii de persoane. Iluzia Sosia ar consta în convingerea că o persoană apropiată este substituită cu un spion; Iluzia Fregoli se referă la convingerea că un spion ia diverse înfățișări pentru a fi mereu în apropierea subiectului. Condiția supravegherii continue are și un punct de referință în normalitatea socio-culturală, prin spionaj. Puterea politică are nevoie de informații privitoare la statele rivale. Dar și de cele privitoare la dușmanii interni; domeniu pe care statele totalitare l-au dezvoltat mult. Apoi, sistemul juridic are și el nevoie de informații detaliate, pe care le obțin organele de anchetă, privitor la faptele pe care trebuie să le judece.

În societatea modernă nevoia de a cunoaște în detaliu anumite comportamente ale altora au resimțit-o și particularii, care au început să-și angajeze detectivi. Dar, mai mult decât atât, odată cu modernitatea, ordinea socială în ansamblul ei a început să se organizeze de așa manieră, încât puterea politică statală centralizată să dispună în permanență de un fond cât mai amplu de date privitoare la situația cetățenilor. Supravegherea și controlul social al individului a marcat – așa cum analizează Foucault – cultura modernității Europei de după Renaștere, care a cultivat ordinea Rațiunii în epoca “luminilor”.

Chenar 64

**Deliruri cu tematică paranoidă**

O femeie de 49 ani, muncitoare, văduvă, prezintă brusc (în câteva zile) convingeri delirante de urmărire și senzitive de relație, însoțite de halucinații auditive simple și apelative (“vecinii vorbesc despre mine că sunt prea slabă, oamenii din mașini se uită la mine”...vecinii bat în perete..răspândesc fire de păr prin casă”); încă 2 internări cu aceeași simptomatologie până în 2005

O femeie de 55 ani prezintă (1997) un delir cu tematică de urmărire, persecuție, supraveghere, halucinații auditive relaționale (aude cum alții își bat joc de ea”); încă 5 internări similare până în 2010.

O femeie de 49 ani, căsătorită cu 4 copii dezvoltă brusc (1999) un delir cu tematică de persecuție, otrăvire prin interpretare („vecinii îi aduc o pungă cu ceva otrăvă”) idei de prejudiciu. În anii următori sunt repetate recidive cu delir de otrăvire/prejudiciu și depresie/vinovăție. Ajunge să problematizeze contactul contaminator cu diverse substanțe (detergenți, săpunuri), dar nu dezvoltă o patologie obsesiv-compulsivă ci idei de vrajire din partea vecinilor care o persecută; ideile senzitiv-relaționale și depresia sunt constante la toate internările.

O femeie de 44 ani, angajată, căsătorită cu 2 copii, debutează brusc (într-o săptămână) (2001) cu delir halucinator paranoid : „cineva” vrea să îi facă rău, toată lumea o vorbește de rău, se simte vrăjită; aude diverse zgomote care sunt semne ale vrăjilor; halucinații olfactive : simte miros de tămâie.

O femeie debutează în 3 săptămâni cu delir de gelozie, persecuție, urmărire, supraveghere, otrăvire (familia e incriminată), vede o mașină albastră care sigur a venit pentru ea să o ducă undeva; se convertește la o sectă religioasă. În 2007 complexul paranoid halucinator reapare

O femeie de 30 ani, muncitoare, căsătorită, debutează insidios (într-un an, 1997) cu delir cu tematică senzitivă de relație: colegele de serviciu o bârfesc, își fac semne, o urmăresc, vor să îi facă rău; dispoziție anxioasă; recădere peste 1 an.

O femeie de 48 ani, căsătorită, 1 copil, prezintă o patologie delirantă ce evoluează în decurs de aproximativ 2 ani, cu tratament ambulator inițial și apoi internare (1993). Ideea delirantă paranoidă relațională, suspiciune, otrăvire, gelozie; halucinații gustative și olfactive, depresie anxioasă (lentoare). Urmează tratament intermitent.

O femeie de 30 ani, muncitoare, văduvă, după un eveniment de viață minor (2001) începe să se simtă persecutată, prejudiciată, urmărită pe stradă, privită și comentată “pe stradă alții râd de mine”, supravegheată acasă (“am impresia că în casă sunt microfoane și că mi-e ascultat telefonul”); încă 3 internări cu aceeași simptomatologie până în 2013.

O femeie de 42 ani, debutează brusc (1999) în două săptămâni cu suspiciune, idei de urmărire și persecuție, e convinsă că “cineva vrea să o drogheze și îi pune ceva în mâncare, deoarece aceasta are “un gust deosebit”, “dușmanii mă urmăresc să îmi facă rău”, are impresia că la TV prezentatoarea îi fixează ochii și se uită ciudat la ea, crede că e posedată și trebuie să se ducă la preot...aceleași idei sunt prezente la internările ulterioare: 2004, 2007 (“apa are un gust amar, mă uit atentă dacă cineva mă servește cu suc sau cafea ca să nu mă otrăvească, mă uit la degetele lor”...”cei din jur vor să-mi facă rău”, insomnii, anxietate.



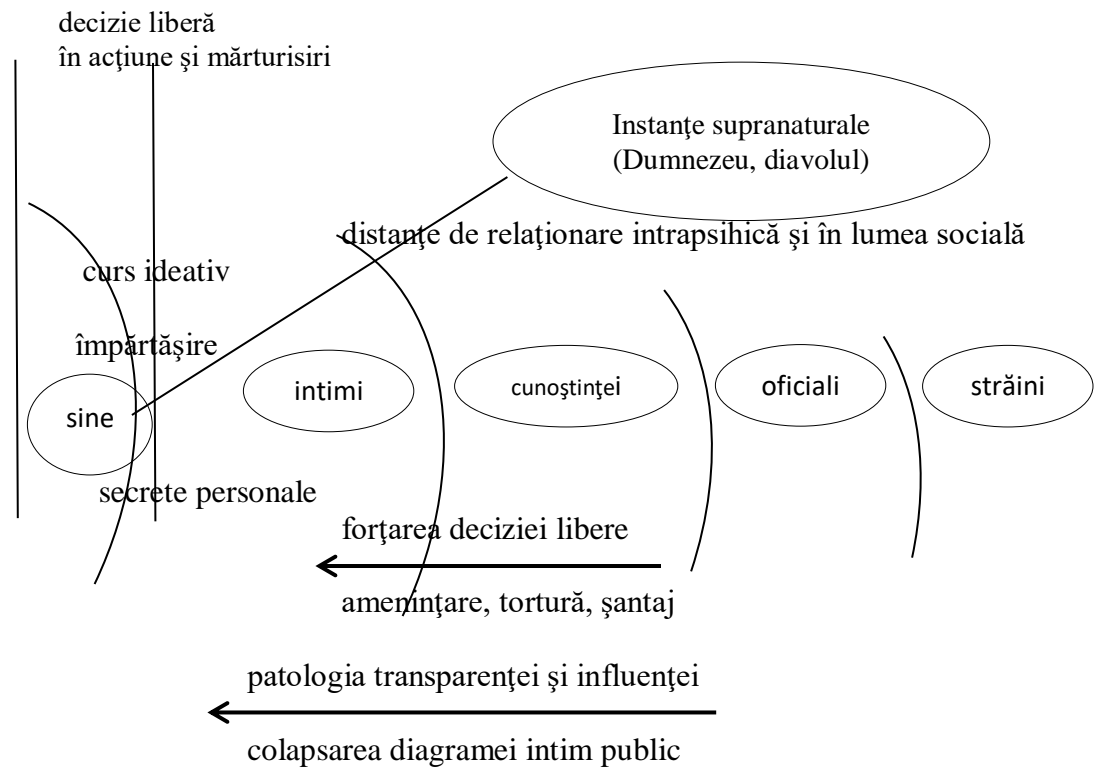
Statul, bazat pe forțele polițienești, stimulează acum pe toate căile ordonarea și supravegherea continuă a cetățenilor, în toate momentele și locurile existenței lor. Școala, internatele, locurile de muncă, clinicile medicale, noua variantă de pedepsire juridică prin închisoare, toate plasează cetățeanul, pe care-l are în vedere poliția de stat, în centrul unui focar de supervizare. Simbolul acestui sistem l-ar constitui “panopticum-ul” lui Bethan, ce constă într-un fel în închisoare în care indivizii stau în camere fără pereți despărțitori spre exterior și în permanență luminate. Astfel încât oricine poate vedea, oricând, ce fac acești indivizi claustrați, inclusiv în momentele intime ale existenței lor. Tehnologia electronică a zilelor noastre a rafinat apoi enorm posibilitățile de supraveghere și control de la distanță a cetățenilor.

Dacă facem o comparație cu ceea ce știm despre viața de zi cu zi din Grecia antică, s-ar putea comenta faptul că în societatea modernă se dezvoltă condiții culturale speciale, pentru ca sentimentul de supraveghere să se infiltreze în conștiința tuturor indivizilor. Iar condiția psihopatologică să-l aducă mai ușor în prim plan; la fel ca pe sentimentul de a fi privit. De altfel, și acesta pare potențat în modernitate, care a ridicat la un important rang examinarea publică, periodică și în diverse împrejurări, ca o condiție a promovării și funcționării în societate. Iar participarea la examenele publice este principala condiție ce întreține anxietatea socială.

Modificări ale psihismului uman s-au produs deci în modernitate, nu doar prin dezvoltarea dimensiunii subiectiv reflexive a conștiinței individuale. La periferia acesteia se insinuează acum și sentimentul (vag în normalitate) al supravegherii și examinării publice continue. Și, de asemenea, cel al posibilei coordonări și manipulări sociale, suprapersonale. Asupra acesteia a atras atenția de asemenea Culianu, analizând evoluția magiei în Renaștere. Magia, ca și vrăjitoria, operează, prin mijloace supranaturale, pentru a modifica stări de lucruri, atât în natură (de ex. în alchimie), cât și în viața umană.

Chenar

### Normalitate și patologie în controlul intimității



- Transparență : cunoașterea de către străini a gândurilor intime prin intuire, ghicire, citire, răspândire (iradiere, difuzare, împrăștiere), sonorizare (în urma spațializării și exteriorizării lor), supraveghere (supervizare îndeaproape)
- Influență : asupra gândirii și vorbirii : blocarea gândirii (g), retragerea g., inserția, impunerea g., influențarea, dirijarea, contrafacerea g.; asupra deciziilor, inițierii acțiunilor, mișcărilor, a emoțiilor, a senzațiilor corporale
- Simptomele de prin rang Schneider pentru diagnosticul schizofreniei (SPRS) cuprins, pe lângă majoritatea simptomelor de transparență influență și : halucinații auditive sub forma vocilor care-i comentează pe pacient sau a vocilor ce comentează gândurilor și acțiunile sale și delirul primar.

În mod tradițional vrăjitoria era creditată că poate interveni de la distanță asupra sănătății și dragostei indivizilor. În Renaștere, Giordano Bruno dezvoltă însă ideea influențării la distanță a unei mari mase de oameni, prin manipularea erosului, a legăturilor afective în general (De vinculum). Arta manipulării oamenilor era declarată de Bruno o știință. Iar această știință s-a dezvoltat mult ulterior, nu doar prin propaganda iezuiților și a emisarilor ideologiei oficiale din societățile totalitare, ci și prin mijloacele mass media actuale.

Culianu scrie:

“Magicianul se ocupă astăzi de relații publice, de propagandă, de prospectare a pieței, de anchete sociologice, de publicitate, informație, de contra-informație și dez-informație, de cenzură, de operații de spionaj și chiar de criptografie”...

Astfel de abordări istorico-culturale care descifrează psihosociologia omului contemporan, - om care-și derulează existența dintre viața intimă și cea publică în condițiile unei permanente intervenții de control și manipulare suprapersonală a societății asupra intimității conștiinței - sunt importante pentru a înțelege că, simptomatologia de supraveghere și control din delirul paranoid, nu apare din nimic. De altfel, formula pe care o introduce modernitatea și postmodernitatea se dezvoltă pe un fundal istorico cultural în care aceleași aspecte se derulau în cadrul relației între om și forțele supranaturale.

Ar mai fi de adăugat faptul că, tematica paranoidă e una ce se desfășoară în contextul unei dispoziții anxios fobice. Fenomenul supravegherii și controlului exprimă o distorsiune a spațialității antropologice trăite, specifică - așa cum s-a comentat - patologiei anxioase. Acum e vorba însă de spațiul interpersonal, cel al a distanțelor psihice față de alții și instituții, care nu mai poate fi controlat și stăpânit. Ceilalți, „dușmanii”, au acces direct la zona din apropiere, la aria de intimitate a pacientului, care nu-i mai poate ține la distanță.

Această perturbare a raportării pe axa intim public își atinge maxim în sd. de transparență/influență, în care străinii ajung să-i cunoască și să-i manipuleze gândurile cele mai intime. Asupra acestei probleme se va reveni.

### **6.6. Delirurile fantastice și cele mitico religioase; delirul și lumile ficționale multiple**

Delirul paranoid, inclusiv cel comentat în cadrul schizofreniei, se diferențiază în bună măsură de modelul sugerat prin romanul lui Cervantes, în care nobilul de țară Quijano alunecă într-o nouă identitate, de cavaler rătăcitor – după modelul romanelor pe care le citise – trăind într-un univers de ficțiune, ce doar se intersectează cu cel al oamenilor din jurul său. Chiar dacă am evita cazuistica prea evident marcată de detașarea autistă și dezorganizarea ideo-verbală a paranoidei schizofrene, fantasticul neverosimil a multor scenarii delirante întâlnite în clinicile psihiatrice ne îndepărtează totuși, deseori de cursivitatea comprehensivă a beletristicii românești. Dar privind astfel se ignoră dimensiunea mitico magică pe care o introduc în viața oamenilor normali poveștile, basmele, literatura de ficțiune și, mai ales, miturile sacrale. În cele din urmă romanele, cu coerența celui scris de Cervantes, s-au impus doar în ultimele sute de ani și și-au formulat un ideal odată cu Bildungs-romanul german de la sfârșitul Iluminismului, calchiat după modelul unei biografii sistematice. Dar chiar și genul romanului nu s-a menținut decât parțial în jurul acestei scheme. Pe când basmele și legendele impregnează oamenii, încă din copilărie și adolescență, de mii și mii de ani; și continuă să funcționeze și în zilele noastre prin întreaga literatură și filmologie science fiction. Se cere însă, mai ales, să nu se ignore miturile sacrale care sunt acceptate firesc de credința naturală a oamenilor. Oameni ce-și desfășoară viața de zi cu zi mergând la sfârșit de săptămână la biserică. Cazuistica delirată înregistrează și astfel de convingeri. Deși ele sunt mai reduse în perioada de sfârșit a modernității și intrare în lumea postmodernă.

Sistematica nosologică a psihiatriei pe care ne-a lăsat-o moștenire Kraepelin prin ultima ediție (a opta) a Tratatului său, avea în vedere pe lângă demența precoce (=schizofrenie) și paranoia (=delir monotematic sistematizat) încă un cadru nosologic delirant, cel al parafreniei. E vorba de un delir fantastic, confabulator și uneori expansiv, delimitat și încapsulat (cu „dublă contabilitate”) ce apare mai ales la persoanele în vârstă. Tot la începutul sec.XX Dupré a descris în Franța un „delir de imaginație”.Deși o astfel de cazuistică nu mai beneficiază în ultimul timp de o delimitare nosologică bine definită, ea nici nu a dispărut. Asupra ei ne atrage atenția recent cazul Breivik, care a ajuns în dezbatere internațională în 2011, după crima impresionantă ce a produs-o.

Breivik era convins că este liderul organizației Regilor Templieri și prin aceasta considera că trebuie să fie pionierul războiului civil european. El urma să fie noul regent al Norvegiei fiind abilitat să decidă cine poate să trăiască și să moară în țara sa. În plus, era convins că are responsabilitatea să deporteze câteva sute de mii de musulmani în Africa și opinia că există o impuritate rasială în Norvegia. De asemenea, lucra - desigur, de unul singur - la un plan pentru a îmbunătăți fondul genetic etnic al Norvegiei. Bazat pe aceste convingeri, pe care le postează și pe internet, el organizează metodic planul crimei pe care o execută pe o insulă unde se adunaseră tineri liberali. La examinările de evaluare psihiatrică forensică nu s-au constatat halucinații sau dezorganizare a gândirii. Totuși, la prima expertiză delirul său a fost considerat bizar, folosirea cuvintelor cu alte semnificații în contexte noi au fost considerate neologisme, înregistrându-se și răceala sa afectivă. Deși pacientul se considera normal psihic, primii experți au pus diagnosticul de schizofrenie paranoidă.

Acest diagnostic îl absolvea însă de crimă. În urma protestelor generale s-a trecut la o nouă expertiză, fiind reexaminat săptămânal de mai multe ori. Treptat, el a început să reducă importanța Regilor Templieri și să admită că a exagerat rolul

său. Al doilea diagnostic a fost de personalitate narcisistă și pseudologie fantastică, fapt ce a permis condamnarea.

Cazul Breivik, devenit de notorietate publică prin mass media, demonstrează că în psihopatologia delirului poate interveni și în zilele noastre narativitatea arhetipală a miturilor și legendelor. Diagnosticul de schizofrenie paranoidă, care s-a formulat inițial în acest caz, nu era desigur cel corect. Dar exista la dispoziția experților diagnosticul de Tb.delirantă persistentă din ICD-10 (cod F.22.0). Formularea diagnostică oficială finală este totuși sugestivă; dar numai în perspectiva zonei în care delirul se agregă. Căci la fel cum se poate ajunge la condiția unei noi identități psihotice delirante pornind de la o personalitate suspicioasă,paranoidă, se poate ajunge la această condiție și pornind de la o personalitate anormală narcisită. În cazul în care pacientul are un imaginar bogat, fantast, așa cum avea Breivik, alunecarea sa în delir se poate agrega pe o identitate aberantă, ce comportă o acțiune extraordinară, care să-i salveze patria. Cu această ocazie se cere subliniată și diferența esențială dintre poziționarea celui ce confabulează sau a pseudologului – care narează alora evenimente pe care el le centrează ca personaj extraordinar; și delirantul parafren, care crede în această poziționare și acționează în consecință, fără a acorda importanță deosebită relaționării. Chiar dacă cazul amintește de formula DonQuijote transpusă într-un registru sumbru, cazul Breivik este de menționat doar pentru ilustrarea variantelor.

Un rol esențial în degajarea dimensiunii specific antropologice pe care se ilustrează delirul, îl joacă însă tematica religioasă.

Chenar 66

### Cazuistică

#### **Deliruri cu tematică religioasă; grandiozitate, identificare cu personaje divine**

O femeie de 28 ani, angajată, căsătorită, 1 copil, dezvoltă în 2 luni o stare maniacal delirantă : „e trimisa lui Dumnezeu pe pământ; acesta a înzestrat-o cu puteri deosebite, poate prevedea viitorul, fapt ce-l exemplifică cu viitoarele acțiuni ale conducătorilor țării în relație cu președintele SUA, în diverse scenarii”. „Dumnezeu vorbește prin vocea mea și acționează prin mine”, se simte asemeni Fecioarei Maria. Urmează alte recăderi cu delir de grandiozitate dar și episoade depresive.

O femeie de 41 ani dezvoltă un tablou psihotic cu dezinhibiție maniacala și delir de misiune divină: “E aleasa lui Dumnezeu de la care are misiunea să lupte cu diavolul”. Dumnezeu îi spune zilnic ce să facă; “Duhul Sfânt vorbește prin mine”. Dumnezeu a ales-o să fie un fel de proroc pentru că: “e curată, nu a mințit, nu a preacurvit și are un semn pe dosul mâinii care indică locul unde a fost cuiul răstignirii lui Iisus...” simte un gust amar de la pelinul dat lui Iisus iar corpul îi miroase a tămâie”. Dumnezeu o protejează și o influențează, simte gânduri care nu sunt ale ei dar acestea sunt “gânduri date de Dumnezeu”, “i se citesc gândurile cu ajutorul lui Dumnezeu”. Se simte urmărită de oameni, căci oamenii sunt “diavoliți”, își dă seama de aceasta căci “simte un fior de gheață în ceafă”.

Un bărbat de 44 ani evoluează spre psihoză lent, în 2 ani, prezentând un delir de grandiozitate: simte că e trimisul lui Dumnezeu pe pământ, îl simte pe Iisus în corpul lui și are menirea de a salva omenirea de la dezastru, are puteri deosebite pe care le folosește spre binele oamenilor, este vizionar, tot ce gândește se și întâmplă, de aceea evită să citească articole negative din presă sau să se gândească la acestea pentru a nu se produce noi crime și nelegiuri. pe stradă lumea caută să îl atingă pentru a-i lua din energie, deoarece are puteri supranaturale, lumea îl urmărește pe stradă dar și prin radio și TV...când a trecut granița în altă țară s-a declanșat o furtună” era un semn ceresc pentru a îl avertiza că nu e bine să părăsească țara”...când privește luna sau Biblia, îl vede pe Dumnezeu, îngerii și pe toți sfinții.

O tânără de 19 ani are un scurt episod maniacal, iar peste un an (1988) se internează pentru o dezinhibiție maniacală însoțită de un delir mistic. Debutul episodului îl descrie astfel: “am început să mă simt puternică și fericită, toate gândurile din trecut îmi veneau în minte...gândurile fugeau...mi le aduce cineva înapoi...numai gânduri bune...mi le planta în minte...erau producția Domnului Dumnezeu, care printr-unmesager, probabil un înger, le punea în mine...nu erau gândurile mele, mintea mea nu le putea aduce așa rapid...vocea îngerului o auzeam în cap...Domnul îmi știa și toate gândurile căci El le știe pe toate, oamenii știu doar o parte....

Episoade ulterioare se manifestă cu tablou depresiv, depersonalizare, trăiri senzitiv relaționale. Apar și simptome de transparență și influență ce nu se corelează direct cu Dumnezeu, baraj mental, sonorizarea gândirii “îmi aud gândurile cum îmi sună în cap”....”cineva îmi influențează acțiunile”; la un episod (2008) afirma totuși că “trăiește o intimitate cu Dumnezeu care i se dezvăluie și îi vorbește”, episod în care e și erotomană, considerând că o iubește un reporter TV.

Tematica delirantă religioasă constă dintr-o convingere de apropiere și familiaritate crescută cu personajele mitologiei sacrale. E vorba în creștinism de Dumnezeu, Iisus Christos, Fecioara Maria, Sfântul Duh, diavolul. Evenimentele principale sunt patimile și răstignirea lui Iisus și sfârșitul lumii; mai intervin prorocii, minunile. Diavolul reprezintă răul și tentează omul să păcătuiască, uneori posedându-l. Posesiunea demoniacă implică sinele corporal și e trăită deseori ca o dedublare a psihismului. Pacienții cu tematică religioasă se simt apropiați și familiari cu Dumnezeu, fapt ce exprimă o stare de grandiozitate. Episoadele pot fi marcate uneori de un sindrom maniacal, concomitent cu o tematică paranoidă. simptomatologia formală specifică maniei – în sens de dezinhibiție biopsihică expansivă și tahipsihie - poate să fie minoră. Cel mai des subiectul se simte alesul special a lui Dumnezeu, care-i încredințează personal misiunea de a lupta împotriva răului, a diavolului; și de a salva omenirea. Odată cu aceasta, ființa supremă poate transmite pacientului și alte capacități sau abilități lumești deosebite. Uneori el se simte intermediarul dintre Dumnezeu și oameni, transmițând acestora mesajele divinității prin propria-i voce. Odată ce situația de familiaritate e astfel instituită, subiectul se simte protejat în mod special de Dumnezeu. El se identifică parțial cu acesta, mai ales cu Iisus, în poziția sa de răstignit; iar fenomenele de transparență influență capătă caracteristici speciale. Aspectul cel mai important ce se cere subliniat, e transformarea delirantului într-un personaj ce se plasează la același nivel, în aceeași lume fictivă și supranaturală, în care ființează personajele mitului religios.

Religia face desigur parte din viața de zi cu zi a oamenilor unei socio-culturi, un procent important dintre ei fiind credincioșii practicanți, în cadrul diverselor culte și secte. Deși sacralitatea se referă la un univers supranatural transcendent, societatea are instituții și practici oficiale ce se ocupă de cultul religios; și personal care activează în cadrul acestor instituții. Practicile religioase includ rugăciunea solitară și colectivă, respectarea postului sărbătorilor religioase, eventual retragerea



în solitudine monahală, studierea Bibliei și meditații asupra înțeleșului ei. Credința poate fi practicată sub forma obiceiurilor împărtășite de toți; dar și trăită sub forma rugăciunilor solitare. Ea poate fi ocazia unor trăiri speciale: a conversiunii, a iluminării, a revelării adevărurilor credinței, a sentimentului de păcat și a practicării penitenței. Toate aceste aspecte pot avea și variante psihopatologice, în contextul deștructurării psihotice a psihismului.

Specificul tematicii delirante religioase constă tocmai în faptul că subiectul se raportează acum nemijlocit la o instanță populată de personaje cu totul diferite de cele din aria vieții sale cutumiere, intime sau publice; precum și față de cele istorice sau narrative, diferite de orice instituții sau organizații ce țin de lumea omenească. În plus, raportarea delirantă la divinitate nu e doar una la ființe supranaturale – ca eroii de basm, legendă sau extraterestri. Ci la o ființă unică și a toate puternică; fapt ce marchează major “lumea delirantă” la care psihoticul participă în acest context.

Transpunerea delirantului în realitatea supranaturală a scenariului mitico-sacral, în apropiere, familiaritate, și interpătrundere cu personajele divine, indică tocmai faptul că “el se mută” în timpul delirului din realitatea cotidiană într-o altă realitate. Această transpunere se petrece concomitent cu menținerea sa, totuși, și în cadrul relaționărilor din viața de zi cu zi, dominată de obicei de convingerea într-o persecuție paranoidă. Fapt pe care, în aceste condiții îl poate interpreta ca acțiune a diavolului. Colapsarea delirantă a structurii identitare a subiectului îl mută deci în „câmpul narativ al personajelor”, pe orbita psihotiformă delirantă. El rămânând doar parțial, ca un om rătăcit și pierdut, prin viața cotidiană în care locuia înainte.

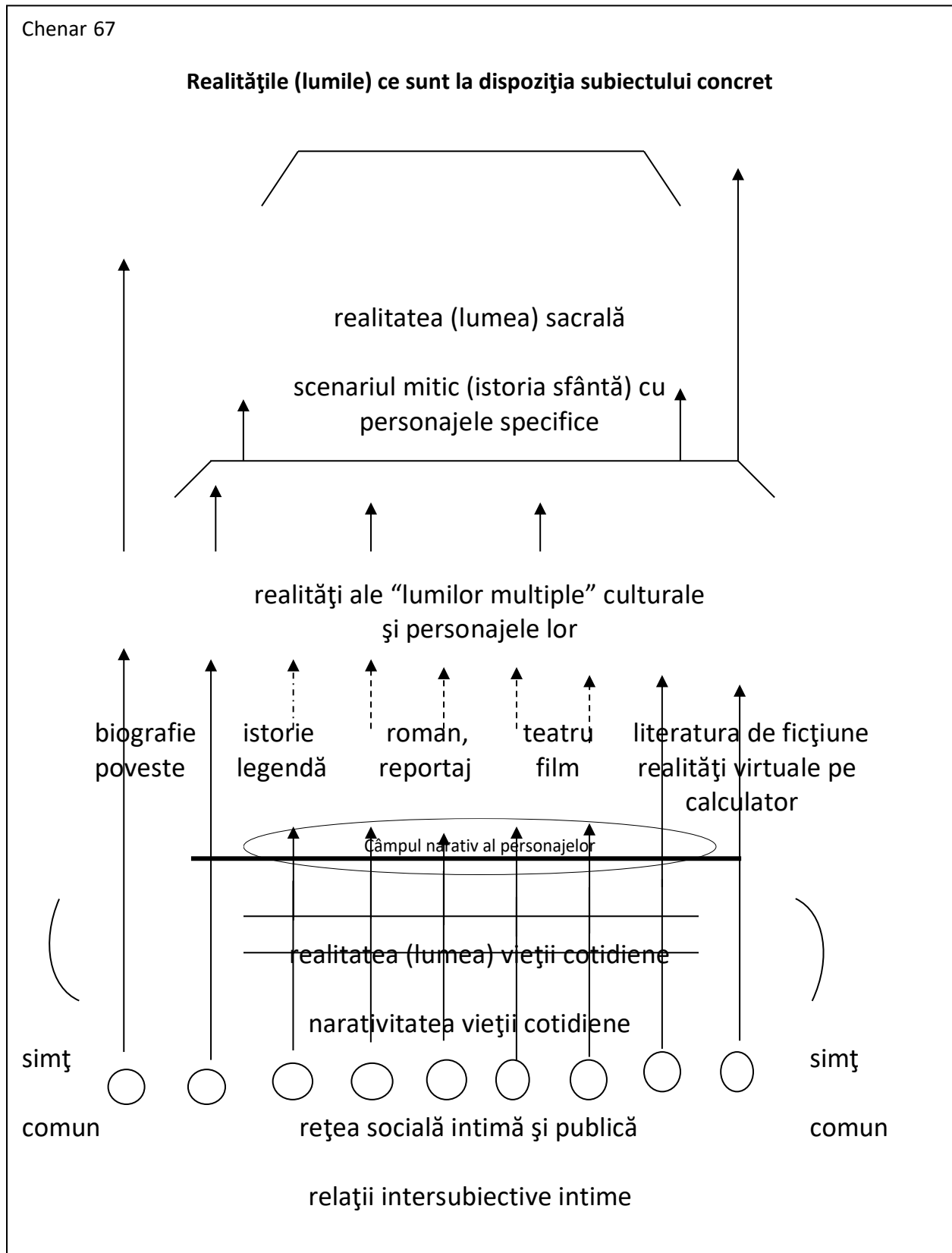
Subiectul ce trăiește un delir cu tematică religioasă, fiind de ex. convins că e fiul lui Dumnezeu și are menirea să salveze omenirea învingând diavolul, se identifică deci cu un rol dintr-un scenariu fictiv, participând la o lume supranaturală. Pentru el această lume se intersectează constant cu lumea de zi cu zi a familiei, vecinilor, colegilor, trecătorilor de pe stradă; - la fel cum clădirea și

practica Bisericii se intersectează cu celelalte clădiri și practici ale comunității sale. El poate resimți că oamenii comunității în care trăiește îi sunt acum ostili, îl privesc ciudat, își fac semne, îl urmăresc, vreau să-l otrăvească, le aude vocile comentându-l.

Prin comparație cu rolul de personaj aparte cu care se identifică pacienții cu delir religios, delirantii paranoizi sau cu alte tematici, nu ne apar la prima vedere ca participând la un scenariu fictiv, supranatural. Totuși, și ei se mută de fapt în câmpul narativ al personajelor, dintr-o lume delirantă. Lume care, în măsura în care se ia în considerare un spectru destul de larg al psihozelor paranoide, diferă de cea a vieții cotidiene comunitare. Chiar pacienții își autocaracterizează deseori starea spunând că se simt “ca vrăjiți”. Într-o serie de deliruri, mai mult sau mai puțin bizare dar cu caracteristici narrative, ei se raportează la personaje și la instituții despre care au cunoștință doar prin mass media sau informația culturală. Pot apare astfel “mafioți”, “vrăjitori”, “extratereștri”. Dar chiar un episod delirant paranoid de gelozie sau erotoman obișnuit, în măsura în care se manifestă franc psihotic, mută pacientul din firescul vieții de zi cu zi într-un “scenariu” aparte, narativ, în care el e proiectat într-un anumit “rol”, ca la teatru sau în romane. Scenariul, lumea și personajele delirului, deși nu se exprimă ca trăirile din vis, reiau modalitățile firești de relaționare cu lumea – dragostea, suspiciunea, neîncrederea, persecuția – într-o variantă schematică, neobișnuită; plasată “în marginea” sau “alătura” de realitatea vieții cotidiene. Adică, “ca și cum” ar face parte dintr-o realitate de ficțiune. De aceea merită atenție recenta sugestie a specialistului în neuroștiințe Gallanger (2009) de interpretare a delirului din perspectiva “lumilor ficționale multiple”. Care, în mod obișnuit, se articulează, prin consensul narativității culturale, cu viața noastră cotidiană. Gallanger scrie:

“Pe lângă lumea în care noi lucrăm, ne câștigăm salariul, ne socializăm, ne bucurăm de viața de familie.... mai sunt multiple alte realități care ne scot din realitatea de zi cu zi. De ex. dacă citesc un roman, merg la teatru sau la cinema sau sunt preocupat de un joc pe calculator, eu petrec câteva ore

intrând în diverse realități ce mi se deschid prin paginile cărții, prin scena teatrului sau prin ecranul de televizor...eu pot să mă identific cu unul sau mai



multe din personajele din aceste diverse medii. În vis, sau în visul diurn sau în fantezie pot juca activ fiind eu însumi, dar și ca o variantă modificată a mea, diferită de cea zilnică...la fel...eu pot fi în lumea piesei, a filmului, a jocului și apoi să mă întorc în lumea vieții cotidiene...Pare perfect posibil ca cineva să poată intra în realitatea delirantă la fel cum intră în realitatea visului ori într-o realitate ficțională sau virtuală. La fel ca multiple alte realități unele realități delirante sunt mai mult sau mai puțin rupte de realitatea zilnică, incomensurabile cu legile normale ale rațiunii care guvernează lumea noastră cea de toate zilele. “

Dezvoltând ideea lui Gallanger, se poate sugera că delirul ar putea fi interpretat ca “alunecarea” sau “căderea” subiectului într-un rol schematic și aberant dintr-un scenariu fictiv, din care el nu se mai poate reîntoarce la condiția de bază. Identificându-se plin de convingere cu un astfel de personaj și rol, el reacționează și acționează după o logică specială, valabilă în aria, în lumea ficțiunii. Dar diferită de cea a vieții curente. Ideea de “rol într-un scenariu fictiv” presupune acceptarea “lumilor multiple” ce fac parte constituentă firească din viața de zi cu zi a oamenilor. Ceea ce pare destul de firesc, având în vedere acceptarea consensuală și naturală a existenței instanței divine și a practicilor ce o invocă. Iar această instanță a lumilor multiple cu care suntem solidari în fiecare zi, se impune ca un câmp de proiecție narativ, ca scena pe care, desfășurările pe care le proiectăm sau le imaginăm pentru clarificarea problemelor noastre identitare, se articulează, fără importantă discontinuitate cu scenariile ficționale ale „câmpului teoretic al personajelor” narrative de diverse nivele. Și aceasta pe diverse paliere, de la narativitate istorică, la cea a SF și până la dimensiunea sacrală a acestora. În raport cu personajele mitico sacrale, cele ale narativității culturale – teatru, literatură, istorie, biografie – ne apar la prima vedere ca aflându-se într-o poziție intermediară față de realitatea fizico socială a vieții cotidiene. Totuși, nu trebuie ignorat că tot “lumea narativității” e cea care stă și la baza mitologiei sacrale.

Istoricul religiilor Mircea Eliade a etichetat mitul ca “o poveste sacră”, în care oamenii cred, plasând eroii săi într-o transcendență creatoare. El a analizat

convingător că timpul în care se plasează omul ce participă la un ritual sacral este similar cu timpul ce-l petrece un om când citește un roman sau asistă la o piesă de teatru.

Chenar 68

#### Timpul mitic al narativității literare după Eliade

Istoricul religiilor Mircea Eliade a subliniat consubstanțialitatea dintre literatura beletristică și mitul religios, luând în considerare temporalitatea specifică acestora. El scrie:

„Ieșirea din timp” realizată prin lectură – îndeosebi prin lectura romanelor – e ceea ce apropie cel mai mult funcția literaturilor de cea a mitologiilor. Timpul pe care-l trăim citind un roman este, fără îndoială, acela pe care-l reintegrăm într-o societate tradițională, ascultând un mit. Dar și într-un caz sau altul ieșim din timpul istoric și personal și ne cufundăm într-un timp fabulos, transistoric. Cititorul este pus în fața unui timp străin, imaginar, al cărui ritm variază la infinit, căci fiecare povestire își are propriul ei timp, specific și excesiv. Romanul are acces la timpul primordial al miturilor, dar, în măsura în care povestește o istorie verosimilă, romancierul invocă un timp în aparență istoric, dilatat sau condensat însă, un timp care dispune de toate libertățile lumilor imaginare”.

După Eliade, M., Aspecte ale mitului

Acest timp al lecturii romanelor și vizionării dramelor teatrale, ține totuși mai mult de realitatea profană, nefiind marcat de caracteristica de omnipotență, cu care sunt investite personajele din lumea sacrului. Dar atât eroii de roman cât și cei ai mitului sacral, beneficiază de un fel de realitate specifică în lumea umană, prin câmpul narativ al personajelor. Existența situațională actuală, bazată în mare măsură pe nemijlocitul percepției și acțiunii, se conjugă organic cu existența din plan narativ a subiectului, a cărui mediu de desfășurare are alte reguli de interacțiune. Faptul se evidențiază mai ales odată cu simptomele de supraveghere și influență de la distanță, în producerea cărora intervin acum instanțe ce ființează în aria narativității cultural teoretice, precum extraterestri și vrăjitori, duhuri, și voci ce pot dirija și manipula subiectul din mijlocul unei atmosfere particulare. Deliranții din zilele noastre evoluează rar după modelul lui Don Quijote. Dar convingerea că sunt persecutați de organizații malefice internaționale se manifesta alături de manipularea lor prin energii și entități astrale, biocâmpuri și diavoli; precum și de misiunile ce le poate căpăta direct de la Dumnezeu.

Chenar 69

**Cazuistică**  
**Deliruri cu caracteristici narative**

Un tânăr de 19 ani se internează (1996) în regim de urgență într-o stare de agitație delirantă: e convins că este o persoană importantă peste care a coborât Duhul Sfânt și care va scăpa țara de dezastru, lumea îl privește mai intens datorită importanței sale; există o persoană în oraș, o vrăjitoare care îl supraveghează și care îi cunoaște gândurile și poate să-i transmită gânduri. Apoi, tematica se centrează pe relația cu diavolul; de fapt, cu o armată de draci care e în strânsă legătură cu o vrăjitoare. Descrierile pacientului, deși uneori cu marcate alunecări narrative fabulatorii, se mențin de-a lungul anilor în același univers, cu aceleași personaje.

Prezintă pseudohalucinații auditive imperative și comentative: o voce de femeie îi comandă ce să facă; această voce a fost făcută prin vrăji și introdusă în cap tot prin vrajă de către vrăjitoare care e în armata de draci și care acum e în iad. Vocea comentează și acțiunile pacientului, îl critică, îi vorbește urât pe cei din jur; uneori o poate controla și când îi spune „taci voce” aceasta se oprește; în urmă cu un timp vocile i-au ordonat să-l lovească pe tatăl lui asigurându-l că nu va păți nimic, el l-a lovit și a fost internat în spital. De atunci i se împotrivesc când îi comandă ceva.

A fost într-un război cu armata de diavoli încă din copilărie, diavolii îi întindeau tot felul de capcane, în timpul războiului dracii controlau pământul; lui i-au dat injecții letale, prin intermediul medicului psihiatru care era controlat de draci, dar el a câștigat războiul, satana i-a răspândit pe draci în deșert, dar a mai rămas un drac pe pământ care îi tot întinde capcane și îl urmărește; a apărut și la TV și i-a spus pacientului „biserica e spital”. El e o persoană importantă, nu știe dacă Împărat sau Comandant, dar este protejat de Dumnezeu ori de Biblie. E o persoană importantă deoarece Împăratul a însărcinat-o pe mama lui așa cum a fost însărcinată Fecioara Maria și astfel s-a născut el; iar peste 10-20 ani, Împăratul va trimite o navă să plece acasă, în Împărăție sau Paradis, nu știe exact.

Un bărbat de 27 ani, necăsătorit, fără ocupație, în 2012 (25 ani), primăvara, în câteva săptămâni simte o schimbare, că se transformă într-un duh, e în centrul atenției acasă și pe stradă. Se întâmplă evenimente deosebite: mama îi sărută mâinile; bătând din palme el aprinde luminile în oraș; totul se precizează la un moment dat: simte cum bate vântul în oraș și odată cu vântul „a venit credința”; era credincios dar la intrarea într-o biserică s-a deschis ușa singură, simte o cruce pe frunte, a auzit voci care au zis „acesta e fiul lui Isus Cristos”; unele voci erau cunoscute, dar erau ale Mafiei Rusești, se simte urmărit de „celebrii anonimi”, simte că are puteri deosebite, să spele creierul și sângele altora; oprește oamenii pe stradă vorbindu-le despre Dumnezeu și credință. La un consult psihiatric simte că are un personaj mic și alb în burtă cu care psihiatrul discută; medicul îl omoară și îl învie; urmează tratament ambulator.

Peste un an (2013) simte șerpi care umblă pe el și intră în el, erau doi șerpi principali, a intervenit și o „văduvă neagră” care în interpretarea sa e „un șarpe pe liniile de tren CFR, care se urcă pe el și umblă în organele interne”; auzea cum vorbesc niște voci, care traduceau ce vorbea Mafia; se simte urmărit – o nouă internare în spital.

În 2014 se internează pentru: agitație, halucinații vizuale și auditive: personajul ce intervine halucinator este Vlad Tepeș (pe care îl descrie fizic amănunțit), e în corelație cu Mafia, îl mușcă (simte o pișcătură la nivelul inimii), și îi dă sânge de la el, așa că are sânge regal. Vlad Tepeș îl consideră ca și pe copilul lui, îl trage în țepă, îi dă să bea sângele lui însuși și îl învie, vine de 7-8 ori pe zi la el, vorbește cu „cei doi oameni care sunt în el (unul în burtă altul în piept)”, sfârșitul lumii va veni în 2093, a fost la el și Isus Cristos; s-ar părea că părinții lui nusunt adevărați, că probabil se trage din Mafia rusească, este copilul lui Stalin și a lui Vlad Tepeș.

### 6.7. Tulburările funcțiilor neurocognitive în delir.

Psihiopatologia cognitivă din ultimele decenii a studiat modalități de perturbare a procesării informațiilor și raționamentului – ale inferenței raționale – în cazul delirului. Aceste studii au fost făcute pe o cazuistică amplă, vag selecționată, nerezumându-se la delirul monotematic; ci incluzând și cazuri în care sunt prezente și alte simptome psihotice majore (e.g. halucinații, depersonalizare, transparență-influență și dezorganizare). Totuși ele au adăugat cunoștințe suplimentare privitor la psihopatologia cogniției în delir, cel puțin comparativ cu alte domenii, precum stările obsesiv compulsive.

Principalul deficit astfel constatat se referă la derularea raționamentului, ignorând funcția “evidenței” în adoptarea de către delirant a noii sale stări identitare. Și apoi, se ignoră faptul că de fapt convingerea delirantă se desfășoară într-un context mental aparte al unei “lumi delirante” care e diferită atât de lumea vieții cotidiene cât și de universul visului.

Principalele constatări cognitive sunt:

- Teoria bottom – up (Mahler) care pune accentul pe un prim moment al «experiențe anormale ». Aceasta a fost considerată o perturbare (organică) la nivel perceptiv. Raționamentul se păstrează normal dar subiectul se vede în fața unei situații perceptive stranie (nefamiliaritate, iluzie, halucinație) pe care nu o poate explica. La fel ca un om de știință el raționează pentru a da o explicație situației ciudate pe care o întâlnește, concluzia fiind ideea delirantă. Această teorie a devenit mai complexă ulterior, admițându-se ca eveniment primar și alte experiențe anormale : de tip afectiv, depersonalizat, halucinator sau a senzațiilor anormale. Astfel « percepția suprasemnificanță anormală a unor detalii » - fenomenul « salience » comentat de Kapur – ar face parte, până la un punct, din această clasă de fenomene. Dar, distorsiunea psihică din hipersemnificarea detaliilor este una de ordin global, ea putând interfera de la început cu cea care condiționează delirul, odată cu « căderea » deficitar disfuncțională a psihismului pe « orbita delirantă ».

La fel, dacă se acceptă ca o experiență anormală un fenomen din seria simptomelor de transparență/influență, așa cum ar fi controlul gândirii (Gallanger, 2004). Aceasta presupune un proces psihopatologic complex care le instituie, poate mai amplu decât afectarea inferențelor raționale. În mod similar tulburarea atenției selective, care extrage doar informația de un anumit fel din ofertă (de exemplu, receptează doar expresiile ostile ale feței) presupune o tulburare prealabilă, intim corelată cu procesele ce conduc la constituirea delirului.

- Teoria top-down, pune accentul pe tulburări în derularea raționamentului. Se comentează astfel « saltul la concluzie » (« jump to conclusion »). Acesta se referă la concluzionarea scurtcircuitată, pe baza unor informații puține, fără a cuprinde toate trimiterile și implicațiile care rațional ar fi fost necesare unei gândiri întemeiate pe procese probabiliste. Doctrina a fost dezvoltată mai ales de Bentall, Garety și Freeman, implicând stima de sine și distincția între « bad me » și « poor me ». În conformitate cu teoria constructelor sociale, subiectul atribuie cuiva cauzarea fenomenelor exterioare și interioare pe care le trăiește. Astfel, starea sa negativă o poate atribui altora (poor me) sau lui însuși (bad me). Oscilațiile negative ale stimei de sine ar conduce la tendința de menajare a acesteia prin atribuirea către alții, în manieră paranoidă, a cauzării stării sale neadecvate. Deși conține sugestii interesante această teorie se impune cu o valoare limitată. În cele din urmă, oscilațiile stimei de sine sunt strâns corelate cu distorsiunea globală a sinelui din delir, cu poziționarea sa atitudinală care se manifestă totuși diferit în patologia maniacală și cea depresivă de cea paranoidă sau deficitar dezorganizantă. De asemenea trăirea raportării la sine – cu care se corelează stima de sine – se diferențiază în resimțirea nemijlocită și cea care proiectează subiectul într-un personaj de scenariu fictiv.

- O altă piesă în « puzzle-ul » interpretării delirului prin prisma tulburărilor neurocognitive este insuficiența respingere a ipotezelor false. Se consideră că acestea se produc constant în cursul raționării normale, dar ele nu persistă, fiind



respinse până la urmă de un proces critic, care are conexiune cu cortexul prefrontal drept (Davies, 2009). Acest deficit ar putea fi comparat cu insuficienta respingere a ideății intruzive din obsesii, cu reținerea și impunerea dominatoare a unei idei periferice, negative.

Ansamblul acestor teorii ar putea fi articulate într-un model comprehensiv, așa cum face Freeman (2008), care integrează în el și dispoziția anxios fobică a sentimentului de amenințare ; precum și cumulum unor evenimente stresante biografice. Modelul poate fi sugestiv, de exemplu pentru înțelegerea continuumului paranoid. Dar el nu răspunde la problema de fond a « căderii pe orbita psihotică », și a mutării sale într-o lume delirantă, în condiția de personaj aberant.

Distincția comentată de Jaspers între delirul psihotic propriu zis, post procesual și stările deliroide – plasate de obicei în prelungirea unor preocupări identitare prevalențiale ale persoanelor particulare fragile – a jucat pe întreg parcursul sec.XX un rol metodologic. Mai ales prin provocarea de a se descifra semnificația « orbitei psihotiforme » pe care pacientul cade, prin procesualitatea delirului primar. Dar orientarea predominant neurocognitivă a cercetărilor din ultimele decenii privitoare la delir nu ne-au apropiat prea mult de menționatul deziderat. De aceea sunt fertile intuiții fenomenologice ca cea a specialistului în neuroștiințe Gallanger privitoare la « lumile multiple ». Sondarea în această direcție ne obligă însă să acceptăm că psihismul individului uman se dimensionează constitutiv și prin instanța « teoreticului cultural », instanță prin care el se articulează de manifestările suprapersonale ale logosului. Firescul cu care ne raportăm, fiecare din noi, la spectacole teatrale și de film sau la lectura literaturii de ficțiune, ne trimite însă și mai în profunzime, la naturalețea cu care oamenii au participat de-a lungul mileniilor ritualuri prin care invocau sprijinul unor entități supranaturale, »fictive » în perspectiva empirismului materialist. Dar întregul univers al culturii și științei este, în cele din urmă fictiv, în raport cu pipăirea unei pietre. În această perspectivă, ca să revenim la zilele noastre, nu se

poate ignora instanța psihoantropologică - fundată desigur neurocognitiv – prin intermediul căreia întreaga populație învață să scrie, să citească, să calculeze, să rezolve probleme de algebră; folosind deci, entități abstracte.

Desigur, cu aceeași deschidere spre naturalețea și simț comun, acceptăm că în lumea așa de diversă a oamenilor, există și unii mai special dotați. Oameni care devin creatori în domeniul artelor și științelor, autori de romane și tragedii, descoperitori într-ale matematicilor și teoriilor științifice, persoane ce meditează profund – filosofic – asupra temeiurilor a « ceea ce este », oameni capabili de extaz autentic. Dar legătura strânsă, firească, cu domeniul teoreticului cultural nu e doar apanajul acestora.

Căci, ne putem acum gândi că, alături de subpopulația creatorilor din domeniul teoreticului narativ cultural – autori de romane, etc. – s-ar putea avea în vedere și subpopulația celor care eșuează în astfel de tentative. Și, în loc de a ajunge autori de tragedii sau filme, alunecă ei înșiși – desimplicând o dimensiune psihică ce le e constitutivă și o posedă latent – în condiția de personaje a unor scenarii fictive distorsionate ; alături de alte personaje, derivate din personalitățile civice sau istorice, din cele mitico legendare, ale literaturii de ficțiune etc. ; fără a ignora referințele la persoanele rețelelor sociale proxime, marcate și acestea acum de o aură de personaj. În aparent noua lume delirantă între parametrii care ajunge să se plaseze acum subiectul, pot fi prezente de asemenea duhuri, diavoli sau Dumnezeu.

Spre o astfel de înțelegere ne orientează povestea lui Don Quijote.

## Anexa la Capitolul 6

### Delirul și dimensiunea narativ teoretică a identității personale

Interpretarea convingerii delirante ca adoptare a unei identități de personaj cuprins într-un scenariu aberant, fictiv, are ca presupuziții: - faptul că ipostaza de personaj e intrinsecă structurii identitare a psihismului uman ; și – faptul că în psihopatologia delirantă psihismul persoanei e deficitar de așa manieră, încât dimensiunea sa identitară, în mod obișnuit latentă, iese în prim plan, sub forma unui personaj cuprins într-un scenariu aberant.

Patologia delirantă este una căreia nu i se pot găsi echivalente în psihobiologie, la fel ca anxietății, depresiei, combativității beligerante. Psihismului animalului îi lipsește dimensiunea identitară, narativ biografică și caracterială, care permite subiectului uman să-și pună uneori întrebări precum : - cine sunt ?...din cine mă trag ?...ce calități am (care e valoarea mea) ?...sunt (oare) frumos, atractiv, sau urât, respingător ?...sunt (oare) bolnav grav ?...sunt (oare) iubit și admirat de alții (sau de cineva anume) ?...sunt (oare) rejectat, înșelat, disprețuit, batjocorit ?...sunt (oare) persecutat, urmărit, condamnat ? Astfel de preocupări identitare și răspunsul la ele, presupun ca subiectul să se autoreprezinte (și autoprocepe) cu exercitarea anumitor statute și roluri definite socio-cultural ; deci, ca un personaj cuprins în scenariile ce se derulează firesc pe scena vieții socio-culturale. Normalitatea psihică permite ca exercitarea de roluri sociale și adaptarea condiției de personaj să fie integrate, ca un simplu aspect funcțional, în bogăția de trăirile și manifestările sale socio-culturale. Faptul că subiectul se raportează la alții pe o diagramă intim/public și permite chiar să joace uneori în maniera duplicitară (e.g. prin minciună, prefăcătorie, rea credință, spionaj). În plasa deficitar psihopatologică a delirului, existența sa psihică se simplifică ; și el « cade » în condiția de personaj cuprins într-un scenariu aberant, pe o scenă socio-cultural fictivă, de tip narativ.

Condiția de rol și de personaj, susține de fapt, dimensiunea biografico caracterială a identității persoanei, ce e învăluită de posibilitatea narativității ; iar întregul edificiu identitar al persoanei nu e posibil fără această dimensiune narativă.

Narativitatea este consubstanțială structurii psihismului uman. Oamenii își povestesc curent unul altuia fragmente de viață, îi bârfesc și îi caracterizează pe

alții. Ei își întocmesc apoi c.v.-uri pentru a participa la concursuri profesionale și își scriu scrisori privitoare la evenimentele vieții lor. După Renaștere au început să se publice tot mai multe biografii și autobiografii, reactualizându-se încercările antice de a consemna istoriile de viață ale oamenilor celebri. Faptul că orice subiect relatează altora evenimente pe care le-a trăit, a fost corelat de psihologia mai recentă cu memoria biografică, care este suportul identității persoanei.

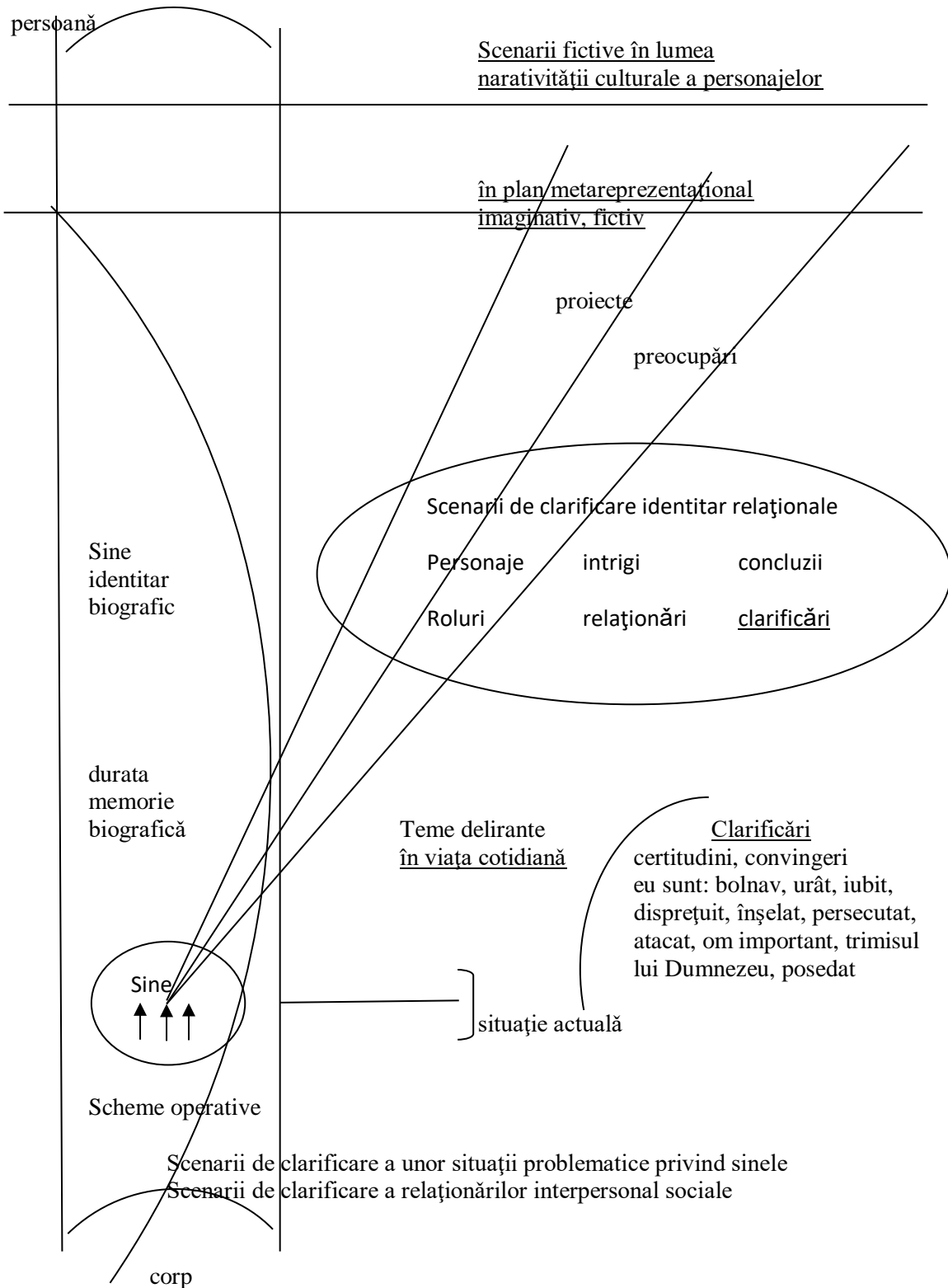
Când la cumpăna dintre secolul XIX și XX au fost în vogă personalitățile multiple, a apărut evident că memoria biografică susține identitatea persoanei; astfel încât și în prezent în cadrul Tulburărilor disociative, Tb. mnestice își găsesc un loc alături de cele identitare. La începutul secolului trecut, Janet a încercat să definească dimensiunea prezentului trăit ca o acțiune pe care un subiect o realizează astfel, încât o poate relata ulterior. Trăirea prezentului ar fi deci corelată cu potențialitatea transpunerii sale în narativitate. (vezi Anexa Cap 2). Ulterior, în sec. XX s-au dezvoltat doctrine filosofice care au pus accent pe structura narativă a persoanei, mai ales din perspectivă etică, așa cum sunt cele ale lui McIntyre și Ricouer. Mai ales Ricouer a analizat, în perspectiva fenomenologico hermeneutică constituirea persoanei umane pe baza integrării narativității biografice în plan conștient și inconștient, astfel încât rezultă un "eu însumi" care se raportează în interiorul propriei dimensiuni la alteritate ("soi memme comme un autre"). Au urmat grupe de cercetători care au încercat să elaboreze o doctrină psihologică narativă a persoanei. Importanța acestei perspective constă în faptul că narativitatea biografică firească a oricărui subiect se poate articula cu narativitatea literară a biografiei și istoriilor. Precum și de cea a lumii de ficțiune: a dramaturgiei, romanelor, legendelor și miturilor.

În această direcție s-a dezvoltat psihologia narativă a persoanei a lui McAdams. În cursul vieții de zi cu zi, subiectul participă ca erou la diverse evenimente, ce pot fi considerate ca scenarii dramatice, ce se desfășoară realmente; și care pot fi relatate. El este în mod firesc eroul unor multiple evenimente și întâmplări, ce pot fi narate în agora. Merită atenție de asemenea ipoteza lui Tomkins, care, în consens cu interpretarea lui McIntyre a identității narative a persoanei, sugerează că "fiecare persoană generează în permanență scenarii dramatice", sub presiunea evenimentelor curente. Subiectul își asumă regia și rolul ce îi revin în respectivele scenarii, și le "joacă", cu convingere și eficiență, în viața practică, chiar în afara oricărei narativități corelative imediate. În normalitate, el e în permanență angrenat în multiple scenarii de diverse durate, pe care le poate ierarhiza ca importanță, trecând de la unul la altul; sau le poate părăsi. Dar el își menține constant identitatea de fond a sinelui biografic, agenția acțiunii și a creativității. Faptul se suprapune cu preocupările identitare și relaționale ale persoanei.

Revenind la problematica psihopatologiei delirului se poate relua afirmația că, spre deosebire de delirul mistic, delirul paranoid dar mai ales cel monotematic sistematizat – hipocondriac, dismorfofobic, de gelozie, erotoman, senzitiv de

Chenar 70

**Convingerile delirante derivă din clarificări aberante ale unor situații identitar relaționale problematice**



relație - nu sugerează la prima vedere identificarea cu un personaj dintr-un scenariu narativ ficțional. Totuși se poate vorbi și în aceste cazuri de concentrarea existenței pacientului pe un rol, derivat din sistemul de roluri sociale pe care-l comentează sociologia lui Pearson. În viziunea sociologiei menționate, care e deja tradițională, rolurile sociale nu sunt doar cele privitoare la statuturile sociale: roluri de sex, vârstă (copil, adolescent, adult, bătrân), profesie, condiție maritală (logodit, căsătorit, văduv etc).

Doctrina acceptă și roluri tranzitorii, cum ar fi cel de bolnav sau de personaj înșelat. Precum și rolul de persoană supravegheată și persecutată de sistemul social, ultimul dovedindu-și cu prisosință realitatea în regimurile totalitare. Mare parte din deliruri, chiar din cele monotematice, ar putea fi interpretate ca o patologie identitară, în care, în contextul unui deficit psihopatologic, subiectul "alunecă" sau "cade" pe orbita identificării cu astfel de roluri. De fapt, cu schema esențială ce definește în planul normativității (teoretice) supraindividuale prescripțiile unui anumit rol social. Care de fapt exprimă modalități fundamentale ale omului de raportare adaptativă, pe care el le are constant la dispoziție. Dar care ajung, în condiția delirului, să fie simplificate schematic și distorsionate prin rigiditatea unor evaluări sau poziționări atitudinale aberante.(Chenar ). Suspiciunea, gelozia, preocuparea față de sănătate și un aspect corporal atractiv, autoaprecierea pozitivă sau atitudinea critică față de sine, toate sunt structuri funcționale constitutive pentru orice psihism personal. Ele sunt utile și adaptative în viața cotidiană, însă doar roluri adaptative, dacă se mențin flexibile și generative în raport cu contextele. La fel, de altfel, ca în cazul patologiei dispozițiilor anxioase, combative, expansiv realizatoare sau depresive. Intrarea lor în joc într-o manieră simplificată, rigidă și excesivă," abstractă" și ideală, insuficient de justificată prin parametrii situaționali concreți, cu monopolizarea condiției de rol identitar a persoanei, e în schimb disfuncțională. Manifestându-se astfel, aberant, "instrumentarul" suspiciunii, geloziei, sentimentului de urătenie corporală, al autodeprecierii sau supravalorizării, preia și montează sentimentul identitar al subiectului, ca personaj, în scenarii decontextualizate. Care se alimentează tot mai mult din specificul narativității fictive.

Pornind de la o astfel de interpretare se poate considera că, suspiciunea normală și adaptativă față de intențiile de respingere agresive sau de înșelare ale altora, - preocupare ce probabil s-a sedimentat în psihismul lui homo sapiens din perioada sa de culegător/vânător o vedem modificându-se în delir într-o modalitate de existență identitară deformată, care se manifestă acum exagerat, rigid, decontextualizant, fără argumentare reale, funcționând abstract, în gol, transpusă în scenarii fictive, uneori fantastice. Dar punctul ei de plecare e într-o disponibilitate naturală adaptativă.

Delirul psihotic propriu zis la care se ajunge prin procesualitatea delirului primar, afectează structura identitară de fond a persoanei, pe care o „mută”, printr-un proces de trans-personalizare, pe o scenă aparte. Pentru a ne apropia de parțiala înțelegere a stării psihotice delirante, merită reamintită comparația pe care a făcut-o M.Eliade între lectura unui roman și participarea la un ritual sacral. Istoricul religiilor subliniază că timpul în care ne transpunem are, în ambele cazuri, aceleași caracteristici de a ne sustrage actualității evenimentiale cotidiene, plasându-ne într-o instanță ce permite o contemplare narativă fictivă.

Instanța psihoantropologică ce mediază și face posibilă o astfel de contemplare, poate fi numită „teoretică”. Tradiția preocupărilor filosofice, de la Aristotel încoace, a folosit această expresie pentru a indica interesul omului față de științe, față de fundarea categorială a acestora și față de idei. În zilele noastre acceptăm de asemenea că înțelegerea naturii și a însăși antropogenezei e mediată omului de „teorii științifice”, ce tind tot mai mult spre o fundare logico-matematică. Teorii care se desfășoară și progresează prin activitatea unei zone specializate a societății umane, pe care Husserl a numit-o „practica teoretică”.

Desigur înțelesul cultural al instanței teoretice, contemplative, e unul larg. El cuprinde, pe lângă scena vizată de narativitatea mitico-legendară, de dramaturgie, de literatura de ficțiune, de istoria reconstituită, și alte direcții de preocupare, dintre care cele mai importante ar fi cele științifico-matematice, filosofice spirituale. Important în comentariul de față e de a se acorda atenție articulării psihismului individual, deci practic al oricărui om, cu această dimensiune teoretică a universului său cultural. În însăși structura psihismului persoanei individuale se cere deci recunoscută această dimensiune, prin care ea receptează și se afirmă în plan teoretic, cultural, spiritual. Doar astfel e posibilă credința oamenilor în zei, în sacralitate, mediată de mitologie și ritual. Doar astfel e posibil să existe creatorii de romane și drame, cercetători ce elaborează speculații matematice și teorii științifice sau meditează filosofic asupra fundamentelor a ceea ce există. Dimensiunea narativității, purtată de limbaj, face parte și ea, desigur din structura unei astfel de instanțe, vertebrată de imaginarul creator.

Autoreprezentarea de sine în planul narativității teoretice se prezintă ca terenul specific pe care se instalează perturbarea psihotică a delirului.

## CAPITOLUL 7

### HALUCINAȚIILE ȘI ALTE TULBURĂRI ALE PERCEPȚIEI FORMALE ȘI DE SEMNIFICAȚIE

#### **7.1. Tur de orizont asupra problematicii percepției și a psihopatologiei ei.**

Între tulburările psihotice pe care le comentează DSM-5 alături de delir se află și halucinațiile necriticale. Halucinațiile fac parte din noile concepte pe care le introduce semiologia psihopatologică a sec.XIX ; și ele vor juca un rol important în studierea psihozelor, alături de delir. Esquirol (1838) formulează și o clasică definiție a acestora: „ Halucinația reprezintă convingerea intimă într-o senzație percepută ca actuală, în condițiile în care nici un obiect exterior nu stă la baza acestei senzații; halucinatul este un vizionar”. Se poate remarca în definiție – halucinația e o percepție fără obiect de perceput actual - referința la actualitate, cea la exterioritate și trimiterea la tradiția mistică a viziunilor. Deși termenul psihologic de percepție introdus în sec.XVIII de către Leibnitz și Wolff, era deja larg folosit în sec.XIX, se cere menționat că semnificațiile sale teoretice și științifice psihologice au continuat să fie dezvoltate pe tot parcursul sec.XX.(Chenar 65.) În tot acest timp a fost acceptată totuși o înțelegere generică a percepției, ca receptarea și configurarea de către subiect, inclusiv subiectivă, a informațiilor actuale, structurate ca formă și semnificație. Această sintagmă reunește atât aspectul organizațional al structurării informației actuale cât și pe cel semnificant, care se aplică și narațiunilor discursive.

În 1846 Baillarger polarizează halucinațiile vizuale în raport cu cele auditive, ultimele având un caracter mai pronunțat de interioritate. De fapt, el folosește deja pentru acestea expresia de “halucinații psihice”. S-au descris halucinații în toate ariile senzoriale ce adună informații din ambianță și de la limita cu acesteia:



vizuale, auditive, gustative, olfactive, cutanate; dar și din arii interioare ale corporalității, cum ar fi cele kinestezice, interoceptive, sexuale. Moureau de Tours publică în 1845 o carte în care susținea corelația între tulburările mentale în general și vis, sugerând o apropiere între acesta și halucinații vizuale. Se făcea astfel trimitere la un fenomen normal de configurare similiperceptivă, resimțită în condițiile deprinderii hipnice de informații exterioare actuale. Psihatrii francezi se bazau în interpretarea stărilor psihopatologice și pe modificările induse de consumul de substanțe psihoactive (hașișul), care produceau tulburări perceptivă similare cu cele din stările oneiroide. La sfârșitul sec.XIX s-au descris halucinații vizuale detaliate dar criticate, la persoane în vârstă, intacte mental dar cu patologie oculară periferică (de fapt din aria „analizatorului vizual”). Astfel de tulburări identificate și în domeniul auditiv și întâlnite în diverse condiții medicale (epilepsie, migrene etc.) au fost etichetate ca *halucinoze*, fiind considerate distincte de halucinații. În aceeași perioadă medicul rus Kandinsky a comentat, pe baza unor experiențe proprii și referiri la literatura științifică a vremii, trăiri de tip halucinator simple, care însă nu au caracter de exterioritate perceptivă: “imagini și cuvinte care izvorăsc spontan din interior, cu care mă distrez”. Aceste *pseudohalucinații* sau halucinații psihice resimțite în “spațiul psihic interior”, au fost apropiate de Jaspers de reprezentările mentale imaginative. Ey și Claude (1932) le corelează cu trăiri de tipul obsesionalității și ideatiei intruzive, atrăgând atenția asupra perturbării “cursului ideativ”. Treptat se impune tot mai mult faptul că percepția circumstanțială și variantele sale anormale, presupun și autopercepția în sens larg, incluzând alături de receptarea perceptivă continuă a propriului corp și aportul situațional de informații din fondul mnestic. S-ar putea deci formula că subiectul percepe lumea ambientală în măsura în care „se percepe pe sine ca percepând-o”.

Dacă lăsăm pentru moment la o parte pseudohalucinațiile, restul fenomenelor de tip halucinator sunt resimțite ca plasate de subiect în lumea exterioară, „obiectivă”, aflată în jurul propriului corp; de obicei, împreună și alături

## Înțelesuri ale percepției

Conceptul de percepție nu a fost familiar antichității, psihologia teoretică a lui Aristotel invocând în genere sensibilitatea – informația obținută din lumea fizică de cele cinci simțuri – ce era transmisă de simțul comun spre un centru, interferând cu fantezia și memoria, pentru a fi preluată de nous – intelect. Percepția e prefigurată de stoici odată cu conceptul de reprezentare. În Europa trebuie așteptată perioada de după Descartes, când Leibnitz introduce noțiunea de percepție, în corelație cu monodologia sa; și ca acesta să fie preluată de Wolf în tratatele sale de psihologie și utilizată de Kant în prima sa Critică. Conform acesteia, categoriile sensibilității și intelectului operează prin intermediul instanței sensibile a poziționării percepției, pentru a constitui fenomenele lumii. Psihologia teoretică a reluat în sec. XX problema percepției sensibile prin Bergson și mai ales prin fenomenologia lui Husserl. Heidegger a circumscris „situația” ca și structură apriorică prin care Dasein-ul se afirmă în lume ca proiect; dar incluzând și percepția.

Dimensionarea prin limbaj a psihismului uman face ca realitățile perceptibile ale lumii să aibe pentru el, și ele, o variantă conceptuală. Acest lucru a fost intuit de Platon când a lansat termenul de *idee*, derivat din cel de *eidos*, ce însemna aspect, formă perceptibilă. Reluarea în dezbatere a acestei problematice de către fenomenologia lui Husserl a dus la tema „intuiției eidetice” ca un fel de percepere nemijlocită a esențelor.

Psihologia experimentală s-a orientat asupra percepției în special în sec. XX prin școala configuraționistă (gestaltistă) care a studiat experimental datum-ul perceptiv ca ceva delimitat formal, structurat intern, semnificativ și proiectat pe un fundal accesibil. În actul de percepție este inclus la unul din poli, și subiectul care constituie un „câmp perceptiv”, centrat de figura avută în vedere. Configuraționistii au subliniat faptul că percepția se realizează și în timp, exemplul clasic fiind cel al receptării unei melodii sau a unui mesaj. De la această școală a rămas ideea că percepția se referă mai ales la ceva bine delimitat și structurat.

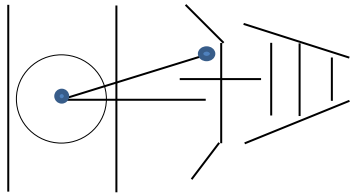
O reorganizare a problemei s-a produs odată cu demersul fenomenologic a lui Merleau Ponty, care – dezvoltând o idee a lui Husserl – a insistat pe intersubiectivitatea ce se realizează odată cu perceperea altei persoane încorporată mediată de percepția propriei corporalități trăite. Caci aceasta corporalitate trăită, semnifică identitatea întregii persoane, localizată într-un topos determinat a lumii fizico biologice, ca referențial reflexiv pentru intenționalitățile sale actuale în raport cu lumea. Direcția psihologiei fenomenologico configuraționiste ce pune accent pe corpul trăit și pe intenționalitate, a fost preluată și de cognitivism, stând la baza dezvoltării „cogniției sociale” și a capacității de mentalizare (Theory of Mind). Aceste nou înțelesuri au fost asimilate de psihologia și psihopatologia dezvoltamentală și evoluționistă. În ultimele decenii s-a analizat mult dimensiunea intențională a însăși percepției; precum și întreșeserea dintre actul de percepere și receptarea informației.

De-a lungul întregii sale istorii concepționale, procesul perceptiv a fost corelat cu instanța memoriei imaginare (fantasiei) și gândirii reflexive (cogitante), aspecte ce sunt specifice sinelui identitar al persoanei. În raport cu acțiunile efective, percepția (incluzând autopercepția) se derulează într-un plan secundar, de susținere. Ea trece în prim plan doar în cazul unor evenimente noi și provocatoare, a derulării unei investigații sau în contemplație.

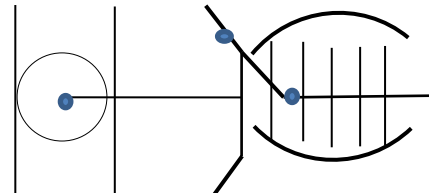
O problemă ce persistă este cea a receptării informaționale de la nivelul inferior și de la cel superior al configurării semnificative a percepției. La un nivel mai bazal întâlnim receptarea primară a informației, unde selecția filtrului atențional ierarhizează spontan informațiile importante de cele periferice, în funcție de preocuparea și intenția subiectului. La un nivel supraordonat, percepțiile figurative sunt cuprinse în scenarii și texte narrative, semnificative.

### Aspecte nehalucinatorii ale psihopatologiei perceptiv

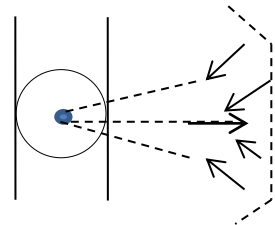
Iluzia este o percepție deformată ca formă și semnificație; poate fi inclusă în mecanismele proceselor psihotice



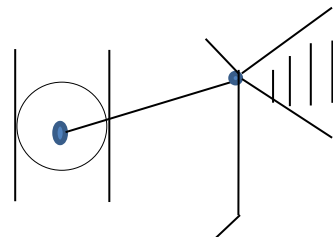
Salience, „percepția hipersemnificantă” a unui detaliu decontextualizant; poate argumenta delirul monotematic



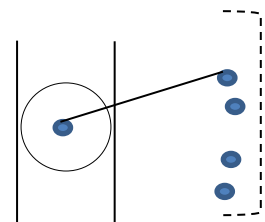
Percepții referențiale: fragmente perceptiv sunt recepționate ca având o semnificație misterioasă, trimițând mesaje obscure susțin centralitatea dispoziției delirante



Halucinații funcționale: o percepție banală, vag vag structurată, este suportul informativ pentru o halucinație



În autism subiectul nu poate percepe ansamblurile, detașate de fundal; el e fascinat de detalii, pe care nu le interpretează însă printr-o semnificație determinată.



de perceperea altora și a diverse lucruri, fenomene și evenimente. Deci, având în fundal câmpul perceptiv spațial al lumii înconjurătoare, în care se petrec mai toate întâmplările vieții cotidiene. Înconjurătoare, obiectivă; de obicei, împreună și alături de perceperea celorlalte lucruri, fenomene și evenimente. Deci, având ca fundal câmpul perceptiv spațial al actualității trăite în care se petrec mai toate întâmplările vieții cotidiene. Schema percepției vizuo-spațiale e o moștenire biologică care se transmite după model modular. Ea presupune ca receptarea informațiilor actuale să fie plasată de către individ în spațiul ce înconjoară propriul corp, la diverse distanțe; sub variate forme, în anumite relații reciproce cu alte obiecte percepute ca aflate „acolo”. Faptul implică, desigur, și receptarea perceptivă constantă, preconștientă a propriei corporalități ca o realitate, ca un topos referențial constant, ce se plasează în spatele și la baza percepției variabile a lumii situaționale. Perceperea unui obiect anume poate fi localizată într-o anumită poziție în cadrul „câmpului perceptiv” care, e structurat în mod similar la om și la animale.

Deasupra acestui model biologic bazal de raportare informativă la ambianță, omul a dezvoltat însă, de-a lungul antropogenezei, și o altă structură de prelucrare și utilizare informațională, bazată pe limbajul narativ critic. Acesta stochează informația referitoare la cunoașterea și memoria comunitară într-o manieră codificată de tip lingvistic, mult mai suplă și manevrabilă decât informația de tip genetic și cea obținută situațional de către animal. Informația citită pe o pagină de carte e de altă natură decât cea de pe suprafața unei pietre brute. Transmiterea informației lingvistice s-a realizat pe parcursul antropogenezei predominant oral, prin organizarea logico gramaticală discursivă a unor unități semnificante, în cadrul unui mesaj de tip narativ. Perceperea unui astfel de mesaj, oral sau scris, e orientată, apercceptiv, prin orizontul de semnificare sub care se organizează secvențele sale, ordonate într-o anumită succesiune.

Creierul omului înregistrează și depozitează în memoria sa nu doar informațiile experiențiale ci și pe cele lingvistice, obținute prin educație și lectură, într-un fond de cunoștințe ce stă la baza „modelului cognitiv a lumii pe care o centrează; și care e solidar cu axul său identitar biografic. Existența cotidiană menține de obicei activ un anumit sector al acestui model de ansamblu; iar raportările situaționale, activează zonele mnestice corespunzătoare provocărilor informative actuale.

Vom comenta pentru început, pe scurt, principalele tulburări perceptiv nehalucinatorii.

Între acestea întâlnim iluziile, ce constau dintr-o deformare formală sau de semnificație a datumului perceput. Perceperea insuficient de clară a unui obiect în semi întuneric (de ex. a unui băț) poate fi recepționată pentru moment ca iluzie, în sens de prezență a ceva periculos (de ex. un șarpe). Condiții pentru o percepere deformată pot ține de o configurare spațială particulară, de deficiențe în sinteza perceptivă a subiectului sau de așteptările sale. Dacă cineva se teme să nu se îmbolnăvească, el va fi hiperatent la orice senzație corporală mai aparte, concentrându-se asupra acesteia, scoțând-o în relief și dându-i o interpretare aparte. Ne apropiem de condiția, frecventă în psihopatologie, a percepției reliefate (“*salience*”) decontextualizată și hipersemnificată. Un om gelos poate decupa din comportamentul soției sale în societate doar un fragment perceput, pe care-l scoate din context și îi dă o semnificație de infidelitate. Sau o persoană suspicioasă extrage din comentariile altora o singură frază, o rupe de restul comentariilor și o reinterpretează ca ostilă față de sine.

O manifestare psihotică corelată percepției dar centrată pe semnificația anormală o reprezintă trăirile referențiale. Subiectul are sentimentul că unele detalii perceptiv disparate au o semnificație specială pentru el, că se impun ca niște mesaje ce urmează să-i transmită ceva important. Fenomenul capătă o intensitate

**Chenar 73****Perceperea normală și patologică a propriului corp**

Către sfârșitul sec.XIX a început să fie studiată și psihopatologia perceperii propriului corp plecând de la diferențierea între simțul cutanat, celelalte simțuri și “sensibilitatea interioară”. Încă Aristotel acorda o importanță special simțului pipăitului pe care îl corela cu sensibilitatea “cărni în general”. Mai recent, în sec.XVIII s-a încetățenit idea lui Locke privitoare la faptul că, corpurile se caracterizează pe lângă extensia spațială pe care o invoca Descartes și prin soliditate. Pe această bază în sec.XIX s-a diferențiat între sensibilitatea cutanată, care ne desparte de lumea exterioară conturându-ne limitele corporale perceptibile de către alții și de către noi înșine (Tastsin în germană – Weber); și sensibilitatea comună, internă (Gemeingefuhl – în germană) ce a fost numită apoi cenestezie. În interioritatea corporalității sale, subiectul poate resimți, pe lângă senzațiile corelate instinctualității – sete, foame, greață, sexualitate, plăcere, durere – și senzații difuze de discomfort, cenestopatii, asociate cu un sentiment de oboseală, de astenie fizică. Perceperea corporalității s-a corelat și cu trăirile emotive și dispoziționale – anxietate, depresie, iritabilitate, emoții sociale etc.; precum și cu blocarea acestora prin “anestezie afectivă”. A apărut treptat și conceptul de “anhedonie” care include pierderea intenționalității și disponibilității subiectului de a se orienta apetitiv în raport cu lumea și cu ceilalți și de a rezona pozitiv la aceasta.

Către sfârșitul sec.XIX a început să se contureze și conceptul de sine, de conștiință de sine; iar mai târziu cel de “agenție”, și cel de apartenență la sine a propriilor acțiuni și propriilor trăiri (ownership). Deoarece psihologia populară a plasat întotdeauna sufletul - mintea – în interiorul corpului, “în piept”, “în cap”, localizarea sinelui și a conștiinței a fost și ea elaborată ca fiind intracorporală. Pe această bază în a doua jumătate a sec.XX fenomenologia (Husserl, Merleau Ponty) a elaborat doctrina “intersubiectivității intercorporeale”; care preluată de cognitivism a jucat un rol important în dezvoltarea psihologiei și psihopatologiei dezvoltate și evoluționiste.

Revenind la percepția limitelor corporale, perturbarea acestora a fost semnalată în psihopatologie cu mențiunea că la acest nivel se consideră dificilă diferențierea între iluzie și halucinație. În alcoholism, (delirium tremens) s-au descris halucinații cu animale mici se urcă pe corp; iar în intoxicația cu cocaină au fost identificate “furnicații”. Comentarea dismorfofobiei de către Morselli a atras atenția asupra aspectului expresiv al limitelor propriului corp. Aceasta a fost abordat apoi în sec.XX prin prisma noțiunilor de imagine și schemă corporală. Autopercepția corporală a integrat în sec.XX nu doar senzațiile corporale și proprioceptive ci și pe cele artromiokinetice, vestibulare și sexuale.

Diverse aspecte ale psihopatologiei percepției corporale - iluzii, halucinații, ideatie prevalent delirantă - au fost apoi comentate în cadrul sindromului de depersonalizare, derealizare. În acest context unele trăiri sunt dificil de diferențiat de convingerile delirante. De ex. Trimiterile invocate de Descartes (în sec.XVII în “Discurs asupra metodei”)...”nebuni care afirmă că sunt înveșmântați în purpură când de faopt sunt goi....care cred că toată ființa lor e un dovleac...ori că sunt alcătuiți din sticlă”. În aceeași direcție se plasează și “delirul Cotard” în care pacientul afirmă că “nu mai are organe....inima nu mai bate....a murit demult”. În corelație cu acesta poate fi plasat și sindromul obsesiv al contaminării cu murdărie, microbi, substanțe, conjugate cu compulsia spălării. În spectrul patologiei obsesiv compulsive sunt plasate și alte tulburări în care există o preocupare anormală față de limitele corpului: dismorfia corporală, delirul senzitiv odorant, tricotilomania, compulsia escoriațiilor etc.

deosebită în “atmosfera delirantă” ce precede instalarea “delirului primar” printr-o “percepția delirantă”.

În patologia perceptivă poate juca un rol important și capacitatea reprezentativă și imaginativă a subiectului. Există persoane la care aceste funcții sunt în mod special dezvoltate așa cum sunt personalitățile histrionice. Sau, artiștii plasticieni, și chiar scriitorii narativi ce povestesc evenimente și descriu personaje în mod pregnant. În viața curentă întâlnim deasemenea persoane cu o capacitate crescută de configurare “*eidetică*”, fapt ce se manifestă de ex. prin ghicitul în cafea sau în nebuloasa norilor. În corelație cu aceasta ar putea fi puse *halucinațiile funcționale*, ce constau din trăiri pregnant halucinatorii resimțite atât timp cât subiectul percepe anumite informații vag structurate. De ex. aude clar voci care-l comentează doar în momentul în care cântă niște păsări sau trece un tramvai. Manifestările psihopatologice menționate mai sus se adaugă halucinațiilor propriu zise ce vor fi comentate mai departe.

Patologia perceptivă include și tulburările formale privitoare la: mărirea obiectelor, deformarea și estomparea conturilor, a raporturilor figură/fond, intensitate, calitate și pregnanță a elementelor senzoriale ale obiectelor. Aceste simptome se pot referi și la percepția propriului corp, mai ales în depersonalizare și schizofrenie. Mai poate fi perturbat sentimentul scurgerii timpului (mai repede, mai încet, blocat); apoi sentimentul lipsei de vitalitate a realității, a detașării de aceasta (a calității nefirești stranii a datelor percepute).

Inventarul simptomelor parahalucinatorii atrage atenția asupra faptului că patologia percepției, de altfel ca și percepția normală, se petrece la întâlnirea (de extremă complexitate) dintre subiect și situație. Mai precis, la nivelul conjuncției dintre: - Un eveniment uman în care subiectul e cuprins dintr-o anumită incidență situațională și despre care obține informații actuale; - Și, pe de altă parte, dimensiunea sa identitară mnestică, biografică, centrată de sinele său intențional, reflexiv, autogenerativ și sintetic.

Chenar 74

### Variante ale “ datumului” perceptiv.

Configuraționismul secolului al XX-ela a studiat percepția în condiții de laborator, plasând ca “obiect de perceput”: - fie un obiect fizic, spațial delimitat; - fie, un proces semnificant, structurat, ce se derulează în timp (e.g. o melodie). Există însă multe alte variante în care “datumul perceptiv” se poate referi la situații și evenimente diverse. Se vor prezenta trei eventualități

- A/ A1 . perceperea unui vas cu fructe pe o masă;
- A2 . perceperea unei melodii cântate la vioară;
- A3 perceperea unui mesaj scris pe o hârtie;
- A4 perceperea unei drame vizionată la teatru;

În împrejurările invocate la A, care pleacă de la variantele clasice, datumul perceptiv se află în exteriorul subiectului, într-o poziție obiectivabilă, constând dintr-un întreg compus din părți care se detașează de pe un fundal accesibil. În afară de A1, celelalte situații (datumuri) perceptiv se derulează în timp, părțile succedându-se într-o ordine anumită pentru a asigura semnificabilitatea întregului. Subiectul “apercepe” pe parcurs acest întreg; dar doar finalul încheie efectiv actul perceptiv.

- B/ B1 perceperea unei curse de alergat de 100 m, transmisă la T.V.
- B2 perceperea unei partide de tenis pe care subiectul o joacă cu un partener
- B3 perceperea unei sesiuni științifice în care și subiectul prezintă o comunicare
- B4 perceperea unui dialog cu un oponent ce duce la clarificarea unei probleme

Perceperea evenimentelor, a proceselor în derulare presupune, așa cum s-a menționat, a percepția unui cadru în care acestea să se înscrie. În exemplele menționate, în afară de B1 restul sunt “datumuri situaționale” (evenimente) la care subiectul participă și el, putându-le influența evoluția. În B3 și B4 în procesul perceptiv sunt incluse și datumuri informaționale ideatice.

- C/ C1 perceperea unei situații problematice care pretinde găsirea unei soluții
  - C2 perceperea procesului de soluționare a situației problematice
  - C3 rezolvarea problemei e în impas și cere solicitarea de sprijin
  - C4 perceperea momentului de încheiere cu succes a soluționării problemei
- Perceperea unei situații problematice se poate concentra pe semnificația abstractă a acesteia, având un nivel perceptiv superficial.

D1 perceperea unui portret pictat ce exprimă, fiziognomic, firea persoanei respective

- D2 Perceperea unei persoane cunoscute și a stărilor emoționale
  - D3 Perceperea caracterului răutăcios a unui coleg
  - D4 Perceperea, în cadrul unei situații semnificative, că dragostea cuiva s-a stins.
- Perceperea altui om poate avansa spre adâncimi caracteriale sau relaționale subtile,

Prezentarea de mai sus a unor variante ale “datumului perceptiv” indică necesitatea unor definiții operaționale pentru circumscrierea percepției, între un nivel standard și zone minime sau extinse de semnificație a termenului.

Percepția este ea însăși un proces activ, “actul perceptiv” implicând variate raportări ale subiectului la situații. Iar desfășurarea oricărui act realizator e posibilă, doar având în fundal percepția, incluzând și “informația inversă” pe care subiectul o recepționează în permanență, privitor la evoluția acestuia spre finalizare.



## 7.2. Percepția în lumea animală și la om

Percepția la indivizii biologici. Funcția psihică cognitiv perceptivă este desigur prezentă și la mamiferele superioare. Ea are în vedere receptarea directă și nemijlocită a unei informații configurate și semnificante, prezente efectiv într-o situație dată, în lumea spațială ambientală; informație pe care individul biologic o poate utiliza în rezolvarea problemelor sale circumstanțiale. Referința este atât la o situație problematică în general – e.g. prezența unui predator periculos în apropierea unui grup de căprioare. Cât și la elementele acesteia – e.g. deplasările nemijlocite de atac ale lupului. Ierarhizarea și structurarea informațiilor se realizează în mare măsură spontan, la nivelul filtrului atențional periferic și prin operații ale encefalului. Obținerea de informații perceptivă are însă, și în biologie, o componentă activă, ce implică dinamica întregii corporalități.

Informația percepută de un individ biologic are limite, care țin de caracteristicile speciei și condiția individului respectiv la momentul dat. În cadrul unei specii, indivizii au o anumită conformație corporală, cu o configurare și plasare definită a organelor de simț; precum și o structură funcțională determinată a encefalului ce poate prelucra informațiile. De ex. mirosul poate fi mai dezvoltat decât văzul iar privirea poate fi laterală și nu focalizată central ca la om. Apoi, un individ anume, poate avea diverse vârste; și, în consecință, multiple experiențe proprii câștigate. El se poate afla în variate stări de vigilitate, dinamizat de varii obiective circumstanțiale (căutarea de hrană și adăpost, interes pentru acuplare și multiplicare, pentru îngrijirea puilor etc.).

Prin dotarea genetică a creierului său, individul biologic poate diferenția perceptiv ființele din jur (intra și extraspecifice) partajându-le în dușmane, indiferente sau ca posibili parteneri; și își poate ierarhiza congenerii după vârstă, sex, dominanță etc. Informațiile situaționale obținute prin percepție, raportate la cele din memoria structurală și câștigată, îi permit individului decizia și urmărirea câte unui obiectiv fixat, până la realizarea sa; proces în cursul căruia obține și

prelucrează continuu informații situaționale din ambianță; inclusiv aflate sub pragul structurării perceptive.

Mamiferul depozitează experiențele informative obținute perceptiv – și integrate în evenimentele trăite – în memoria sa de durată medie și lungă, ce se află într-un permanent proces de reorganizare circulantă, stând mereu la dispoziția sa. Un indice al acestei memorii circulante îl oferă perioadele de somn paradoxal (de activitate encefalică de tip “vis”) ce durează aprox. 10% din durata somnului. Informațiile mnestice sunt apoi operaționalizate în situațiile trăite, fiind actualizate de semne sau indici evocatori, de alertă. În aceste împrejurări nu ar fi exclus ca unii indivizi biologici să aibă reprezentări pregnante, de tip oneiroid. Deci, un fel de halucinații.

Percepția la persoane umane. Aceasta presupune parametrii menționați ai percepției din biologie: - raportarea la spațialitatea lumii obiective exterioare, vigilitatea etc; la care se adaugă aspecte noi, precum: - capacitatea omului de a modela situațiile actuale într-o instanța meta-reprezentățională, fapt susținut de limbajul narativ critic. Aceasta permite nu doar operarea cu eventualități pe modelele situației prezente, ci și actualizarea datelor mnestice în forma reprezentări imaginative ce pot fi chiar provocate și analizate; - libertatea de opțiune și orientare a acțiunii, pe care o introduc funcțiile executive, fapt ce asigură realizarea unor proiecte cu scop (cu obiectiv). În raport cu acțiunea efectivă, perceperea se plasează în plan secund, de susținere; în afara procesului de investigare și a contemplării. Dar libertatea de orientare poate centra uneori atențional psihismul asupra datelor de percepție sau autopercepție; - relaționările interpersonale intersubiective, susținute de creierul social (cogniția socializării de atașament asigură posibilitatea reflectării și cunoașterii – inclusiv de tip perceptiv – a subiectului prin „oglundirea în alții”. Iar întreg procesul relaționărilor pe axa intim/public, exersează aspecte speciale ale percepției.

Toate aceste aspecte sunt susținute de fundalul identitar al subiectului, bazat pe memoria biografică, corporalitate și circumscriere socială. Identitate centrată de sinele intențional – reflexiv, autogenerator, critic și sintetizator. Ca un bilanț al coordonatelor de mai sus se manifestă ceea ce omul actual numește subiectivitate reflexivă a conștiinței; care, redimensionează psihismul biologic.

Particularitățile psihismului uman menționate mai sus marchează derularea percepției la om. Ea se desfășoară între doi poli: - Polul perceperii constante (preconștiente) a propriului corp și a identității biografice caracteriale; și – Polul perceperii variabile a situațiilor ambientale.

Propriul corp e resimțit de către subiect ca sediu al sufletului, al minții și memoriei sale identitare; ca locul din care izvorăsc – și prin instrumentalitatea căruia se realizează dorințele, intențiile, proiectele sale de acțiune și comunicare. Tot în interioritatea toposului său corporal subiectul își localizează afectivitatea, reprezentările, amintirile, trăirile subiectului intime, secretele. În raport cu viața și manifestările publice, subiectul își resimte subiectivitatea psihismului său ca înrădăcinată în propriul corp.

Raportarea perceptivă la situațiile actuale se desfășoară după scheletul perceperii biologice, reorganizat prin caracteristicile conștiinței subiective. Un aspect special îl reprezintă perceperea în ambianța a altor oameni. Creierul uman are o sensibilitate înnăscută pentru recunoașterea conturului feței umane expresive; iar în urma achizițiilor integrate până la 3 ani – prin maturarea cerebrală conjugată cu experiențe relaționale de maternaj – copilul devine și identifică perceptiv pe alții, în calitatea lor de ființe ce au o minte identică cu a sa, ce evoluează și se implică intențional în raport cu datele situației; inclusiv în raport cu sine (capacitatea „mentalizării”). Perceperea altor persoane ajunge să discrimineze între străini, persoane cunoscute și persoane intime, de atașament, în raport cu care el împărtășește dorințe, evaluări, opțiuni. Cognația socială va implica apoi pe alții în scenarii relaționale, care necesită uneori clarificări (e.g. : „sunt oare

iubit:...rejectat!...înșelat?...persecutat?...). Încercarea de clarificare a unor astfel de scenarii și întrebări se poate realiza, uneori, prin experiențe perceptive.

Un alt aspect particular al perceperii specifice omului se referă la elementele „lumii umane” în care el trăiește; și care se suprapune peste lumea fizico biologică. Din acesta fac parte o serie de artefacte: edificii, unelte, instrumente, îmbrăcăminte, podoabe, spații instituționale marcate simbolic etc. În mod esențial, lumea umană în care omul trăiește este edificată în mediul limbajului narativ critic și a semnificațiilor acestora. Iar practicile instituționalizate în care subiectul e angrenat, sunt ordonate prin norme și valori. Astfel, universul perceptiv ce înconjoară persoana e impregnat de semnificațiile lumii sale umane, a limbajului acesteia, desfășurat pe multiple nivele de discurs și semnificații, dintre care unele simbolice iar altele abstracte.

Universul perceptiv al lumii umane e dublat de instanțe abstracte, fictive, care se sprijină doar parțial pe elemente senzorial perceptive, date. Așa e instanța matematicii – esențială pentru construcții, calculul comercial și cel al timpului, științe. Dar mai ales, în aria „entitățile fictive” la care omul se raportează, pot fi inventariate, spiritele, „zeii” și alte ființe supranaturale, care de peste 70.000 ani marchează derularea vieții oamenilor. Desigur, raportarea la această dimensiune „neperceptibilă” – la fel ca la abstracțiile conceptuale ale științei și filosofiei – se realizează printr-un strat de semnificații simbolice. Dar comentarea problematicii aspectelor specifice ale percepției umane nu poate ignora nici această dimensiune.

### **7.3. Halucinațiile vizuale și auditive**

În psihopatologia perceptivă, tradițional, rolul cel mai important l-au jucat halucinațiile. Halucinațiile vizuale au fost cele care au fost puse în prim plan în prima jumătate a sec.XIX. Primele descrieri, comentarii, analize și încercări de interpretare întreprinse de psihopatologi au jalonat de la început contextul lor de manifestare. E vorba de comparația lui Esquirol cu „vizionarul” și de trimiterile lui

Moreau de Tours la vis și stările consecutive consumului de hașiș. În ambele cazuri erau prezente importante particularități ale condițiilor de desfășurare a percepției situaționale.

Trimiterile la înțelesul cultural, spiritual al „vizionarului”, a fost desigur o metaforă. Gândirea speculativă occidentală a sesizat de la începutul antic al filosofării, conexiunea dintre aspectul exterior al lucrurilor și înțelesurile sale. Faptul a fost exprimat în distincția dar și corelația pe care Platon o făcea între **eidōs** și **ideea**. Dar vizionarii, care, la fel ca prezicătorii ebraici întrevădeau și proclamau viitorul istoric, nu oferă un model cultural util interpretării halucinațiilor vizuale. În cazul lor accentul era pus pe interpretarea semnificației speciale a unor reprezentări trăite subiectiv – la fel cum hermeneuții etrusci încercau să interpreteze zborul sau măruntaiele păsărilor, percepute ca datumuri obiective. Desigur, experiențele mistice, realizate prin devoțiune individuală sau prin entuziasmul colectiv al religiilor de mistere, se corelau și cu aspecte imagistice. Acestea apăreau însă credincioșilor pe fundalul detașării lor de viața cotidiană; și transpunerea într-o atmosferă mitico sacrală, de transă, întreținută uneori și scenariile episoadelor mitice, de muzică, dans sau consum de substanțe psihoactive. Subiectul ajungea astfel să se simtă plasat într-o „altă lume”, „supranaturală, marcată de o spațio temporalitate specială. Mediu în care resimțea uneori percepții neobișnuite ale obiectelor și ale propriului corp. Încă vechii indieni utilizau în acest sens substanța ”soma”; iar musulmanii luptători din vremea cruciadelor, hașișul. Studiarea experimentală a sec.XX a unora din aceste substanțe, ca bulbocapnina, psilocibina (dar și a unor produși sintetici similari ca LSD), a indicat că ele produc realmente modificări perceptive variate: distorsiuni ale conturului, formei și mărimii obiectelor și propriului corp, ale raportului figură fond, apariția de culori, figuri geometrice, obiecte și ființe izolate, scene panoramice statice și în mișcare. Aceste distorsiuni perceptive ce se reîntâlnesc și în stări de depersonalizare corporală, pot

fi suportul unor scenarii imaginative vizuale, a unor „viziuni” trăite de credinciosul aflat în transă, detașat de comentariul informațional cu ambianța situațională.

În afară de cadrul ritualului sacral, o altă trimitere pe care psihopatologia a avut-o în vedere pentru a interpreta trăirile halucinatorii vizuale, a fost cea a visului somnului. Visul se derulează în interiorul condiției de detașare de ambianța pe care o induce somnul; și el e resimțit (trăit) sub formă de scene în derulare predominant vizuale la care subiectul simte că participă. Visul nu se bazează deci pe prelucrarea unor informații actuale pe care subiectul să le recepționeze și sintetizeze din lumea ambientală, în condițiile unei angajări active; ci are la bază pulsația informativă desfășurată periodic, a datelor din depozitul informativ ce face parte din fondul mnestic imaginativ biografic, identitar. Logica și cursul derulării visului scapă de obicei controlului visătorului. Clinica psihiatrică a susținut această apropiere a halucinațiilor vizuale de vis, date fiind documentele clinice pe care le oferea tulburarea deliriumului – sau a stării confuzo onirice (în exprimare franceză) - din stările infecțioase și febrile. Acestea comportau și o denivelare în grade variate a stării de vigilitate, cu dezorientare spațio-temporală. Pe acest fundal se manifestă trăiri de tip halucinator predominant vizuale, “oneiroide”: scene cotidiene, uneori profesionale, la care subiectul simte că participă, alături de persoane cunoscute sau necunoscute. Implicarea subiectului era atât afectivă cât și psihomotorie, în concordantă cu conținutul scenariului oneiroid. Tematica scenariilor putea fi profesională, terifiantă sau euforică. În funcție de gradul de vigilitate, ambianța actuală poate fi percepută uneori concomitent, mai clar sau mai estompat; oneirodia se poate chiar amesteca cu percepții adecvate ale lumii ambientale. Alteori, ea se rezumă însă la un spațiu bine delimitat, încadrat de perceperea corectă a mediului ambiental. Halucinațiile vizuale pot fi nu doar scenice ci și izolate: persoane, animale, diavoli, halucinații simple. Mai rar pot apare în acest context halucinații olfactive, auditive, cutanate. În delirium tremens din alcoolism s-au descris clasic halucinații cu animale mici ce se urcă pe corp. Manifestări

oneiroide pot apare și postoperator, după reanimare. Aceste trăiri scenice, sunt însă predominant perceptiv circumstanțiale, nefiind articulate cu o problematică identitar delirantă, a unui eu personaj, alunecat într-un scenariu fictiv.

Apropierea dintre stările oniroide și halucinațiile vizuale este argumentată și de halucinațiile hipnagogice, ce apar la intrarea în somn, până ce vigilitatea reflexivă nu a dispărut complet; și de cele hipnopompice, mai rare, ce apar la trezire. Ele se pot manifesta și la pacienți ce prezintă narcolepsie; adică momente de bruscă adormire în timpul vigilității diurne, însoțite de scăderea bruscă a tonusului muscular. În toate aceste cazuri se incriminează o perturbare în derularea ciclului normal a somnului cu vise, care include la om aprox. 20% perioade de “somn paradoxal”, în care subiectul “visează”. Fenomenul visului s-ar datora unui proces de reorganizare ciclică a fondului informativ mnestic (episodic, biografic), sub forma unei memorii circulante, de durată medie.

Trăirile de tip oneiroid trimit deci, direct, la o disfuncție a “mecanismului psihocerebral” ce susține desfășurarea somnului cu vise; care pentru om este o moștenire biologică, înscrisă în structura encefalului. S-a dovedit că fondul mnestic al omului, predominant biografic, funcționează, într-una din importantele sale dimensiuni, într-o modalitate circulantă, datele de memorie realizând prin această dinamică noi conexiuni. Ele revin periodic și pentru a se oferi utilizării stimulate de către actualitatea trăirilor subiectului. Același mecanism ar sta la baza “cursului ideativ” ce se derulează în fundalul psihismului vigیل, susținând asociațiile de idei și creativitatea; dar și ideația intruzivă ce poate aluneca în obsesii nedorite.

Configurarea unei percepții situaționale a omului vigیل pe baza receptării filtrate și sintetizate a informațiilor exterioare actuale, presupune, prin definiție, deci articularea acestora cu datele de memorie ce le vin în întâmpinare și “se acordează” cu ele. Dacă informația ambientală e ignorată, ca în unele momente de relaxare, subiectul se poate “lăsa pradă unei reverii cu ochi deschiși”. “Imageria”

resimțită în acest context nu are pregnanța și detaliile percepției curente, plasându-se într-un “spațiu interior”. Care, deși nu ignoră complet scena lumii exterioare date, nu avansează până la ea. Psihologia memoriei a comentat sub denumirea de “ecmnezie” reactualizarea unor amintiri ce capătă pentru scurt timp caracteristica de actualitate perceptivă. Iar psihopatologia aduce în discuție reactualizările reprezentative pregnante sub formă de “flash back”-uri, ce se repetă cu vasiobsesiv la cei cu reacție de stres posttraumatic. Subiectul nu este complet deconectat față de situația actuală; dar invazia figurativă “de tip perceptiv” a unei scene terifiante trăite în trecut, se insinuează pentru scurt timp în prezent; și acaparează atenția subiectului, bulversându-l. Modelul din reacția de stres posttraumatic a fost dezvoltat mai recent, în corelație cu „psihozele disociative”. E vorba de stări psihopatologice corelate cu traume biografice importante, care vulnerabilizează persoana; și care stau în spatele unor episoade halucinatorii vizuale și auditive sub forma unor voci. Psihoza disociativă se desfășoară în condițiile unei parțiale detașări de ambianța și printr-un scenariu ce e diferit de cel din delirul post procesual, care transpune identitatea subiectului pe orbita narativității teoretic culturale, în condiția de personaj aparte.

Manifestări de tipul percepțiilor halucinatorii pregnante dar criticate, au fost descrise începând din sec.XIX în tulburări neurologice și ale analizorilor vizuali și auditivi. Aceste “halucinoze” apar și în afectarea căilor vizuale retrochiasmatică, infarcte corticale, epilepsie. Deci, în lezări ale „instrumentarului” neurologic de colectare, transmisie, prelucrare și depozitare sintetică și de reactualizare a informațiilor într-un anumit sector perceptiv. În cazul crizelor epileptice cu localizare parieto temporală, halucinațiile pot fi olfactive dar și vizuale, scenice. Lipsa altor tulburări psihice în aceste cazuri indică faptul că aparatul funcțiilor cerebrale e capabil să genereze singur configurații perceptivă, ce sunt plasate de organismul psiho-cerebral în spațiul perceptiv al lumii înconjurătoare. Pentru delir, important e însă ca acestea să fie inserate în conflictualitatea scenariului narativ a



lunii delirante pe care alunecă subiectul transformat în personaj fictiv, în care semnificațiile predomină asupra formelor.

Trăiri de tip halucinator s-au constatat apoi și în condițiile deprivării senzoriale. La mijlocul sec.XX s-au efectuat o serie de experiențe, în corelație cu pregătirea cosmonauților ce urmau să petreacă mult timp în spațiu în împrejurarea unui deficit de solicitări senzoriale, (incluzând-o și pe cea gravitațională, asupra sistemului vestibular și artromiokinetic). S-a constatat că, menținerea timp îndelungat în condiții de semi întuneric, izolare fonică și nemișcare, conduce la apariția unor neformații perceptive predominant vizuale. Acestea sunt cel mai des simple figuri colorate, obiecte, animale, oameni; rar scene în desfășurare. Trăirile de tip perceptiv ce apar în astfel de condiții se referă, dar în mai mică măsură și la muzică, expresii, reamintiri de texte etc. Dincolo de utilitatea cercetărilor menționate pentru astronautică, ele pot explica trăirile de tip halucinator ce apar în condiții de monotonie informațională (e.g. în deșert sau pe întinsuri de zăpadă). De fapt, problema care s-a ridicat în acea perioadă în psihiatrie a fost cea a deficitului de stimulare în genere; inclusiv lipsa solicitărilor din partea altor oameni și a exercitării unor activități cutumiere care să implice noutate; ceea ce induce o pasivitate sau o blocare a dimensiunii activ-intenționale a sintezei perceptive. Acest aspect s-a conjugat cu alte observații făcute de psihiatrii care au demonstrat că substimularea psiho-socială și senzorială a schizofrenilor, prin internarea îndelungată în azile unde predomină condiții de monotonie, agravează simptomatologia deficitară. Fapt ce a încurajat ideea unei stimulări adecvate în cazul internărilor prelungite; și, evitarea pe cât posibil a instituționalizării îndelungate.

Halucinațiile vizuale au fost comentate din ce în ce mai puțin de psihopatologia din a doua jumătate a sec.XX, în corelație cu descreșterea lor odată cu reducerea stărilor de delirium febril infecțios și a substimulării produse de internările îndelungate și pasive din azile. Studiarea circumstanțelor în care ele se

produc, a subliniat însă corelația halucinațiilor vizuale cu memoria biografică circulantă ce stă în spatele viselor, desfășurate în contextul suprimării sau reducerii conectării subiectului cu informațiile ambientale. În delirul psihotic subiectul e însă centrat și absorbit de scenariul aberant care-l subjugă; și care e cel ce dirijează și semnificațiile trăirilor sale halucinatorii.

Universul perceptiv vizual este esențial în derularea vieții cotidiene a oricărui om, căci el asigură și orientarea spațială, pe care o avem în comun cu psihismul biologic. Dar specifică pentru psihismul omului este comunicarea intersubiectivă cu ceilalți și narativitatea metareprezentatională pe care o asigură limbajul, introducând în lumea sa entități fictive. Spațio temporalitatea și cauzalitatea lumilor narrative, fictive, e distinctă de cea fizico biologică. La nivelul vieții curente noi facem o permanentă sinteză între acestea două planuri, dat fiind că întreaga noastră existență, cu toate scenariile și ritualurile sale, se desfășoară, totuși, în mijlocul unui univers fizico biologic care este suportul apariției, evoluției și manifestărilor existențiale actuale ale omului pe pământ. Percepția auditivă, centrată pe limbajul articulat ne mută mai mult spre narativitate, spre implicarea subiectului în scenarii mai mult sau mai puțin fictive.

Halucinațiile auditive au fost diferențiate încă de la început de cele vizuale deoarece ele se concentrează pe “auzirea de voci”; iar rostirea în mod evident nu e doar receptată din exterior, ci și produsă, în permanență de către însăși subiect, în strânsă corelație cu elaborările sale ideative. De aceea s-a vorbit încă din sec.XIX de halucinații audio-verbale și ideo-verbale. Acestea trimit spre generarea gândurilor și intențiilor de comunicare verbală, ce emerg la nivelul instanței cursului ideativ. Deci, la un nivel profund al “interiorității psihismului subiectiv”, la alt pol față de sursa informațiilor ce stau la baza percepțiilor și halucinațiilor vizuale, plasate în spațiul exterior, în afara limitelor propriei corporalități. Pe de altă parte, vorbirea e atribuită și altor persoane care o elaborează și o emit tot cu punct de plecare în interioritatea lor intimă. Astfel încât, auzitul de voci poate fi

considerat echivalentul unor relaționări interpersonale, în cadrul unui câmp comunicațional interpersonal.

Halucinațiile auditive, care sunt cele mai importante în psihoze, pot fi desigur și neverbale. Acestea, ca zgomote sau melodii, au acum o importanță mai redusă. Cât despre halucinațiile verbale, ele evocă, așa cum s-a menționat, universul relaționărilor interpersonale, în cadrul unor variate tipuri de raportări. Nu trebuie ignorat faptul că dezvoltarea ontogenetică se realizează de la început, din perioada de sugar, în mediu lingvistic. Iar relațiile cu alții atașează constant comunicării nonverbale vizuale și pe cea verbală, chiar și în cadrul intimității. Deși în spațiul relației cu mama și cei apropiați predomină comunicarea cu expresivitate non-verbală, comunicarea verbală rămâne și la acest nivel importantă. Prin ea se exprimă rostirile apelative, interogative, de rugăminte, sfătuire, amenințare, solicitare de iertare, etc. Chiar dacă vorbesc puțin, persoanele apropiate sufletește folosesc totuși cuvinte pentru a se susține reciproc, a se încuraja, îndemna, alina; uneori chiar șoptind. Apoi, prin limbaj oamenii ce se află unul în fața celuilalt dialoghează pentru a schimba opinii și a clarifica probleme; dar și comentează pe un altul, absent, caracterizându-l pozitiv sau negativ. Comunicarea verbală va trece însă în prim plan în spațiul public, în raport cu persoanele oficiale și străine. De aceea halucinațiile audio verbale din paranoide au deseori un caracter xenopatic, de relaționare cu cineva mai îndepărtat sufletește sau străin, care emite ordine, dispoziții, manipulează etc. În sfârșit, nu poate fi ignorat acum, când avem în vedere psihopatologia, nici dialogul interior, doar marginal verbal, în care subiectul se confruntă cu el însuși. Precum și raportarea la Divinitate. Divinitate care în creștinism se poate adresa verbal omului.

Halucinațiile ideo-verbale sunt comentate în ultimul timp din perspectiva – și sub sintagma – “oamenilor ce aud voci”. Acest fenomen este considerat ca răspândit în populația generală, o mare parte din persoanele ce aud voci ne reprezentând tulburări psihice diagnosticabile sau care să necesite tratament. În

noiembrie 2013 s-a ținut la Melbourne Congresul Mondial al celor ce aud voci, prevalența acestora în populația generală fiind evaluată la aprox.13,2%. S-au studiat și reliefat particularități dintre cei ce aud voci și au nevoie de tratament și cei ce nu au nevoie. Faptul de a auzi voci e un fenomen complex care depinde de cultură, angajare spirituală, particularități personale, experiența relaționărilor cu alții, existența unor traume în biografie, stări disociative diverse, astfel încât nu toate cazurile sunt încadrabile în psihoze.

Halucinațiile audio-verbale pot fi apelative, adresându-se subiectului pe nume, ca și cum l-ar chema. Sau injurioase, amenințătoare, acuzative. Ele mai pot fi imperative, comandând pacientului să facă anumite acte, dirijându-l ca în cazul unei dominații ce pretinde supunere. Uneori vocile îndeamnă sau poruncesc acte agresive, ca lovirea sau omorârea cuiva; sau sinuciderea. Halucinațiile imperative se cer diferențiate de controlul voinței și de sentimentul de dirijare, de impunere a actelor și gândurilor a celor cu sindrom depersonalizant de transparență/influență. Halucinațiile comentative constau din două sau mai multe voci, care discută între ele despre pacient, fie evaluându-l ca și persoană, caracter valoare; fie comentând actele ce le face, intențiile și gândurile ce îi vin în minte. Mai rar vocile discută între ele neclar, ca o “rumoare”. Sentimentul pacientului este că aceste conversații se referă la el. Se manifestă astfel trăiri intermediare între halucinațiile verbale clar auditive, plasate în spațiul exterior; și cele ce pătrund în zona intimă a agenției sale.

În cazul halucinațiilor apelative și imperative, subiectul resimte evident o raportare directă față de alții, care i se adresează. Vocile care-i vorbesc sunt “personalizate”. Ele sunt efectiv personaje ce participă direct la derularea scenariului relațional delirant. Și aceasta, atât atunci când pot fi clar identificate ca aparținând cuiva; cât și dacă identificarea e aproximativă. Sau trimite la personaje anonime. Poate fi auzită în acest sens și vocea lui Dumnezeu, a Fecioarei Maria sau a diavolului. Halucinațiilor, chiar cele anonime, “vizează” deci subiectul, “îl

au în vedere”, chiar dacă numai aluziv. Ele nu sunt discuții pe care alții le poartă fără legătură cu el. Toate halucinațiile audio-verbale presupun faptul că subiectul resimte și își reprezintă existența altor persoane reale sau fictive în relația acestora cu el, care se află în „centru”. Faptul se corelează desigur cu reprezentarea delirantă a prezenței altor persoane ca personaje în scenariul din instanța metareprezentatională a propriului psihism.

În concluzie, dacă halucinațiile auditive ar reprezenta, așa cum s-a formulat de unii cercetători, o exteriorizare a unei raportări lingvistice intrapsihice cu o alteritate, ele presupun, evident, o prezență a altora în însăși interiorul propriului psihism. Adică a imaginii și reprezentării despre lumea pe care subiectul conștient o centrează.

#### **7.4.Spațiul intern al subiectivității, autopercepțiași halucinațiile psihice**

Halucinațiile, în calitate de trăiri “de tip perceptiv” sunt proiectate în spațiul exterior subiectului, aflându-se astfel în legătură, direct sau indirect, cu suma informațiilor actuale percepute. Și astfel, în contextul situației actuale pe care subiectul o trăiește și o centrează în raportarea sa la lume. E vorba desigur de lumea sa umană. Lume care însă psihoză se deformează; fapt pe care însăși condiția sa de delirant o relevă. Astfel încât, halucinațiile se corelează strâns și cu scenariul delirant al subiectului transformat în personaj aberant, ce se derulează în instanța metareprezentatională a psihismului sau, plasat acum într-o lume delirantă. Și astfel, halucinațiile se articulează și cu interioritatea psihismului persoanei, ce se organizează în jurul duratei identității sale diacrone, a memoriei biografice, printr-o schemătemporală ce se întrețese cu imaginarul și productivitatea acestuia.

Încă din antichitate Aristotel a subliniat că informațiile obținute din lumea exterioară sunt sintetizate în centrul psihismului de către intelect, în jurul memoriei și imaginarului. Iar în psihologia scolastică și la începutul modernității,

dimensiunea mnesticoinmaginativă a “simțului intern” temporal - generatoare a „fantasmelor” - a fost diferențiată de cea a “simțului exterior” al spațialității, ce permite ordonarea elementelor lumii ambientale în jurul subiectului incorporat. Ulterior, și tot mai mult în sec XX, s-a acordat o importanță crescândă discursivității de tip narativ a psihismului, prin filtrul căreia e percepută și reprezentată lumea de către om.

Bazându-se pe informațiile venite din lumea înconjurătoare dar și pe memorie și imaginar, subiectul elaborează modele evenimentțiale ale lumii și situațiilor în care el există, pe care le corelează cu modelele comunitare, intersubiective. El operează pe astfel de modele metareprezentationale pentru a schița strategiile prin care se raportează la ceilalți oameni, în vederea rezolvării problemelor practice și a clarificării scenariilor identitar relaționale care-l preocupă (e.g. „sunt bolnav”? sunt înșelat?”). Proiecte și preocupări ce au o structură narativă. În delir, subiectul se proiectează în astfel de scenarii ca personaj aberant, în interrelație cu alte personaje, în „câmpul narativității și personajelor” ce învâluie inserția sa în rețelele sociale intersubiective și oficiale. Dar, în afara modelelor și scenariilor menționate, dimensiunea metareprezentatională psihismului, susține și percepția reflexivă de sine.

Autopercepția este un fenomen continuu și sintetic, bazat în primul rând pe informațiile ce sosesc neîntrerupt prin toate sistemele informative senzoriale ale propriului corp; inclusiv cele interoceptive și artromiokinetice, care susțin desfășurarea mișcărilor, a acțiunilor. Toate acestea, sunt subsumate unității, identității și agenției sinelui. Autopercepția se referă astfel la sesizarea reflexivă a întregii structuri identitare, centrată de sinele biografic, înrădăcinată în propriul corp și definită social. Ea este și baza autoevaluării, a stimei de sine. Resimțirea continuă, reflexiv conștientă a acestui fundal și referențial identitar, personalistic, e doar etichetată prin expresia "percepție de sine", ea nefiind comparabilă cu percepția unui obiect exterior.

Autoperceperea implică un continuu sentiment de “centralitate”, subiectul resimțind în permanență că sinele său, localizat în toposul corpului propriu, este sediul din care emerg, din care se nasc și se afirmă toate gândurile și intențiile sale în raport cu lumea din care face parte. Lume în mijlocul căreia el se plasează, resimțindu-și trăirile ca fiind “ale sale”, integrate în identitatea sa, ca aparținându-i (funcția de apartenență, “ownership” a sinelui). De asemenea subiectul resimte că el însuși este autorul, agentul care generează și realizează propriile gânduri, intenții, dorințe, decizii, acțiuni, exprimări (funcția de “agenție” a sinelui). Și aceasta chiar și atunci când este sfătuit de alții sau i se poruncește. Subiectul se percepe astfel, cel puțin până la un punct, ca delimitat de alții – de alteritatea celuilalt și de lumea care-l solicită – ,centrat de sinele său intențional și reflexiv. În intimitatea sinelui său, a conștiinței sale reflexive, în acest “spațiu al interiorității subiective”, subiectul se autoevaluează și se autocaracterizează. Iar uneori se autocondamnă; sau îi este rușine. Aici el își selectează amintirile, reprezentările, intențiile, ideile, se decide. Aici subiectul poate să își cheme și să-și reprezinte evenimentele trăite doar pentru sine, în aria secretului său personal.

Amintirile pot însă apărea în mintea sa și nesolicitate; așa cum, sub cupola somnului, se desfășoară visele, odată cu mișcarea circulantă, ofertantă a datelor mnestice. Fondul mnestic al subiectului include, desigur, istoria sa biografică ; dar și mult material informativ extrapersonal, suprapersonal, inclusiv teoretic, în cadrul memoriei nominale, susținută de limbaj. Nu tot ceea ce emerge din fondul mnestic este resimțit ca propriu, ca personalizat. Există un dinamism spontan, proiectiv al interiorității psihismului propriu, care, sprijinindu-se pe memoria circulantă, generează și propune în mod continuu actualității trăite a subiectului, reprezentări imagistice și ideatice. Faptul se concretizează în ceea ce psihologia și psihopatologia au numit “curs ideativ” sau “flux al conștiinței”. Pornind de la aceasta se desfășoară și pseudohalucinațiile.

Sub denumirea de pseudohalucinații au fost descrise trăiri asemănătoare halucinațiilor, care nu au însă caracter de exterioritate perceptivă spațială : e.g. voci care sunt auzite în cap sau în inimă, în stomac. Mai rar sunt invocate imagini, de obicei figuri simple dar colorate, pe care subiectul le „vede” apărând spontan în spațiul său intern. Inițiatorii temei pseudohalucinațiilor în sec.XIX, Hagen și Kandinsky, se refereau la ideea lui Kahlbaum (1847) care susținea existența în creier a unui „centru al apercepției” care generează spontan trăiri de tip imaginar, cvasihalucinatorii, în corelație cu un centru al memoriei. Kandinsky, bazat pe psihologia lui Wund, sugera o asociație între această activitate generatoare și cea a unui centru al conștiinței, care constată, înregistrează, filtrează, sintetizează. Conștiința ajunge astfel să înregistreze uneori, pe fundalul obișnuit al fluxului ideatic, reprezentări imagistice, imagini vii, pregnante, ce vin din interior; și care i se impun fără intenția sa, fără a le putea influența. Dar pe care le poate contempla, în spațiul psihic interior.

Pseudohalucinațiile sunt distincte de fenomenele de rememorare, de imaginare sau de percepție, fiind mai apropiate de reprezentările involuntare. Ele se mixtează cu apariția spontană a unor idei în fundalul conștiinței, fiind independente de organele de simț. Seglas a apropiat fenomenul de gândirea și vorbirea interioară, atrăgând atenția asupra lipsei unui vocabular psihologic adecvat pentru a le descrie. Ey și Claude le-au atașat de gândirea intruzivă și obsesivă. E vorba oricum, de fenomene psihice pe care subiectul le poate sesiza în fundalul subiectivității sale conștiente, la un nivel la care se derulează spontaneitatea fluxului ideativ.

Pseudohalucinațiile, așa cum au fost ele descrise tradițional și cum se întâlnesc și în prezent, pot fi corelate și cu alte trăiri, psihopatologice și normale, care emerg la nivelul cursului ideativ.

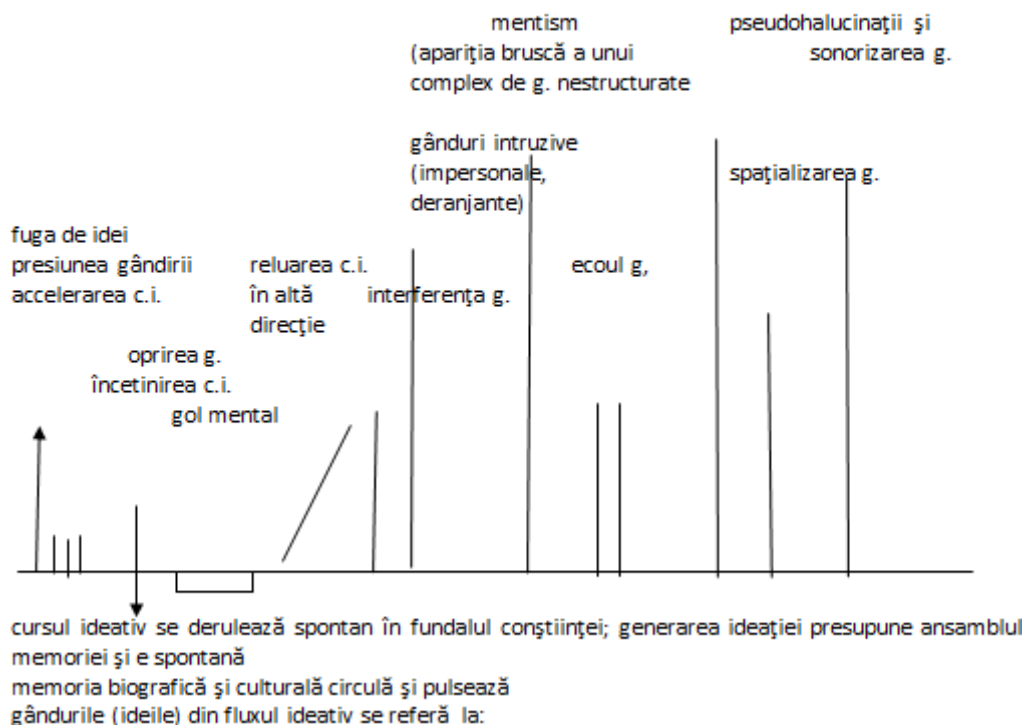
Cele patologice se referă la tulburările formale ale cursului ideativ. Acestea au fost studiate în cadrul obsesionalității, maniei, depresiei dar mai ales în unele



forme nedelirante de schizofrenie. Este vorba de : - Ideeația intruzivă : subiectul resimte că gândurile sale sunt parazitare și interferează cu gânduri străine, nedorite, ce apar spontan, fără voia sa; - Presiunea gândirii: subiectul resimte că propriile gânduri îi scapă de sub control, modificându-se mai rapid și impetuos decât ar dori; - Fuga de idei: subiectul constată o multitudine de idei ce se succed cu mare viteză în fundalul cursului ideativ, fără ca el să le poată opri sau controla; - Mentism: subiectul resimte izbucnirea bruscă a unui ansamblu de gânduri amestecate pe care nu le poate ordona și stăpâni; - Încetinirea cursului gândirii, se referă la constatarea unui ritm ideativ propriu lent; - Blocajul gândirii sau golul mental: subiectul resimte în fundalul cursului ideativ un gol, o pauză; ideeația se poate relua ulterior, în altă direcție; - Ecoul gândirii : gândul se repetă, în fundal, ca un ecou; - Sonorizarea gândirii: subiectul își aude propriile gânduri și crede că acestea pot fi auzite și de alții. Ultimul simptom se întâlnește de obicei în schizofrenie, împreună

#### Chenar 75

##### Tulburări formale ale cursului ideatic (c.i.)



cu spațializarea gândirii : adică, cu sentimentul că gândurile se petrec și sunt localizabile în diverse părți ale spațiului corporal. Mai poate apare sentimentul difuzării și împărtășirii gândirii, alături de alte simptome de „transparență psihică”.

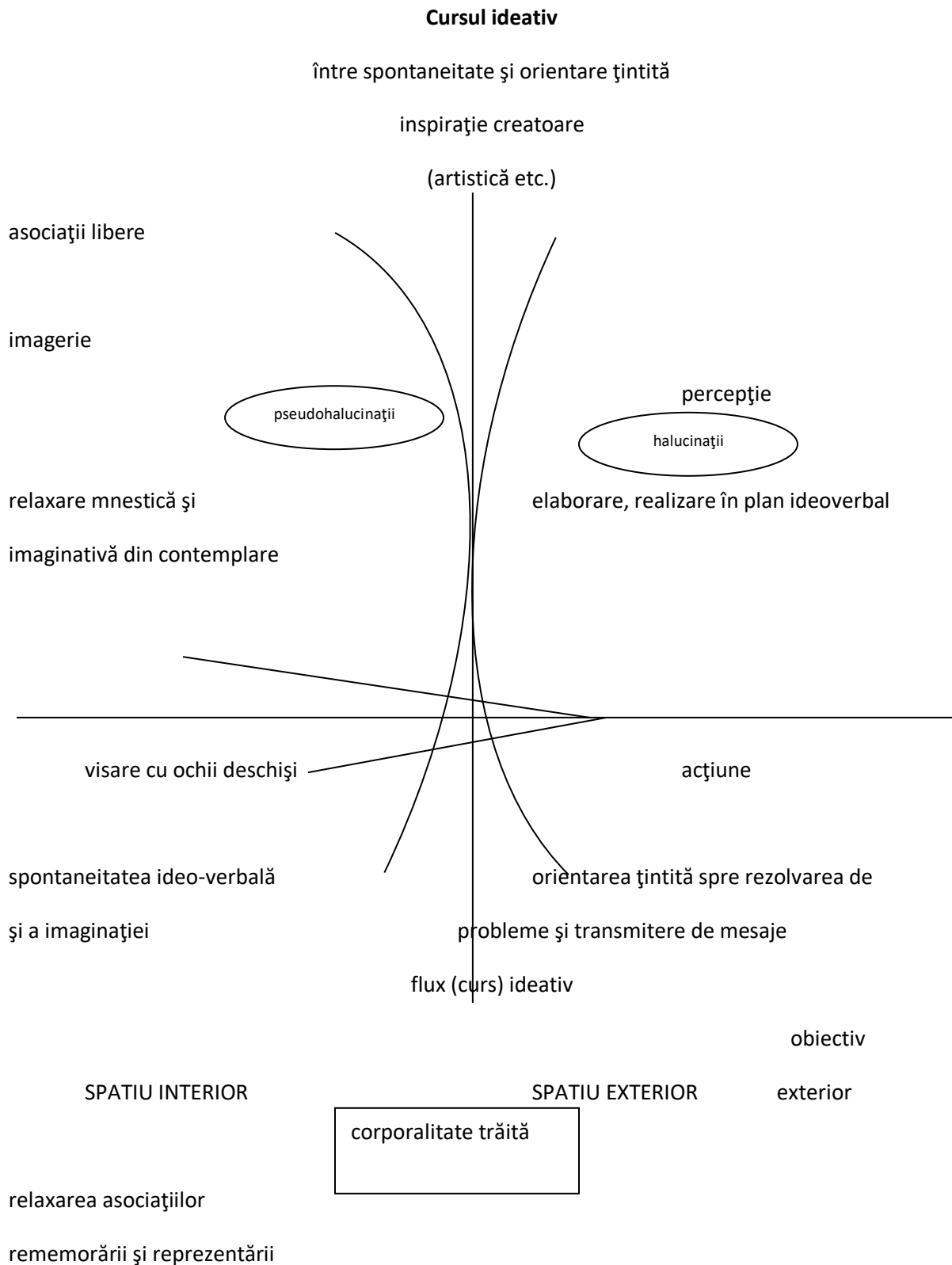
Tulburările formale de gândire sunt cadrul în care apar și se manifestă pseudohalucinațiile. E în joc la acest nivel o patologie formală, ce afectează structura organizatorică a psihismului.

Tb. formale ale gândirii pot fi condiționate pe de o parte de viteză cu care se derulează procesualitatea naturală, spontană a circuitului de ofertă mnestică imaginativă. Iar pe de altă parte, de insuficiența și distorsiunea „filtrului informațional” . Adică a acelui filtru de tip atențional ce selectează spontan la nivel periferic informațiile ce vin, de obicei din mediul exterior.

Zona cursului ideativ este una profund intimă. Totuși și prin ea subiectul se conectează la actualitatea trăită. Trăirea semnificației situaționale și proiectul de raportare la problematica actuală, solicită selectiv fondul mnestic. Informațiile ce se oferă pe această cale sunt până la un punct comparabile cu cele ale percepției exterioare. Marea diferență constă în faptul că acum ne plasăm în zona intimă a psihismului, alături de toposul secretelor personale. De aceea apariția la acest nivel a unor informații cu care subiectul nu încă familiarizat, apropiere trăire sa de o condiție xenopatică.

În perspectiva normalității, fluxul cursului ideativ deschide fondul mnestic al sinelui intențional și autogenerativ în direcția preocupărilor persoanei; sau a solicitărilor la care ea e supusă. El pune la dispoziția acesteia o bază cât mai largă de informații interne din memorie, care pot fi pe acesta cale accesate și selectate. Pornind de la acest nivel, dacă se trece în direcția unei acțiuni pragmatice sau a unei realizări în plan ideic verbal – așa cum ar fi rezolvarea unei probleme sau transmiterea unui mesaj – fluxul ideativ intră în serviciul unor funcții executive orientate spre atingerea scopului. Integrând datele astfel obținute, subiectul le “personalizează” în aria agenție sale. Sursa mnestică și de cunoaștere din care se

Chenar 76



alimentează cursul ideativ este însă amplă. Asupra acestui aspect ne atrage atenția psihanaliza și arta suprarealistă.

Cura psihanalitică a asociațiilor libere stimulează conștientizarea unor structuri mai profunde ale circulației datelor mnestică, în corelarea lor cu scenarii motivaționale și intenționale ale “complexelor inconștiente” ale sinelui identitar biografic. Pe măsură ce acestea ajung să se conștientizeze astfel încât să poată fi verbalizate, ele pot fi analizate și interpretate de către terapeut, în cadrul spațiului relațional pe care acesta îl instituie cu clientul. Iar pe această cale, pacientul ajunge treptat să decodifice, ca într-un fel de oglindă, aspecte structurale profunde, blocate în adâncimea psihismului sau identitar. Cel puțin aceasta era doctrina lui Freud, care susținea că pe o astfel de cale se poate petrece o restructurare a psihismului persoanei suferinde, benefică pentru sentimentul de identitate autonomă și armonică a sinelui său.

Creativitatea folosește și ea, în orice domeniu, pulsațiile fundalului mnestic imaginativ, ce trec prin poarta cursului ideativ. Dincolo de tradiționala trimitere la momentele de inspirație creatoare, se poate face acum trimitere la metodologia sugerată de suprarealism când a cultivat “dicteul automat”. Dar materialul creativ brut odată produs spontan, necesită o prelucrare creatoare conștientă, care-l personalizează.

Nu trebuie uitat cu această ocazie că inspirația, care era pe vremuri atribuită unui geniu, e dublată la orice creator de truda finisării, prin care ea e supusă agenției sale psihice conștiente, de elaborare a unei opere spirituale. Opera de artă astfel produsă capătă autonomie în câmpul culturii, înstructurând în ea pecetea personalizantă a celui ce a realizat-o. Și, prezentând o viziune nouă, frumoasă și stimulantă asupra lumii umane. Pseudohalucinațiile, ca produs psihopatologic, se rezumă însă doar la înregistrarea unor producții imaginative ideatice deficitare și aberante ale cursului ideativ anormal, fără nicio interpretare sau prelucrare.

Autopercepția subiectului poate fi comentată ca un aspect al reflexivității sinelui, cu accent pe dimensiunea sa identitar mnemonică; și, care include zona sa de autogenerativitate și dinamism intențional, de dinaintea actelor voluntare. Adică cea care precede, întemeiază și susține proiectele și acțiunile deliberate, elaborate conștient, realizate treptat cu ajutorul funcțiilor executive controlate de persoană. Agenția subiectului se extinde, desigur, și spre acest teritoriu profund, la limita căruia el poate înregistra, atunci când e atent, „cursul său ideativ”, cu o anumită obiectivitate, analizându-l și preluându-l. Iar odată cu acest curs ideativ, subiectivității persoanei umane i se oferă și i se dezvăluie nu doar parametrii propriei biografii; ci și sensurile care susțin cunoștințele asimilate privitoare la lume în ansamblu. Adică infrastructura „logosului”, zona condițiilor de posibilitate ce cuprinde și definește capacitatea omului de a specula asupra originilor și esențelor.

Este calea pe care s-a aventurat filosofia în speculația ei asupra fundamentelor care există, începând cu Platon și Socrate și continuând cu Descartes, Kant, filosofii analiști și Husserl. Ultimul propunând chiar o „reducție fenomenologică” ca metodă de a cobora sistematic până la acest nivel, la egoului transcendental. Psihopatologia realizează uneori o deficiență disfuncțională a psihismului persoanei, care dezvăluie și evidențiază și acest topos.

### **7.5. “Centralitatea” psihopatologică; trăirile referențiale, dispoziția și percepția delirantă**

Iluzia perceptivă și fenomenul *saliency* – hipersemnificarea unor detalii decontextualizate – susțin, prin mecanismul unei interpretări patologice, o bună parte a convingerilor delirante monotematice, cum ar fi cele de gelozie, persecuție sau hipocondriace. Preocuparea și argumentarea delirantă a acestora caută să se sprijine pe “evidența” unor astfel de fapte perceptive. Dacă avem acum în vedere ceea ce Jaspers considera a fi „delirul propriuzis”, se poate întâlni, mai ales în faza

incipientă de invazie delirantă, trăirea unui sentiment special de “centralitate”, ce se conjugă cu resimțiri perceptive particulare „de referință”. Sentimentul de centralitate constă acum din impresia dominantă a subiectului că se află în centrul unor evenimente importante, care se pregătesc pentru el, care îl privesc. Trăirile senzitive de relație, ce constau în impresia că alții privesc subiectul în mod deosebit și îl comentează, se corelează cu acest fenomen. Dar e vorba doar de o intersecție, deoarece valențele senzitivității relaționale sunt multiple: curiozitate, comentarii depreciatoare de batjocură, supraveghere etc. Iar trăirea centralității nu se rezumă la resimțirea unor priviri speciale ale altora. Și nici doar la sentimentul de a fi urmărit și supravegheat. Simptomele de referință constau în faptul că atenția pacientului este atrasă de variate detalii perceptive ale ambianței, culori, numere, fenomene atmosferice etc., care îi apar acestuia ca mesaje misterioase ce îi sunt transmise în mod special. Astfel încât subiectul intră într-o tensiune de așteptare ce poate crește progresiv.

Până la un punct tensiunea menționată e similară celei anxioase. Dar ea nu mai e chiar așa de difuză ca atunci când subiectul își mută mereu, tensionat, privirea dintr-o parte în alta, așteptând să descopere în jur de unde vine și în ce constă pericolul. Căci acum, în dispoziția delirantă, e presimțită mai ales o „schimbare interioară” ce se apropie progresiv. În plus, nu totdeauna e presupus și așteptat un eveniment amenințător. Sentimentul dominant e de ciudățenie, straniețate, nefamiliaritate. Percepțiile referențiale capătă forma unor semnale. E vorba de percepții obișnuite, uneori chiar de detalii minore, care se impun ca un fel de mesaje. O culoare – de ex.roșie – un cântec de pasăre, zgomotul unei mașini ce trece, un cuvânt de pe o firmă, câteva cifre, o melodie de la radio, întâlnirea unui prieten, felul cum e aranjată o vitrină, toate nu mai sunt întâmplătoare și indiferente. Ele se încarcă de o semnificație deosebită, misterioasă, mai ales ca apar ca și ”coincidențe” inexplicabile pentru pacient. Subiectul se întreabă și îi întreabă pe alții: ”oare ce vrea să însemne (ce mesaj special pentru mine poartă)

acest număr, culoare, zgomot etc.?” Nimic nu mai e indiferent...fragmentelerealității se învârt în jurul pacientului într-un vârtej, crează o atmosferăspecială, stranie, bizară ce crește și îl amețește. El îi interpelează pe cunoscuți:...” ai văzut!!...”

De vreme ce nu înțelege clar ce se petrece, subiectul se simte înconjurat de semnale aluzive, cu subînțeles. Alteori este convins că i s-a transmis un mesaj cifrat sub forma unui titlu din ziar sau a unei expresii difuzate la radio. Aceste adresări “pe care le simte că îl vizează personal” pot fi trăite cu dublu înțeles: unul comun pe care-l poate descifra oricine; și altul secret, numai pentru sine. În “atmosfera sau dispoziția delirantă” pe care o trăiește, pacientul poate considera că un comentator de la TV “îl privește direct în ochi”....Sau, chiar, că e privit cu înțeles de o statuie, de un animal, de un câine de ex.

Starea psihică în care se află o persoană cuprinsă de „dispoziția delirantă bazală” este una deficitară, în care urmărirea unui obiectiv, atenția concentrată, capacitatea de sintetizare a informațiilor actuale disponibile sinelui sunt grav perturbate. Acest deficit structural pregătește transformarea psihica ce duce la „căderea” persoanei pe scena sau orbita pe care se va derula delirul. Și odată cu aceasta, transformarea sa într-un personaj schematic, cuprins într-un scenariu aberant.

Starea de așteptare și tensiune menționată mai sus, se amplifică până la un moment dat când, o percepție banală (sau o amintire, o intuiție) iese în relief și îi clarifică brusc subiectului ideii,”tema” sa delirantă. Adică intriga în care el apare ca personaj central într-un scenariu fictiv”.Deci, sunt urmărit de Mafia internațională deoarece urmează să fiu ales președinte ONU”; sau:.”sunt vinovat pentru toate războaiele din lume și condamnat la chinuri veșnice”. Acesta e parcursul clasic care s-a profilat la începutul sec.XX și a fost etichetat de Jaspers ca proces al delirului primar constituit printr-o percepție delirantă în urma unei dispoziții delirante primare. Jaspers considera că doar pe această cale se ajunge la

“delirul propriu zis”, diferit de stările deliroide. Iar în cadrul delirului propriuzis, se intră într-o „altă lume”, astfel încât totul se schimbă în jur, oamenii sunt altfel, realitatea este „altfel”, iar subiectul simte că si el „s-a schimbat”, parcă „în urma unei vrăji”.

Din scenariul procesului psihopatologic comentat de Jaspers pentru delirul primar, se poate reține că în el nu intervin neapărat halucinațiile. Percepțiile referențiale sunt în general corecte, dar fragmentate și decontextualizate. Niciuna din ele – până la „percepția delirantă” finală - nu se impune pentru a trimite direct la o semnificație specială. Iluziile pot fi prezente; dar suntem acum dincolo și de simplele percepții reliefate, ”salience”, importante pentru delirurile sistematizate de tip paranoiac. În prim plan e o dispoziție specială, atmosferică, în sensul că subiectul se simte înconjurat de o puzderie de “percepții-mesaje” misterioase, ce îl fac să se simtă străin. Dispoziția delirantă e deosebită nu doar de dispozițiile ce susțin implicarea sa în viața cotidiană, ci și de dispozițiile afective anormale maniacale, depresive, anxioase, iritabil ostile. Trăirea se apropie de cea din sindromul de depersonalizare, în care subiectul resimte ca lumea e nefamiliară, ciudată, străină. Iar acest sentiment de nefamiliaritate cu lumea în ansamblu, de straniețe, se corelează cu cel al apropierii unui eveniment interior, a unei metamorfoze speciale, extraordinare ce se va petrece cu sine, urmând sa-l plaseze într-o altă realitate. Iar în cadrul acestei atmosfere de straniețe nu e așteptată o informație exterioară clarificatoare a unei probleme situaționale, ca în anxietate (e.g.” în ce constă si de unde vine pericolul” ). Ci trăirea unei revelații, care să deschidă un nou orizont interior, o nouă înțelegere a lumii. Ceva neobișnuit, ca în cazul producerii unei metanoia spirituale. Dar care acum se finalizează prin”căderea” subiectului, prin „transpersonalizarea” sa pe orbita psihotică.

În modelul pe care-l propune Jaspers pentru instalarea delirului primar, rolul central îl are, în final, percepția delirantă. Aceasta e o percepție banală care devine purtătoarea unei semnificații care reduce tensiunea dispoziției delirante; și parcă



deschide brusc ușa spre intrarea pacientului într-un scenariu aberant, în care el devine un personaj, într-o altă lume. De ex. perceperea unui câine negru îi relevă brusc că “e bolnav de cancer hepatic și va infesta întreaga omenire cu EBOLA, înainte de sfârșitul lumii”. Jaspers insistă în mod special asupra rolului semnificației care, deși e consubstanțială oricărei percepții, intervine în cazul delirului primar cu sens special. El scrie:

“Experiența delirului primar este analoagă cu sesizarea directă (de tip vizual) a semnificațiilor (Sehen von Bedeutungen). Conștiința unei semnificații particulare produce o transformare radicală. Receptarea intruzivă directă, imediată (unmittelbar) a noii semnificații este experiența fundamentală a delirului primar. Nu e vorba de o interpretare, ci de o experimentare directă a unei semnificații aparte pe care o ocazionalizează perceperea unui lucru sau a unei situații, care formal rămâne normală și neschimbată. Orice experiență delirantă primară este o experiență a semnificațiilor”.

În continuare Jaspers dă câteva exemple de delir primar recent instalat:

“Dintr-odată (pentru pacient) lucrurile par să semnifice ceva cu totul deosebit. El vede oameni în uniformă pe stradă; acești sunt, desigur, soldați spanioli. Apar alte uniforme; sunt acum soldați turci. Este (desigur) arhiducele mort care a reînviat. Două persoane ce se întâlnesc sunt Schiller și Goethe...(alt pacient).” Plecând dimineața de acasă am constatat în piața brusc că ceva e în neregulă cu ceasul; s-a oprit brusc și a început să meargă în alt sens; m-am gândit că se apropie sfârșitul lumii; am văzut niște soldați și mi-am dat seama că sunt o persoană “așteptată”; ei au trecut uitându-se la mine, mi-am dat seama că lumea se învârte în jurul meu....Când a trecut o mașină nu am auzit-o...pe măsură ce mașina se apropia am simțit că parcă emit ceva care ar putea-o opri...începeam să refer totul la mine, parcă totul era făcut pentru mine...lumea nu se uita la mine și asta parcă-mi transmitea că sunt o ființă îngrozitoare și de aceea evită să mă privească”.

Exemplele lui Jaspers ilustrează nu doar mutația bruscă pe care o resimte pacientul în universul ireal și incomprehensibil al delirului marcat de centralitate, ci și caracteristicile de ficțiune ale acestui univers, în care apar personaje istorice și culturale, extrase desigur din memoria sa. Este ca și cum el a trecut un prag și a

căzut într-o altă lume, spre un tărâm de ficțiune, din care nu-și mai poate reveni spontan. Totul se petrece la fel ca atunci când începi să citești o carte de basme fantastice sau ai coborât pe o scenă unde se joacă un teatru absurd; și ai adoptat cu convingere rolul unuia dintre personaje, urmând ca în continuare să trăiești după regulile de desfășurare a scenariului piesei. Și încă, fără a mai putea reveni apoi în sala de spectacol. Și pleca acasă, în mijlocul vieții cotidiene.

”Centralitatea” pe care o relevă atmosfera delirului primar este una care marchează însăși condiția delirantă propriuzisă, în care diverse personaje și evenimente gravitează în jurul pacientului, în cadrul unei lumi delirante ce se precipita asupra sa. Așa cum afirma un pacient:

” Simt că sunt placa turnantă a lumii în interiorul căreia forțe malefice pe care nu le pot preciza, influențează negativ evenimentele mondiale”.

## **Anexa la Capitolul 7**

### **Aspecte formale și fenomenologice ale percepției în cadrul prezentului trăit**

Psihopatologia percepției, ce aduce în dezbatere fenomenologia halucinațiilor, iluziilor, a distorsiunilor formal senzoriale a obiectelor percepute, a spațio temporalității ce le încadrează și a semnificațiilor, e provocatoare pentru înțelegerea psihismului specific omului. Lăsând la o parte istoricul filosofico psihologic al interpretării psihismului uman de-a lungul istoriei culturale – și a locului câștigat progresiv, de percepție această reprezentare – se cere avută în vedere și interferența dintre aspecte psihobiologice și cel specific antropologic în cadrul fenomenului perceptiv.

Perceperea psihobiologică e dependentă nu doar de informația direct solicitantă a ambianței imediate; ci și de structura organelor ce o receptează periferic și o transmit spre centrul de evaluare; și, în continuare, de competența interpretativă a acestui centru, rezultată din construcția sa genetică și memoria sa experiențială. În cazul perceptiv situațional al persoanelor umane, aceste condiții se păstrează. Se adaugă însă parametrii lumii umane cultural istorice, bazate pe

semnificabilitatea limbajului discursiv (vorbit și configurat vizual simbolic), precum și relaționările interpersonale și depozitarea informațiilor utilizabile în percepțiile actuale nu doar în propria memorie (biografico identitară) ci și în memoria colectivă, susținută de practicile instituționalizate ce operează cu norme și valori. În acest context, percepția senzorială ce sse desfășoară în cadrul situațiilor actuale, e integrată în fundalul procesualității acțiunilor și relaționărilor, a proiectelor realizatoare și a scenariilor de preocupări în care subiectul e constant cuprins. Decuparea actualității perceptibile, în care pot fi obținute informații senzoriale presupun o atenție selectivă, intențională și concentrată. Iar subiectul vine în întâmpinarea datelor perceptibile, și informaționale actuale, cu fondul său pulsant de cunoștințe și interese, disponibile în permanență pentru rememorarea și reprezentarea imaginativă.

Disfuncțiile psihopatologice în plan perceptiv, mai ales cele din aria psihozelor, se cer comentate în acest context.

Programele științifice care s-au derulat la sfârșitul sec. XX au evidențiat corelația strânsă dintre percepție și atenție, ultima înțeleasă ca orientare și focalizare selectivă a intenționalității biopsihice a subiectului pe un anumit sector al raportării senzorial spațiale la lume. Obținerea actuală a informațiilor trece deja de la nivel periferic, prin suta unui filtru atențional (f.a.i.) ce îndepărtează spontan informațiile neimportante (zgomotele), ce nu se aliniază direcției intenționale a subiectului perceptiv. Încă din anii 50 ai secolului trecut s-a sugerat că unele comportamente psihopatologice ar fi consecința incapacității psihismului de a integra o cantitate mare de informații pe unitatea de timp, datorită limitei cerebrale circumstanțiale de prelucrare a datelor. Astfel s-ar explica de ex. retragerea socială a schizofrenilor. În cazul deficitului f.a.i., subiectul ajunge să fie bombardat de aspecte informative neesențiale, care-l obosesc și dezorientează. El trebuie să facă un efort deliberat de atenție pentru a selecta, controla și ordona informația ce o receptează. Fapt ce determină un autocontrol perceptiv și acțional continuu, cu hiperreflexie.

Pe de altă parte studiile experimentale configuraționiste au ipostaziat o situație standard, ce are în vedere perceperea unui obiect izolat (e.g. un măr, un copac, o față umană, o bacterie privită la microscop); acestea pot fi postate uneori pe un suport, și au întotdeauna un fundal. (Chen.19). S-au avut în vedere și "obiecte perceptibile" aflate în derulare temporală, precum o melodie sau un mesaj comunicat; dar esența modelului a fost centrată pe obiectul fizic individual, identificabil prin formă (incluzând structura și proprietățile senzoriale) și semnificația sa. Odată obiectul identificat, atenția perceptivă se poate muta apoi, analitic, asupra părților componente sau asupra fundalului (mediului) înconjurător; iar ulterior asupra semnificațiilor sale conceptuale. Se păstra astfel și tradiția psihologiei filosofice multisekulare, pentru care lumea exterioară, plasată opozitiv față de subiectivitatea conștiinței, e populată cu obiecte ce reprezintă indivizi dotați cu determinații (calități), ca reprezentanți ai unor clase conceptuale.

Psihopatologia înregistrează tulburări perceptivă ce pot fi bine descrise de acest model configuraționist, de la cele care privesc perturbarea conturului obiectului și detașarea acestuia de fundal, la dificultatea sau eroarea de identificare a semnificației sale; sau privitoare la analiza părților sale componente. O tulburare aparte, descrisă în autismul developmental, a relevat deficiența unei funcții perceptivă integrative ce a fost denumită “coerența centrală perceptivă” (f.c.c.p.). Autistul nu mai e capabil să perceapă conturul semnificativ al unui obiect (de ex. fața mamei), atenția sa fiind absorbită de detalii ne semnificative. Deasemenea, el nu poate fi atent concomitent la obiect și la fundal, prezentând și o intoleranță la schimbarea configurației spațiale în care obiectul e plasat; și la apariția de informații noi. (Chen.34, Anexa Cap.2).

Deficitul funcției c.c.p. se poate corela cu cea a f.a.i conducând la o dezorganizare a universului perceptiv. Dar această deficiență se conjugă și cu o disfuncție a semnificațiilor.

Una din principalele tulburări perceptivă în psihoze constă în hipersemnificarea unor detalii (fenomenul “salience”). Exemple standard ar fi: detașarea de context și interpretarea suspicioasă al unui gest al partenerului, la persoane excesiv de geloase; sau, extragerea unui fragment din discursul cuiva, și interpretarea acestuia ca o aluzie răuvoitoare, de către suspiciosul paranoid. În aceste cazuri regăsim, în primă instanță, la fel ca și în autism, fixarea pe un detaliu și insuficiența sintezei ansamblului. Dar, la autist, avem un deficit de semnificare, detaliul respectiv fiind doar un punct de atracție atențional neinterpretat. Pe când în psihoză, hipersemnificarea detaliului reprezintă esențialul. De fapt, se instituie un cerc vicios între preocuparea excesivă a subiectului față de o temă identitar relațională și selectarea din oferta informațională a unor segmente, care susțin și potențază ideea respectivă. În același sens se pot produce iluzii patologice, configurații de tip “paraeidolic” și chiar halucinații funcționale. Suntem la nivelul unor desfășurări psihice în care subiectul receptează în suficientă măsură, informația situațională actuală; dar o filtrează atențional deformat, atât ca formă cât și ca semnificație. Patologia halucinozelor și cea a experiențelor de deprivare senzorială demonstrează că subiectul e capabil de neoproducții imaginativ formale complexe, la nivelul detaliilor perceptiv senzoriale. Iar experiența stărilor oneiroide indică și ea o capacitate neoprodusivă scenic dramatică, ce implică subiectul ca erou central. Pe lângă acestea, însăși fenomenologia percepției curente indică prezența unui “câmp perceptiv” dinamic, ce se sintetizează mereu, din diverse perspective.

În cazul simptomelor de referință din atmosfera delirantă a delirului primar, situația se schimbă în raport cu percepția hipersemnificată, în sensul că subiectul devine pasiv. El nu mai caută anumite informații care să îi întărească presupuzițiile. Ci se simte obiectivul unor mesaje ce-i sunt adresate; și care anunță o situație deosebită ce îl privește. Parametrii firești ai prezenței subiectului la

situație, care includ într-o amplă arhitectonică atât atitudinea perceptivă cât și cea activă a unui agent încorporat într-o persoană identitară, colapsează acum.

Modelul perceptiv promovat de configuraționism și amplificat de cognitivismul informațional, care pune accentul pe o lume constituită din obiecte individuale independente de subiect, contrastează cu fenomenologia perceptivă a vieții cotidiene, care pornește de la decuparea unor situații semnificante pe care subiectul le înțelege comprehensiv (con – prendere = a prinde împreună); și în care el se angajează, conturând prezentul său trăit. (Chen.19 b.). Situația semnificantă e abordată acum pornind de la baza sa biopsihică, a raportării individului la un mediu înconjurător spațial, în care interacționează cu alte obiecte, ființe și evenimente cu calități corporale (sensul lingvistic semnificativ al situației se suprapune peste aceasta). O situație semnificativă se poate impune, desigur, prin provocarea subiectului de către un agent exterior, de ex. printr-o amenințare de către un dușman. Sau prin solicitarea sa de către un eveniment neprevăzut, ce stimulează actualizarea unor disponibilități care să poziționeze atitudinal corespunzător subiectul. Dar configurarea situațiilor actuale e încadrată de angajarea subiectului în proiecte și preocupări fapt ce presupune raportarea la modele ale realității umane date, susținute de fundalul mnestic reprezentativ, din care situația actuală reprezintă doar o secvență. Această instanță a modelelor (meta)reprezentative în care subiectul se simte în permanență integrat, presupune o scenă în desfășurare cu o spațio-temporalitate proprie. Ce e probabil organizată după coordonatele unui spațiu informațional n-dimensional (de tip Riemannian), cu care percepția vizuo spațială a trăirilor actuale se conjugă.

Revenind la fenomenologia perceptivă a vieții cotidiene, se cere remarcat că alături de diverse obiecte și ființe biologice, sunt prezenți și alți oameni. Pe care acesta îi recunoaște ca similari cu sine; și ca având o individualitate determinată. Adultul normal recunoaște perceptiv starea emotivă a celuilalt, felul în care acesta percepe și evaluează situația dată, intențiile sale de moment, inclusiv cele față de sine (= procesul mentalizării - ToM ). În plus, în raport cu o categorie de oameni subiectul dezvoltă o relație de atașament; iar în intimitatea conviețuirii, cei doi intuiesc perceptiv ușor (“ghicesc”) opiniile și intențiile celuilalt; fapt ce reduce necesitatea unor argumentări lingvistice ample. În contextul acestei „familiarități intime” subiectul poate avea un „sentiment al prezenței” acestora; și aceasta, chiar și atunci când nimeni nu e prezent în ambianța perceptibilă imediat. Familiaritatea e o calitate perceptivă ce intervine și atunci când apar persoane noi. Față de cei identificați ca nefamiliari, străini, subiectul e mai reticent. În mod special el resimte calitatea privirii celuilalt, eventualul interes crescut sau atitudinea de supraveghere. Accentuarea anormală a acestui „sentiment de a fi privit” stă la baza trăirii senzitive de relație. Nefamiliaritatea poate fi resimțită nu doar în raport cu

alte persoane ci și cu ansamblul elementelor ambianței. Ea se manifestă în sd. de depersonalizare, derealizare și în atmosfera delirantă a delirului primar.

Relaționarea activă cu alții se realizează apoi prin scenarii de tip dramatic în care fiecare “joacă” un rol determinat; și a căror intrigă evoluează spre un deznodământ final. Și care se derulează tot pe o scenă (meta)reprezentatională, la fel ca și proiectele realizatoare de obicei are în vedere clarificarea unei situații identitare sau relaționale

Decuparea perceptivă a unei “situații actuale“ are în vedere la acest nivel o secvență nemijlocită a scenariului în care subiectul se simte implicat; sau, trăirea acestuia în plan imaginativ reprezentativ. Autoperceperea se impune acum nu doar în raport cu implicarea corporalității în acțiune, ca în cazul acțiunii realizatoare; ci mai ales în perspectiva situației de statut și rol pe care subiectul o are la momentul dat în scenariul relațional: de om admirat și iubit; sau disprețuit, înșelat, supravegheat, urmărit etc.

Semnificația noțiunii de „percepție”, la fel ca și cea de „atenție” are un înțeles larg în psihologia și psihopatologia antropologică, întinzându-se de la decuparea și focalizarea unui obiect izolat, la cea a unei scene la care subiectul participă, a evoluției unor relaționări interpersonale și la dimensiunea ce s-ar putea numi „autopeceptivă”. Percepția umană se cere înțeleasă în contextul relaționărilor intersubiective și a existenței persoanei într-un mediu lingvistic și cultural, ce cultivă abordarea unor „entități fictive”. Aspectul strict senzorial perceptiv moștenit din biologie, e în permanență contextualizat de acest cadru.



## CAPITOLUL 8

### DEPERSONALIZAREA ȘI TRANSPERSONALIZAREA PSIHOTICĂ

Subiectul identitar centrat de sinele său intențional, reflexiv și autogenerativ, se autopercepe continuu, cu un presentiment de centralitate în raport cu variatele situații problematice la care se raportează; și pe care le percepe și le rezolvă în lumea înconjurătoare. Această autopercepție de fond, identitară în esența sa, este implicită și de obicei preconștientă. Ea se relevă conștiinței reflexive doar parțial, în momente de efort deosebit, de deliberare și decizie importantă, de introspecție analitică, inspirație sau autoevaluare. Constanta autopercepție preconștientă de fond a sinelui susține și reglează sentimentul identității de sine, al apartenenței la sine a trăirilor, al autonomiei agenției proprii și a stimei de sine. Pe acest fundal, relaționarea cu situațiile lumii și cu ceilalți se realizează spontan și firesc, prin descifrarea semnificațiilor problematice și prin activarea unor variate disponibilități; urmată de deliberare, angajare și acțiuni responsabile.

Psihopatologia ne relevă și în această direcție aspecte particulare, trimițându-ne spre situații în care subiectul are sentimentul că identitatea sa a fost preluată de o alteritate (spirit sau zeu) așa cum întâlnim în tulburarea disociativă de transă cu posesiune. Sau, realizează o succesivă dedublare a identității sociale, ca în tulburarea disociativă de identitate. Apoi, în obsesionalitate subiectul resimte că e invadat de idei, reprezentări și intenții care nu-i aparțin intim, de care se desolidarizează și împotriva cărora luptă. Un aspect special se întâlnește în sindromul de depersonalizare/derealizare, în care subiectul resimte un sentiment de nerealitate și detașare în raport cu sine, o pierdere a identității cu sine, a apartenenței la sine a propriilor gânduri, sentimente, senzații, a propriei corporalități. El se simte detașat de sine, parcă „eu nu aș mai fi eu”. Iar lumea – în care se află și ceilalți - îi apare ca îndepărtată, nefirească, inconsistentă, „ca în



vis”, „ca la teatru”, parcă totul s-ar desfășura într-o „lume paralelă”. Astfel, dincolo de perturbările de percepție a unor obiecte și situații, în psihopatologie întâlnim și o distorsiune specifică de raportare la fundalul identitar și mundan, o dezacordare de aceste repere, care reprezintă cadrul și mediul în care percepțiile, reprezentările și acțiunile subiectului au loc. De aceea, sindromul de depersonalizare/derealizare reprezintă o deosebită provocare pentru psihologii și psihopatologii antropologici.

### **8.1. Tulburarea de depersonalizare/derealizare disociativă standard**

Una din tulburările aparent ciudate dar care e profund semnificativă pentru specificul uman al psihopatologiei, este sindromul de depersonalizare/derealizare (Sd.dep/der) care în prezent e plasat în clasa tulburărilor disociative. În DSM-5 el e caracterizat astfel:

**Depersonalizarea se referă, după DSM-5 la un sentiment (trăire, experiență) de nerealitate, detașare, nefamiliaritate sau de a fi un observator exterior față de propriile gânduri, sentimente, senzații, corp sau acțiune (se pot include alterări perceptivă, distorsiuni ale sensului timpului, nerealitatea sau absența sinelui, anestezia sau indiferența afectivă).**

**Derealizarea constă în experimentarea irealității și detașării de ambianță (e.g.indivizii și obiectele sunt experimentate ca nereale, ca în vis, ciudate, lipsite de viață sau distorsionate vizual).**

**În timpul experiențelor dep/der testarea realității rămâne intactă.**

**Sentimentul de nerealitate și detașare din depersonalizare se poate referi la întregul sine sau la părți ale acestuia. De ex. pacientul poate afirma: „eu nu mai sunt cineva...eu nu mai am sine...sunt nimeni....; știu că am sentimente dar nu le mai simt, gândurile mele îmi apar ca și cum nu ar fi ale mele...capul mi se pare umplut de bumbac...etc.” Poate fi resimțit un redus sentiment al agenției: subiectul se simte ca un robot, sau automat, ca ne mai având control asupra propriei vorbiri și asupra propriilor mișcări. Depersonalizarea se poate manifesta și ca o dedublare a psihismului prin care o parte observă și alta participă, exemplul cel mai pregnant fiind sentimentul de a fi în afara propriului corp sau a exista într-o lume paralelă. Apar experiențe corporale anormale, subiectul se poate simți ca în vis sau ca după un clopot de sticlă, în interiorul unui balon transparent etc. Ambianța pare**

**artificială, fără culoare și viață, uneori cu perceperea unor distorsiuni formale; modificări ale câmpului vizual, vedere aplatizată bidimensională sau cu exagerarea tridimensionalității, obiecte mai mari sau mai mici, culori șterse sau vii, sunete estompate sau stridente.**

**Sd.dep/der așa cum e descris el în prezent în Capitolul Tb.disociative din DSM-5 și ICD-11 ar putea fi considerat ca o variantă standard (sd.dep/der/st).**

Sd.dep/der a fost descris în sec.XIX de către Krishaber (1873) care îl caracteriza ca „o stare în care apare sentimentul sau senzația că gândurile și actele scapă persoanei sau îi devin străine”. Termenul s-a impus prin Dugas (1894, 2011) prin publicarea împreună cu Mautier a unei monografii cu titlul „La dépersonnalisation”. Definiția pe care acesta o avansează este: „o stare morbidă ce presupune pierderea sensului identității personale și sentimentul de straniețe sau irealitate a propriei lumi și a propriilor acțiuni”. Sindromul, - centrat deci pe sentimentul pierderii identității proprii, a apartenenței la sine (ownership) a propriului corp, a propriilor trăiri, a propriului trecut și a indicilor de identificare socială - a fost întâlnit ca manifestându-se în multe afecțiuni psihiatrice și neurologice (epilepsie, migrene) ; dar și în condiții de epuizare și stres. La începutul sec.XX expresia de „depersonalizare” a fost utilizată și în psihoze, de ex. de Jaspers, pentru caracterizarea patologiei schizofrenice. Mai precis, în sensul perturbării identității, coerenței limitelor și agenției eului conștient, la schizofrenii ce ajung în orbita psihotică prin dispoziția delirantă bazală. Opțiunea s-a menținut un timp, astfel încât Langfeldt a comentat diferența între „schizofrenia depersonalizantă” care dezorganizează structura persoanei; și, episoadele „schizofreniforme”. Varianta autist deficitară a schizofreniei a fost de asemenea mult timp etichetată ca „depersonalizare anonimantă și devitalizantă”. Totuși, sd.dep/der centrat pe sentimentul subiectiv al nefamiliarității în raport cu sine și ambianța, a fost în continuare descris și în afara psihozelor. El s-a dovedit a se manifesta mai ales în strânsă legătură cu stările anxioase (atac de panică), cu cele

Chenar 78

**O sinteză recentă a simptomatologiei sindromului de depersonalizare/derealizare (standard)**

**(după Sierra – 2009)**

- Asomatizarea: - Pierderea sentimentului de apartenență la sine a corporalității: corpul e resimțit parțial sau total străin; - Pierderea sentimentului că subiectul este agentul mișcărilor pe care le face, simțindu-se ca un automat (fără ca “agenția” să fie atribuită altora ca în SPR); - Sentimentul de a se simți în afara propriului corp (halucinațiile autoscopice sunt rare – 15%); - Autoobservarea detașată a propriului comportament, cu dedublarea eului: unul din euri acționează, celălalt observă; - Distorsiuni perceptivă corporale: părți ale corpului sunt resimțite mai mici sau mai mari, deformate, cu senzații particulare (“ca și cum capul ar fi mare și de vată”).

- Dezafectualiarea, indiferența emoțională: - Trăirile emotive nu mai sunt resimțite, subiectul nu mai simte plăcere sau bucurie (anhedonie), nu mai e impresionat de muzică, nu se mai bucură de prezența altora și nu mai rezonază afectiv împreună cu ei (deși poate înțelege starea lor afectivă); - Anestezia afectivă nu se manifestă corporal și nu e evidentă expresiv, ca în schizofrenie.

- Desinvestirea afectiv personală a reamintirilor și a imaginărilor ce-l implică pe pacient, pe care subiectul le trăiește detașat, fără semnificație personală: “îmi amintesc lucrurile ca și cum nu mi s-ar fi întâmplat mie”; - Alterarea sensului duratei : timpul apare ca lipsit de relief și direcție; pot apare fenomene de “djà vu”, “deja vecu”. Fenomenele se corelează nu doar cu tulburările temporale ale reamintirii ci și cu cele spațiale, corelate perturbării resimțirii corporalității;

- Sentimentul de “gol mental”, însoțit de dificultăți ale atenției, concentrării sintezei; subiectul trebuie să facă un efort conștient pentru a realiza diverse sarcini, fapt ce favorizează “hiperreflexia”. Minte apare “rece”, “înghețată”, opusă efervescenței entuziasmului creator.

- Derealizarea: sentimentul de a fi rupt de lumea înconjurătoare. Aceasta e resimțită “nereală”, îndepărtată, ca în vis, stranie, nefamiliară. Poate apare sentimentul că oamenii se comportă mecanic, ca păpușile. Se poate menționa un obstacol invizibil între subiect și lumea înconjurătoare, metafora clasică fiind: “mă simt ca sub un clopot de sticlă”.

depressive și obsesive. Ținându-se cont de faptul că în aceste cazuri e vorba de o tulburare în care „testarea realității” rămâne intactă, corelația Sindromului Dep/Der cu psihozele și procesualitatea schizofrenă a trecut, treptat, în plan secund. Odată cu înlocuirea conceptului de histerie prin cel de tulburări disociative și cu preluarea de către noul diagnostic a întregii moșteniri psihopatologice a bolii atribuită pe vremuri uterului, Sindromul Dep/Der a fost atașat acestei clase de tulburări, ca o

variantă aparte. Faptul se datorează în parte apropierea fenomenologiei sale de stările de înlocuire sau pierdere a identității sociale; dar și a celor din tranza cu posesiune. În paralel cu sintezele manualelor oficiale de diagnostic DSM III-5 și ICD-10-11, cercetătorii mai recentți au reluat însă și studiile privitoare la implicarea unor aspecte din Sindromul Dep/Der în apariția psihozelor.

Atât cu ocazia primului episod de psihoză; cât și a unor simptome specifice schizofreniei deficitare. Se susține astfel și o variantă „obiectivă”, a unei depersonalizări anonimizante. Pe baza simptomatologiei codificate în DSM-5, unii autori (Sierra, Berrios) au construit și o scală de evaluare ce se folosește în cercetări clinice.

Dintre simptomele ce caracterizează sindromul de depersonalizare-derealizare standard, câteva se cer subliniate. În primul rând este vorba de resimțirea unei speciale dedublări psihice (observator extern al propriului psihism și corp) prin care autopercepția nu mai e un fenomen spontan și implicit. Apoi, caracterul eminent subiectiv, autoreflexiv al acestei simptomatologii, neobservabil prin nici o manifestare comportamentală sau corporală. Faptul îl diferențiază net față de trăiri dispoziționale ca anxietatea și depresia; dar și de toate celelalte tulburări disociative. În plus, spre deosebire de acestea, nu se manifestă în acest sindrom nici-o trimitere relațională în sensul dependenței față de o alteritate de tip personalistic ca în cazul unor tulburări disociative. Alt aspect specific e sentimentul de detașare și nefamiliaritate cu lumea și cu sine, straniețe ce trimite până la un punct, spre alte condiții decât viața cotidiană, așa cum ar fi visul, realitatea ficțiunii literare sau a mitologiei religioase. Dispoziția de neimplicare și detașare, chiar de indiferență ce se instituie acum, diferă de toate celelalte dispoziții umane. E indicată astfel o zonă specială a psihismului uman care precede, ca o condiție de posibilitate, chiar aria stărilor dispoziționale în general.

Simptomatologia de nefamiliaritate și detașare față de propria existența identitară – față de propriul psihism, trecut, corp, propria lume – însoțită de

amorțeală afectivă și un gol interior, apare la prima vedere ca necorelată cu trăirile uzuale ale psihismului uman. Totuși, dacă privim mai atent istoria omului prin raportarea sa la transcendența sacrală, pot fi întâlnite cel puțin două aspecte sugestive. Pe de o parte, sentimentul de vid interior și plictis, de neaderență la lume și sine, ce caracteriza starea de „acedie”, a călugărilor și misticilor, ce se simțeau părăsiți de Dumnezeu lor; și care sunt reactualizate în lumea modernă prin sentimentul de spleen și de plictis. Pe de altă parte, în istoria religiilor, în perioada în care s-a afirmat monoteismul iudeo creștin, acesta a avut de înfruntat multiplele și viguroasele secte ale gnosticismului, care criticau Vechiul Testament ca bazându-se pe creația lumii de către un Demiurg inferior. Pe când, „Iluminații” gnostici se revendicau de la „adevăratul Dumnezeu”, de la Deitatea cea bună și absolută, ei considerându-se „străini”, alungați în această lume de care se simțeau detașați. Lumea terestră le apărea acestora ca nefamiliară. Și ei se dedicau reîntoarcerii în patria lor spirituală adevărată.

Astfel de trimiteri la dimensiunea spiritual religioasă a psihismului uman nu trebuie considerate forțate, dat fiind faptul că tocmai în cadrul tulburărilor disociative e prezentă categoria „tulburări de transă cu posesiune” (de spirite sau zei). Dimensiunea transcendent sacrală este, de altfel, constitutivă pentru psihismul uman, însoțindu-l zeci de mii de ani. Iar în raport cu o astfel de lungă perioadă, reducerea sau metamorfoza fenomenului religios în societatea occidentală din ultimele câteva secole reprezintă o perioadă scurtă.

Chenar 79

**O sinteză semiologică clasică asupra depersonalizării din 1961, Follin S., Azoulay J., La dépersonnalisation, EMC 37125 A 30, 11-1961**

1. E conservată conștiința de sine și tulburarea se exprimă prin alterarea sentimentului de a fi și a avea un corp, de a fi o persoană care are o identitate și percepe lumea ca apropiată, familiară, reală, ca mediul actelor prin care subiectul se simte implicat și în care se realizează. Descrierea clinică insistă asupra a 4 aspecte:

1. Sentimentul de alterare a eului psihic: sentiment de straniețate și schimbare; îndoiala asupra identității, faptul de a nu se recunoaște, vid interior, indecizie în acțiuni, pierderea voinței, automatism, irealitatea amintirilor și a activității intelectuale; sentiment de transformare și dispariție a afectivității, devalorizare, neant, vid, dedublare interioară; sentimentul dedublării poate ajunge la heautoscopie și uneori se apropie de automatismul mental; vidul interior se apropie de o “des-animare”, de scăderea intensității vieții.

2. Sentimentul de alterare a eului corporal: se exprimă prin angoasa de a avea un corp transformat, straniu, ireal, care nu-i mai aparține, cu limite vagi, pe cale de a se aneantiza, ca și cum din el s-ar retrage toată viața; spre deosebire de sentimentul de imortalitate din sd.Cotard, în depersonalizare subiectul e angoasat de posibilitatea de a dispărea; pot fi prezente cene-stopatii dar mai ales senzații stranii, de modificare a densității corporalității de devitalizare, de a fi imaterial; sunt resimțite modificări ale limitelor corpului, sentimentul de a fi în afara corpului, schimbarea vizează întregul corp dar mai ales fața (fața nu mai e cum era altădată).

3. Sentimentul de derealizare: lumea apare ca străină, fără realitate (“obiectele nu sunt schimbate, eu sunt cel care le vede dintr-o altă lume”, “mă învăluie o atmosferă, un strat, ceva ce mă izolează de lumea exterioară”). Persoanele sunt și ele vizate ca bizare, ca marionete, ca în vis, cu fețele deformate: “noi suntem toți niște morți vii”; obiectele par să-și piardă raportul reciproc, apare sentimentul de dezorientare, de a “fi pierdut în spațiu”. Foarte frecvent e prezentă o modificare a percepției timpului; sentimentul subiectului că timpul nu mai curge, că el nu mai trăiește în ritmul lumii ci într-un mare vid, apar fenomene de “déjà vu” și “jamais vu”. Un pacient afirmă: “trec ca o umbră într-o lume de aparențe populată de fantome.

4. Autoanaliza caracterizează efortul disperat a depersonalizatului de a se regăsi pe sine, de a rezolva sentimentul de straniețate a corpului și realității, a îndoielii. Ea se concretizează deseori în jurnale intime. Autoanaliza întreține cu depersonalizarea un cerc vicios, accentuând-o. Insatisfăcut de realitate, subiectul apelează la autoanaliză dar nu găsește repere precise; el se exprimă prin metafore, prin expresia: “ca și cum”. Autoanaliza întreține rumații mentale: scrupule, interogații, îndoieli, obsesii; ea vizează starea de irealitate depersonalizantă.

În concluzia părții descriptive a articolului, autorii comentează că starea de depersonalizare poate evolua spre un delir constituit, caz în care se instituie o mutație, starea de perplexitate anxioasă dispărând, făcând loc certitudinii delirante. “Luată în totalitatea mișcării sale evolutive, depersonalizarea apare clinic a un process ce tinde spre delir” (sublinierea autorilor).

Autorii mai comentează: Depersonalizarea e în mod fundamental o criză, un moment evolutiv a unei dezagregări a conștiinței și un mod de a delira (în sens etimologic – de a sări de pe cale, drum...) “Dispoziția delirantă se suprapune cu un mod de depersonalizare..limita între depersonalizare se lămurește în sens evolutiv. Procesul depersonalizării reprezintă astfel articularea dintre nevroză și psihoză, se plasează în însăși centrul psihopatologiei psihotice delirante (subacute, oneiroide, după Ey) la frontiera unei psihopatologii a conștiinței și a personalității. (Sublinierea autorilor).

## **8.2. Sindromul Dep/Der st. în afara psihopatologiei psihotice; fragilitatea autonomiei agenției și identității în această arie**

Sindromul de depersonalizare derealizare (standard) vizează , deci, câteva aspecte esențiale ale autopercepției psihismului uman, așa cum sunt sentimentul de identitate și autonomie a agenției sinelui, sentimentul de originare în sine și de apartenența la sine a propriilor gânduri, intenții și acțiuni. De aceea, deși într-o anumită formă standard el poate fi circumscris în clasa tulburărilor disociative, problematica pe care o ridică se răspândește în întreaga psihopatologie. De fapt așa au stat lucrurile și istoric, acest sindrom fiind comentat pe parcursul timpului în corelație cu multiple tulburări nepsihotice și psihotice. Iar în variatele sale descrieri, Sindromul Dep/Der a cuprins și simptome de interferență cu alte sindroame. Ceea ce în prezent e delimitat în DSM-5 și ICD-11 ca Sindrom Dep/Der disociativ, poate fi considerat ca vârful unui eisberg care în profunzime se îndreaptă în multiple direcții. Iar un fapt important e acela ca el transgresează și limitele orbitei psihotiforme.

Sindromul Dep/Der st. a fost identificat în tulburări neurologice ca epilepsia și migrena. Dar și pur și simplu în stări de epuizare și emoții puternice. Manifestarea sa clinică în apropierea vieții cotidiene și în afara marilor sindroame psihopatologice, argumentează specificul și independența sa sindromatică, de tip modular; fapt ce provoacă căutarea unui topos de inserție a sa în modalitățile de manifestare ale psihismului normal, adaptativ. Iar caracteristicile dispoziționale de neaderență și neimplicare în ambianță de observare distantă și neutră, solicită clarificarea poziționării sale în raport cu patologia stărilor dispoziționale internalizate și externalizate.

Cea mai frecventă comorbiditate a Sindromului Dep/Der st. e cea cu tulburări dispoziționale internalizate, anxioase și depresive. El apare des în conjuncție cu atacurile de panică, deci cu trăirea bruscă a sentimentului morții

imimente și contă în instituirea unei stări de straniețe, nefamiliaritate, inconsistență a lumii din jur; dar și a propriei existente, pe care subiectul o resimte ca precipitându-se spre neant. În contextul anxios al atacului de panică, Sindromul Dep/Der st. își pierde parțial caracteristica sa de plasare a pacientului pe poziția de observator calm și neutru a stării proprii, el fiind angrenat acum în sentimentul general de prăbușire în abis.

Când Sindromul Dep/Der st. se conjugă cu depresia – care orientează spre orizontul morții, al inexistenței - subiectul e trist, fără speranță; dar nu se repliază efectiv pe trecut la fel ca în depresia majoră accentuată. Detașarea de lumea prezentă și anhedonia, simptome comune celor două sindroame, se potențează acum reciproc. Subiectul e chinuit mai ales de „amorțeala” sa afectivă, de faptul că nu-și poate trăi efectiv suferința, nu și-o poate „consuma”, rămânând „împietrit”. El ”suferă de faptul că nu poate suferi” (nu poate plânge, nu poate fi disperat etc.).

Într-o altă direcție, dispoziția detașată, neimplicată, ce e considerată specifică Sindromului Dep/Der st. se cere comentată în raport cu unele excentricități dispoziționale ce se întâlnesc în tulburările externalizate, de tipul anemotivității din tulburările de conduită și a psihopatiei (=restricția afectivității). Mai ales că, așa cum s-a semnalat, abordarea triarhică a acesteia din urmă diferențiază cel puțin două variante ale acesteia (în perspectiva) poziționării atitudinale a subiectului; cea a „îndrăznelii” (baldness) și cea a anafectivității (răcelii afective) crude-dinU.C.–

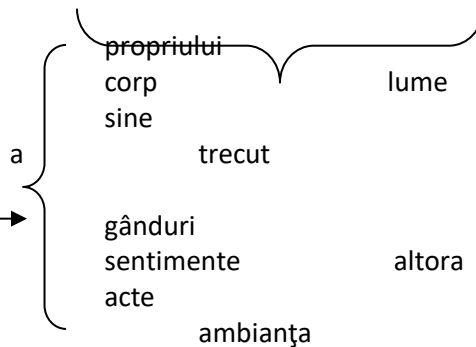


Chenar 80

**Coordonate ale sd. dep/der standard**Subiectul se simte

un observator  
constatator  
contemplator  
(analitic)

detașat  
neimplicat  
neangajat  
(extern)



se simte  
în afara propriului  
corp  
într-o lume  
paralelă

neaderent  
neparticipant  
nerezonant  
anesteziat  
afectiv  
gol interior

ce-i apar ca  
nefamiare  
străine  
nereale  
îndepărtate  
ciudate  
ca în vis  
de neatins

Se poate simți ca un automat  
ca după un clopot de sticlă  
că nu mai există

**trăire strict subiectivă**

Chenar 70

**Coordonate ale sd. disociativ de identitate/transă**Subiectul resimte, constant (marginal conștient):

că propria identitate și agenție e substituită printr-o altă identitate și agenție  
care e cea care generează manifestările sale  
(vorbirea, acțiuni, deplasări, comportament, trăiri corporale)

el se simte substituit, dar se supune acestei condiții, nu e în dezacord, egodiston, față de noua identitate

Deficiențe ale autonomiei agenției:

- Persoana dependentă: dorește și pretinde ca altul să decidă în locul său în ceea ce privește atitudinile, opțiunile, acțiunile, ideile sale
- Dependența psihică se poate extinde, dincolo de domeniul relațional interpersonal și spre: - dependența de substanțe psihoactive; - dependența de anumite comportamente. Aceste aspecte se îndepărtează de problematica tb. disociative.

(„meaningless”). O astfel de anafectivitate, însoțită de un autocontrol calculat și manipulativ, ne poate trimite însă și spre poziționarea dispozițională a savantului de laborator, ce se concentrează impasibil și detașat pe observarea derulării experiențelor sale. În aceste cazuri e vorba însă doar de o intersecție parțială, sectorială (simptomatică), pentru că în joc nu e pusă însăși existența „identității subiectului”. În schimb, problema depersonalizării re apare în prim plan dacă avem în vedere și dispoziția apatică din schizofrenia autist deficitară – în care subiectul e indiferent atât față de alții, lume cât și față de sine.

Sindromul Dep/Der st. care e încadrat în prezent în zona ne-psihotică a tulburărilor disociative, se caracterizează și printr-o evidentă dedublare a psihismului. Subiectul se simte ca un observator extern al propriei persoane: a propriului corp, trecut, prezent etc., plasat parcă într-o lume paralelă. Dar, dedublarea psihismului este un aspect central nu doar pentru tulburările disociative ci și pentru cele obsesionale. Disfuncția deficitară a dedublării psihice se manifestă însă diferit în cele două zone. În aria histero-disociativă dedublarea se exprimă predominant în aria identității sociale a persoanei; iar în patologia din jurul TOC în domeniul controlului autonomiei agenției.

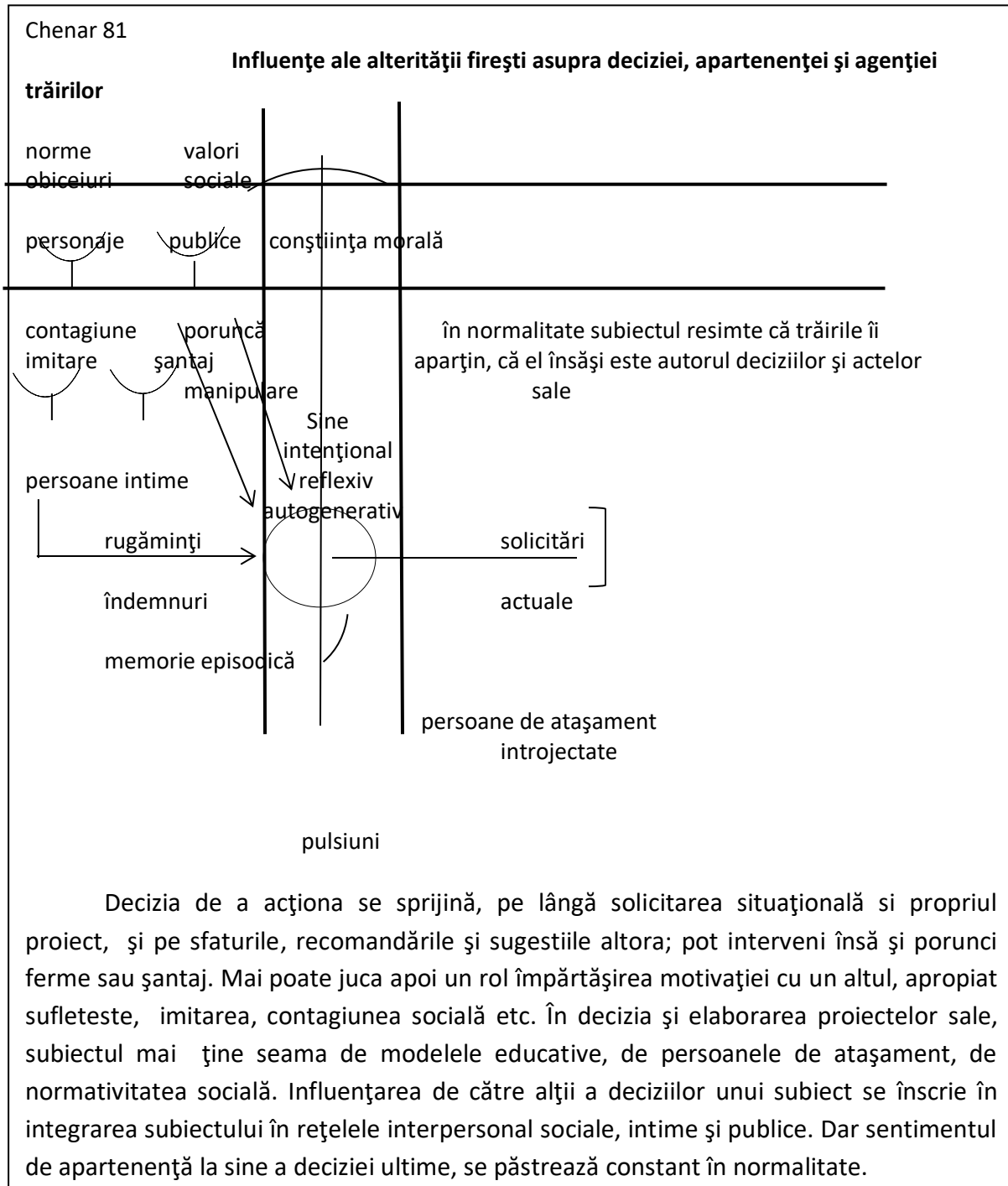
Printre variantele tulburării disociative întâlnim atât dubla (sau multipla) identitate (personalitate) cât și stările de transă cu posesiune, în care subiectul resimte că identitatea și agenția sa au fost preluate și înlocuite de o alteritate de tip personalist (inclusiv spirit sau zeu). În ambele situații, propria identitate personalistică e resimțită ca „alterizată” la un nivel global, holistic și exterior; perspectivă diferită de cea autoanalitic-reflexivă a obsesivului ce-și resimte dedublata din interior instanța agenției. De fapt și vigilitatea e redusă sau dedublata în patologia disociativă, în raport cu hiperluciditatea autoanalitică din obsesionalitate.

Se mai poate remarca faptul că, modelul trăirii preluării identității din transă, e diferit și de autoplasarea subiectului, în calitate de personaj pe o scenă imaginativ culturală, în cadrul unui scenariu aberant, așa cum se petrece în delir.

Sindromul Dep/Der, care e plasat în prezent printre tulburările disociative, are o particularitate în raport cu toate celelalte tulburări din această clasă. Și anume, replierea reflexivă asupra propriei persoane și situații; care, chiar dacă e de tip perceptiv constatativ, nu se mai întâlnește în celelalte stări disociative. Faptul trimite spre intersectarea Sindromului Dep/Der cu patologia obsesională.

Dar, preluarea propriei identități a persoanei de către una străină este și calea pe care o urmează metamorfoza sa psihotică într-un personaj aberant, odată cu instalarea delirului. Sindromul Dep/Der. st. nu are însă caracteristicile „dispoziției delirante procesuale”; și nici fascinația tensionată a prevalențialului tematic cvasidelirant. În acest sindrom plasat în clasa tulburărilor disociative, subiectul e doar atent la autoobservarea lucidă a alterării propriei identități. Autoobservarea reflexivă vigilență din Sindromul Dep/Der. st. „diferită de toate celelalte tulburări disociative, se apropie însă de o condiție specifică patologiei obsesionale.

De fapt, la începutul sec. XX când Sindromul Dep/Der era recent identificat și descris neavând încă o plasare precisă în sistemul nosologic nosografic psihiatric, el a fost frecvent comentat în jurul patologiei OC. Așa stăteau lucrurile în cadrul „psihasteniei” propusă de Janet, care includea simptome astenice, anxioase fobice, depresive, obsesiv compulsive și de depersonalizare derealizare. Janet punea la baza întregii acestei patologii o „scădere a tensiunii psihice” a persoanei orientată spre un comportament adaptativ. Fapt ce ducea la o insuficientă sinteză a „funcției a realului”. Ulterior, pe întreg parcursul sec. XX, elemente ale sd.dep/der. au fost constant identificate alături de simptomatologia TOC; mai ales în varianta psihastenă a acesteia, însoțită de îndoială funciară, indecizie, ambivalență, verificări continui, rumații. S-a degajat treptat un aspect mai nuanțat al



simptomatologiei dep/der în acest context, ce a fost etichetat ca „sentiment de incompletitudine” (sentiment straniu al neterminatului”). În prezent acesta e comentat ca „impresie a pacientului că lucrurile nu sunt (așezate) chiar cum trebuie (la locul lor) („all right”)”.

Ne plasăm acum, cu această simptomatologie de tip depersonalizant – derealizant din patologia obsesională, într-o zonă intermediară între simptomatologia caracteristică TOC și cea a tulburării de personalitate OC; care e caracterizată prin devoțiune exagerată față de muncă, perfecționism, hipercontrol, dificultate de colaborare (ținerea celorlalți la distanță, cu deficit de empatie și atașament). Această TPOC, în varianta sa nehotărâtă și hiperanalitică „psihastenă”, are o înclinație crescută spre introspecție și notații în jurnale intime. (Iar la baza studierii mai amănunțite a Sindromului Dep/Der. st. au stat și studierea unor astfel de jurnale, ca cel a lui Amiel, în care e descris sentimentul de gol, de vid interior, de plictis). Observații clasice asupra obsesivilor efectuate de clinicienii din sec.XX au remarcat faptul că propensiunea acestora pentru muncă se corelează cu sentimentul de vid interior pe care-l resimt de îndată ce nu mai sunt angrenați într-o activitate; fapt ce a fost etichetat ca „depersonalizare de fundal”. Sentimentul de vid interior e similar cu ceea ce în Sindromul Dep/Der. st. e etichetat ca blocare sau „amorțeală” afectivă, constând în lipsa de atașament, implicare și rezonare în raport cu datele situaționale ale lumii, ce devin lipsite de atracție, îndepărtate. Această neadeziune la lume trăită neplăcut, se exprimă în varianta obsesiv hipercontrolată a depersonalizării, ca și chin al plictisului. Trăire dispozițională ce se conjugă uneori cu cea depresivă, ducând la starea descrisă în sec.XIX de englezi ca „spleen”.

Revenind la dedublarea psihică din patologia OC se cere subliniat că aceasta vizează nu atât identitatea subiectului – ca în tulburările disociative – cât autonomia agenției sale. Subiectul resimte că unele gânduri, intenții, reprezentări și acte pe care le trăiește, i se impun fără acceptul său. Iar el se detașează de acestea, luptând împotriva lor, fără succes. Dată fiind poziționarea proactivă a persoanelor cu simptome TOC, acestea nu se mai resimt însă ca „observatori externi și străini” ai propriei persoane. Ei se percep dedublați, nu în perspectivă perceptiv holistă a identității, ci în cea acțională, a agenției proprii. Obsesivul diferențiază între o zonă

a agenției pe care o controlează în continuare și o alta care, deși e în continuare a sa, nu mai e sub controlul agenției sale. Aceasta din urmă nu e însă resimțită ca fiind nici sub controlul unei alterități ca în cazul transei cu posesiune. Ci, pur și simplu „se manifestă” din interioritatea sa, ca printr-un determinism anonim, suprapersonal.

Pornind de la simptomatologia TOC, putem identifica - în psihopatologia nepsihotică - în direcția problematizării agenției, zone de tranziție spre patologia impulsiv explozivă și a mișcărilor involuntare. Sau spre cea impulsiv addictivă (joc de noroc patologic, unele addicții de substanțe sau activități). Iar dacă avem în vedere și varianta psihastenă a TOC în care se exprimă îndoiala, indecizia și ambivalența, se deschide un continuum în direcția patologiei abulice. Nivelul maxim al acesteia în aria prepsihotică poate fi considerat cel din TP dependentă. Adică cazul persoanelor ce nu pot lua decizii singure, chiar și în probleme minore, fără sfatul altor persoane care să-și asume responsabilitățile; iar dacă pierde tutela unei persoane protectoare, subiectul caută imediat sprijin în altul. Cazul personalității dependente este însă unul extrem și aparte, cu care personalitatea obsesională se poate conecta, eventual, prin variantele grave de TP psihastenă. Specific pentru patologia obsesională în ansamblu e faptul că subiectul se ține la distanță de alteritate. El nu colaborează cu ceilalți; și chiar în cazul psihastenilor, tendința predominantă e cea la indecizie, ambivalență și ambitendență. Dar în prelungirea patologiei abulice în una psihotică a schizofreniei deficitare, se întâlnește o pasivitate globală față de xenopatie.

Panorama tulburărilor agenției menționate mai sus, este instructivă pentru a înțelege treptele prin care psihopatologia se apropie și pătrunde în orbita psihotiformă. Analiza acestei zone de psihopatologie trebuie însă să țină cont de faptul că motivația și decizia de acțiune a oricărui subiect implică, aproape permanent, și un determinism suprapersonal. Adică, atât alte persoane ce intervin în diverse modalități asupra subiectului (Chenar...); cât și persoanele ce se află

introjectate în psihismul său. Sau, instanța de tip personalizat pe care el o resimte ca invadând decizia și acțiunea sa.

### **8.3. Sd. dep/der pătrunzând în orbita psihotiformă.**

Din istoria conceptului de depersonalizare a sec.XX merită atenție un episod petrecut la Primul Congres Mondial de Psihiatrie ce a avut loc la Paris pe tema delirului, în 1950. Unul din referatele prezentate atunci, cel al lui Follin și Kropf susținea ideea că Sindromul Dep/Der. st poate fi și un „moment” în procesul psihopatologic al evoluției spre delir; caz în care se produce o mutație dinspre identitatea persoanei normale spre o nouă identitate, delirantă. Dar acest proces nu ocolește relaționarea cu alții – ca în obsesionalitate – ci o traversează dramatic, prin teritoriul paranoidiei. Desfășurarea delirului primar comentată de Jaspers, însoțită de sentimentul de straniețe, ar consta tocmai dintr-un astfel de proces de „depersonalizare – transpersonalizare” a nucleului identitar al persoanei, conducând spre o „cădere” pe orbita unei noi identități, delirante. Sindromul Dep/Der. st ar funcționa ca intermediar între psihoză și nevroză.

Inițial psihopatologii nu au acordat atenție acestei idei. Totuși, Sindromul Dep/Der. st a fost frecvent întâlnit în psihozele scurte (bufeuri delirante) alături de majoritatea tulburărilor psihotice pozitive și de cele dispoziționale. Cercetări mai recente au indicat că simptome din aria deficitar depersonalizantă, se manifestă și la subiecți vulnerabili pentru schizofrenie sau în stări prodromale ale bolii.

După cum s-a amintit, în perioada de la începutul sec.XX conceptul de depersonalizare a fost comentat în psihoze de către Jaspers, care considera chiar că tulburarea de bază a schizofreniei constă din patologia eului conștient, perturbat în identitatea, coerența, limitele și centrarea sa prin propria-i agenție. Înțelegerea psihismului specific persoanei umane, centrat de sinele eului conștient, era însă destul de schematică în acea perioadă. Înțelegerea mai diferențiată a acestuia ce s-a realizat pe parcurs, permite și o abordare mai nuanțată a psihopatologiei corelată

Sindromul Dep/Der. st, inclusiv în perspectivă psihotică. Iar această înțelegere include o raportare complexă la alteritatea personologică și a instanței personajelor.

Pe parcursul sec.XX s-au impus treptat cercetările psihanalitice care sugerează că în structura psihismului personal sunt asimilate, introjectate, imagourile părinților. Teoria atașamentului, ce a derivat din psihologia analitică a eului și din studiile etologice, a dat un suport experimental acestei ipoteze. Psihologia relațiilor interpersonale ce s-a dezvoltat apoi, a indicat că raportarea nemijlocită la alții, prezenți alături de subiect în mijlocul vieții cotidiene se realizează traversând filtrul structurii intrapsihice de relaționare cu ceilalți, după o diagramă intim/public. Această structură motivațional interpersonală inconștientă sau preconștientă, face parte din însăși identitatea biografico caracterială a psihismului persoanei; înrădăcinată fiind în propriul corp. Iar nucleul autonomiei agenției persoanei se reliefează pe acest fundal, implicând relaționarea.

Către sfârșitul sec.XX s-a dezvoltat apoi, la conjuncția dintre psihologia cognitivă și cea fenomenologică, un anumit înțeles al sinelui intențional și reflexiv al persoanei umane. Sine autogenerativ, coerent și delimitat, ce stă la baza identității sale biografico-caracteriale, pe care o centreează; dar și la baza generativității și realizărilor structurate ale agenției sale. La nivelul acestui „sine nuclear” se realizează sinteza dintre: - pe de o parte, propriile idei și tendințe; - iar pe de altă parte, opiniile, expectațiile și proiectele împărtășite cu cei apropiați sufletește; sau sugerate de aceștia, cu care se simte în rezonanța psihică. Coerența sinelui integrează, efectiv, imagourile introjectate ale persoanelor de atașament în propria dimensiune identitară. Iar prin deschiderea persoanei spre universul socio cultural din care face parte, pe coordonatele sinelui se dezvoltă și idealul de sine, identificarea cu modele educative, autoproiectarea sa imaginativă în ipostaza de personaj al unor scenarii fictive. Precum și autoevaluarea. Pentru a realiza constant o astfel de sinteză se cere acceptată o funcție a „coerenței centrale” specifică sinelui, care articulează toate elementele constitutive în structura sa identitară.



Doar astfel, trăirile girate de sine pot asigura subiectului sentimentul că ele- fac parte din propria identitate; că ele sunt „ale sale” („meiness”); și că el însuși este autorul lor. Acest proces bazal de sinteză pare a fi perturbat în schizofrenie. În primul rând prin relaxarea coerenței centrale și delimitante a sinelui identitar, care personalizează asertiv trăirile. Iar în al doilea rând, printr-o relaxare a articulării intrapsihice între zona intimă a secretului personal – care e împărtășită doar cu persoanele apropiate – și zona publică, prin care subiectul se oferă, controlat, persoanelor din agora.

Cercetări din ultimul timp au sondat aceste probleme.

Mare parte din sec.XX schizofrenia a fost studiată prin episoadele sale clinice și prin cazurile cronice internate timp îndelungat în azile. În a doua jumătate a veacului a crescut însă interesul pentru evoluția longitudinală a tulburării schizofrene în afara instituțiilor psihiatrice. Prin astfel de cercetări s-a evidențiat atât eventualitatea unei evoluții favorabile, cât și particularități psihice ale persoanelor predispuse și a stărilor prodromale. Unul din autorii unor astfel de studii, elevul lui Schneider, Huber din Bonn, a întreprins studii sistematice asupra cazurilor cu risc crescut pentru schizofrenie, dezvoltând o amănunțită scală de evaluare a unor simptome subiective subclinice (BSABS). Grupajul „tulburărilor bazale” pe care le-a identificat pe această cale, se referă în mare măsură la perturbări ale cursului ideativ: interferența gândirii, ideație intruzivă, gânduri pe care subiectul le resimte că „nu sunt ale sale”, pe care „nu le personalizează”. Sau, un blocaj, o oprire și un gol al gândirii, fapt pe care pacientul îl constată ca un fenomen ce „i se întâmplă”, fără ca inițiativa să-i aparțină. Și la fel, subiecții pot sesiza deficiențe ale inițiativei gândirii, „mișcări automate” sau „blocaj motor”, cu sentimentul că motricitatea le scapă de sub controlul voluntar. Fundalul psihic general e de anergie, astenie cu dificultate de concentrare și sintetizare a gândurilor; ce uneori pot izbucni împrăștiat (mentism). Astfel de simptome, care sunt resimțite ca nefiind inițiate de sine dar nici de altcineva, sunt trăite într-o

dispoziție detașată, deși ușor îngrijorată. Ele sunt însoțite de eforturi de concentrare pentru a realiza sinteza necesară performanțelor vieții cotidiene. Deficitul astfel sesizat, poate fi considerat ca o avantcameră atât pentru dezorganizarea psihică cât și pentru sd. de transparență/influență.

Cercetările școlii din Bonn au fost continuate la Copenhaga cu Scala EASE (Parnas), din perspectiva unei doctrine care considera că „tulburarea bazală” din schizofrenie (în forma dezorganizant deficitară) constă dintr-o specifică patologie a insuficienței sinelui, dublată de hiperreflexivitate. Pe același tip de cazuistică ca studiile din Bonn a persoanelor vulnerabile pentru schizofrenie, s-au identificat de asemenea, fenomene ca interferența și presiunea gândirii; se poate ajunge până la ideație intruzivă și stări de mentism, în care subiectul resimte cum o parte din gândurile sale se desfășoară dezordonat, în afara controlului său, ca și gânduri „anonime”, nepersonalizate. Alte tulburări formale ale gândirii constau în: blocajul, ecoul și spațializarea gândirii. În ansamblu pacientul alunecă spre o anonimizare a gândirii, resimțind că nu mai are gânduri, opinii și intenții proprii, personalizate. E prezent sentimentul unui deficit de centrare, delimitare și afirmare, de asertare sintetică a sinelui. Trăire dublată de o hiperreflexie primară, paralizantă.

Studiile menționate mai sus au avut în vedere o cazuistică care, deși era orientată spre schizofrenie, avea o propensiunea redusă spre relaționarea interpersonală. În plus, însăși structura instrumentelor de investigare, preselecta cazuri predominant orientate în direcția unei schizofrenii simple, dezorganizate, negative. Dar, în psihoză, se întâlnește frecvent și o perturbare a raportării interpersonale mai ales prin delirul paranoid, în care atitudinea ostilă a altora e dublată de sentimentul unei supravegheri continue, inclusiv de la distanță. Această direcție a distorsiunii trăirilor relaționale prin atitudini ostil obiectivante și supraveghere, poate depăși de la un anumit punct chiar și pragul limitelor sinelui. Se petrece acum o prăbușire a structurii de raportare intrapsihică pe diagrama intim/public. Subiectul ajunge să resimtă că persoane străine pot pătrunde până la

nivelul intimității gândurilor și deciziilor sale, cunoscându-le și manipulându-le. În aceste cazuri, ideea intruzivă, mentismul, barajul și golul mintal, mișcările involuntare, etc., nu mai sunt resimțite ca spontane și anonime – așa cum opiniau pacienții din studiile efectuate la Bonn și Copenhag. Ci ele sunt atribuite altora, unor instanțe xenopatice. Astfel se manifestă sd. de transparență/influență.

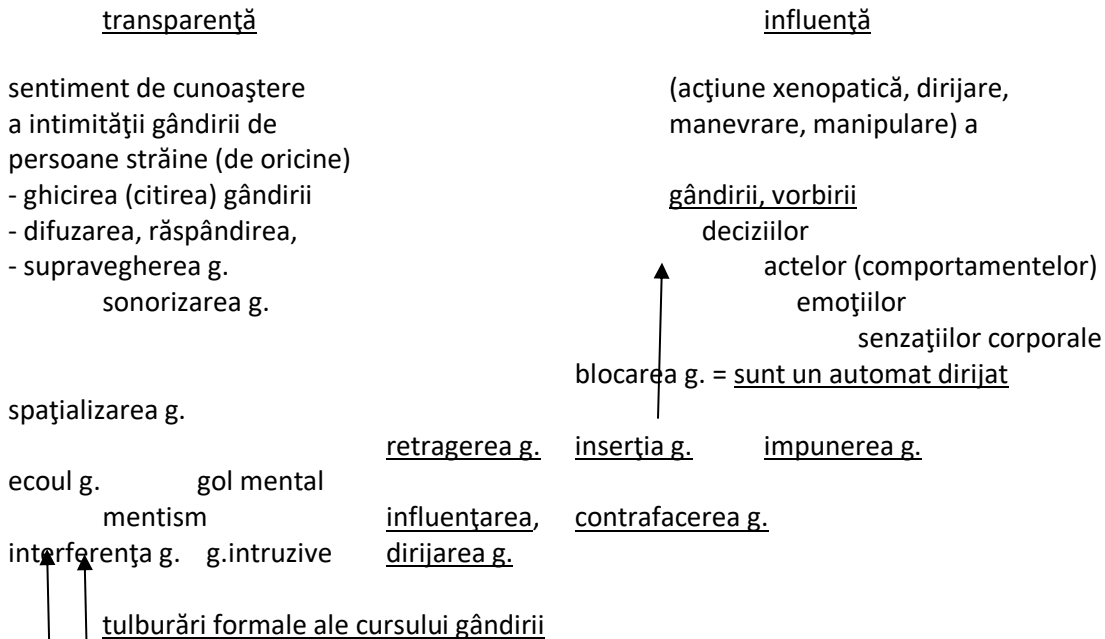
**Sd. de transparență/influență** constă în sentimentul subiectului delirant că intimitatea sinelui său – gândurile, deciziile, trăirile emotive, senzațiile corporale – sunt cunoscute și manipulate de ființe exterioare. Se prăbușește în aceste cazuri structura intrapsihică care asigură pentru orice subiect, printr-un fel de selecție decizională spontană și preconștientă, ce anume din mintea sa el împărtășește cu alții și ce rămâne doar sub agenția și controlul său intim.(Chenar ). Odată cu acest sindrom suntem plasați chiar în mijlocul procesualității psihismului care transformă persoana normală în personaj delirant.

Simptomele de transparență se referă la sentimentul cunoașterii de către alții (sau de oricine) a gândurilor intime, prin intuire, „ghicire”, „citire”, „răspândire” (iradiere, difuzare, împrăștiere), prin „sonorizare” (în urma spațializării, a exteriorizării lor) prin „supraveghere” (supervizare îndeaproape).

Simptomele de influență vizează în primă instanță gândirea (și vorbirea): blocarea gândirii (g); retragerea g. (rezultând un gol mental cu reluarea gândirii în altă direcție); inserția, impunerea g. (sunt introduse în cap, în minte, gânduri noi, străine, care nu aparțin subiectului); influențarea, dirijarea, contrafacerea g. Influențele din exterior (xenopatice) pot fi resimțite și asupra inițierii acțiunii și deciziilor, a mișcărilor (subiectul se simte ca un automat dirijat), a emoțiilor (ce-i pot apare ca impuse), a senzațiilor corporale (pasivitate somatică).

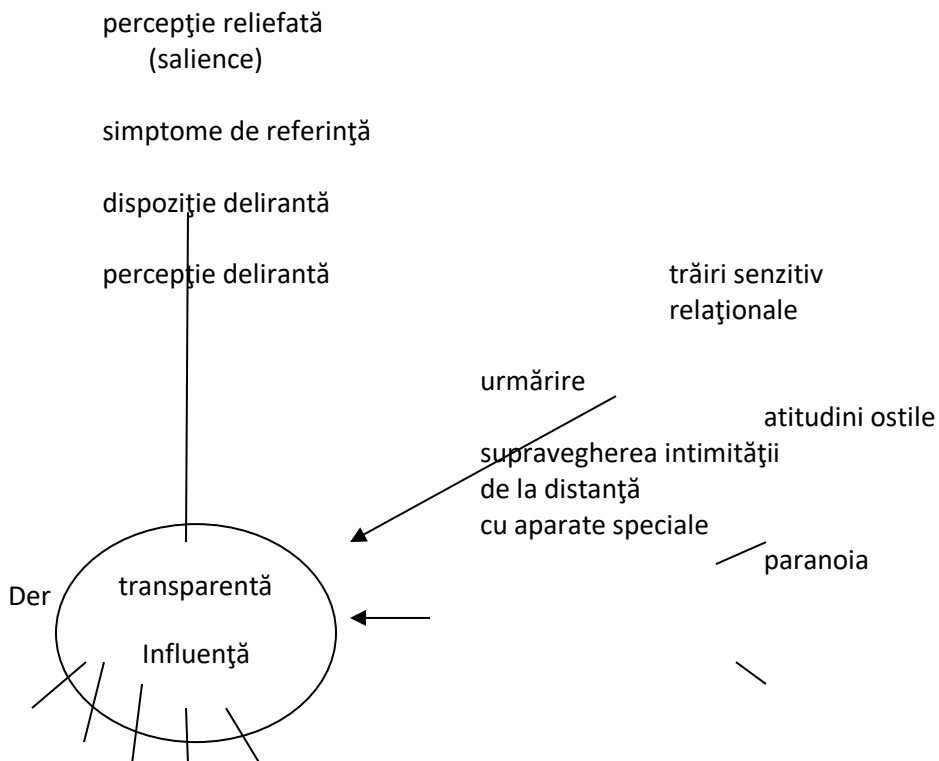
Chenar 82

**Sd.de transparentă/influență**



Chenar 59

**Originea simptomelor de transparentă/influență**



**În ansamblu subiectul conștient și reflexiv se simte aflat complet la dispoziția altora, manipulat, manevrat din exterior (acțiune xenopatică), ca pierzându-și autonomia, ca ne mai fiind stăpân pe agenția sa (pe originarea în sine, de către sine, a trăirilor sale). Ceea ce în stările disociative pacientul acceptă tacit, acum, în condiția sa delirantă paranoidă-schizomorfă, el resimte ca o teribilă alienare.**

**Întreg sindromul se desfășoară în arie relațională. El este în întregime subiectiv, la fel ca sd. dep/der.st.**

**Simptomatologia de transparentă se plasează, evident, în continuitatea celei de supraveghere din patologia delirantă paranoidă.**

Centralitatea delirului paranoid introduce sentimentul de urmărire și supraveghere de la distanță, realizate cu mijloace parapsihologice, supranaturale sau cu tehnici speciale; oriunde el s-ar afla, inclusiv în spațiile cele mai intime. Dar supravegherea se oprește în paranoia obișnuită la limita exterioară a psihismului, a eului, a sinelui încorporat. Această limită e acum depășită, pătrunzându-se în interioritatea psihismului intim a sinelui nuclear, în toposul în care subiectul resimte că propria ideație e generată. E vorba de nivelul cursului ideativ, plasat în „spațiul interiorității intime”, zonă în care se derulează amintirile, reprezentările, în care sunt păstrate secretele. La acest nivel se manifestă și menționatele tulburări formale de gândire, ce au fost identificate la persoanele vulnerabile și în prodromul schizofreniei.

Privitor la simptomele de influență, o etapă prealabilă a lor ar putea fi considerate trairile disociative, în care subiectul resimte că o parte din autonomia și identitatea sa au fost preluate de o instanță personalistă străină (inclusiv spirite). În normalitate, trimiterea ar putea fi făcută la sugestia posthipnotică. Dar în patologia disociativă subiectul e pasiv, conștiența e redusă, după un model cvasihipnic; iar reflexivitatea autoanalitică nu e activă. Pe când în sindromul de influență, pacientul

e lucid și reflexiv, (ca în TOC) constatând cu obiectivitate perturbarea agenției sale. Aspectul deosebit al sindromului de influență se referă la manipularea ideatei chiar în zona originării în sine a propriilor gânduri, atitudini, opinii. Subiectul poate sesiza în această zonă a cursului ideativ – în normalitate și la limita psihopatologicului - și faptul că apar unele gânduri și imagini care sunt slab personalizate, resimțite uneori ca anonime. Dar ne aflăm acum într-o condiție de distorsiune patologică, în care intimitatea pare a se afla sub control străin; fapt atestat de simptomele de transparență. În măsura în care apare simptomul manipulării și impunerii gândirii, devine evident că se petrece o gravă perturbare a structurii de relaționare intrapsihică pe diagrama intim/public. Tulburare pe care pacientul o receptează reflexiv, în stilul obsesivului; și nu în cel pasiv, al pacienților disociațivi.

Se cere sondat acum posibilul punct de plecare în normalitate al acestei simptomatologii.

În mod normal subiectul poate decide liber, ce să păstreze ca secret personal și ce să comunice public, verbal sau prin manifestările sale. Desigur, uneori se poate forța acest teritoriu, astfel încât sub tortură, amenințare sau șantaj să se smulgă secrete personale; iar apoi să fie obligat să facă acte pe care nu le intenționează și nu le acceptă. Dar aceste situații se îndepărtează de însăși geneza gândurilor în intimitatea subiectivității. Există totuși și în normalitate, condiția gândurilor, intențiilor și opiniilor împărtășite. Aceasta se întâlnește la persoanele ce se află într-o strânsă legătură interpersonală, în interpătrundere sufletească, așa cum e copilul mic față de mamă; sau doi îndrăgostiți. Ei își transmit și își transferă reciproc cu ușurință intențiile, dorințele, preferințele, opiniile, deciziile, înțelegându-se doar din puține semne și acordându-se sufletește cu ușurință.

Ghicirea, influențarea și implementarea gândurilor poate funcționa firesc la acest nivel empatic, unde limbajul discursiv și argumentativ e puțin folosit. În cadrul comuniunii sufletești duale, e prezentă o identificare reciprocă între cei doi,

o „transpersonalizare” firească. Condiția nu mai e similară în cazul persoanelor și cunoștințelor relativ apropiate, față de care se mai păstrează unele secrete personale; și nu funcționează o rezonanță afectiv ideatică pronunțată. Cu atât mai puțin persoanele oficiale și cele străine nu au acces nici la secretul personal, nici la geneza propriilor intenții, dorințe, decizii. Deci, la „agenția generării propriei ideții”, în inima interiorității sinelui. La limită, se poate avea în vedere scena publică a „agorei comunitare”, în care informațiile circulă liber, în permanență.

O astfel de diagramă intim public e de presupus că a ajuns să fie constitutivă psihismului uman, pe parcursul celor aprox. 10.000 ani de existență în localități și orașe; modalitate de existență, în care viața intimă familiară se polarizează cu cea publică, oficială. Dacă polii extremi ai structurii relaționărilor pe axa intim public se aglutinează, se ating și se contopesc odată cu prăbușirea psihopatologică a arhitectonicii psihismului, e inevitabil ca simptomele de transparență/influență să se instaleze. De fapt, simptomatologia se manifestă în apropierea condiției delirului paranoid; deci a unei profunde destructurări a edificiului psihismului persoanei, care desimplică și aduce în prim plan scena narativității culturale, pe care subiectul se autoproiectează acestuia ca personaj. Un personaj aparte, cuprins într-un scenariu fantastic, alături de alte personaje ale culturii comunitare. Această perspectivă ne trimite spre o a doua posibilă sursă a sindromului.

O a doua perspectivă care apropie sindromul de transparență/influență de comprehensibilitate, o reprezintă raportarea subiectului la ființe supranaturale; mai ales la Dumnezeu și diavol. Ființele supranaturale, având puteri speciale sunt creditate de convingerea comunitară, că au acces la intimitatea persoanei. Nenumărate documente psihopatologice înregistrează formulări ale pacienților care comentează următorul fapt: cunoașterea de către persoana divină – și a personajelor supranaturale în genere - a propriilor gânduri și chiar controlul acestora de către o astfel de instanță superioară este firească: “deoarece Dumnezeu le știe și le poate pe toate”. Cât privește intervenția diavolului aceasta se realizează

Chenar 83

**TABLOU COMPARATIV AL SPR - Sch ALATURI DE TULBURARILE FORMALE DE GANDIRE SI DE SIMPTOMATOLOGIA DELIRULUI PARANOID (SCHIZOFORM)**

tulburări formale de gândire	SPR	delir paranoid de persecuție, etc
halucinații auditive	ve ce comentează	
	subiectul	
	halucinații auditive ce comentează	sdr.senzitiv de relație
(ecoul gândirii)	actele	halucinații apelative,
	sonorizarea gândirii	imperative, injurioase
	urmărire	paranoia
interferența g.	răspândire, difuzarea g.	supravegherea
	împărțășirea g.	de la distanță a
ideație intruzivă	ghicirea g,	a intimității
mentism	citirea g.	(cu aparate)
(presiunea g.)	cunoașterea g.	control prin substituie de
întreruperea g.	retragerea g.	persoane
pierderea inițiativei	controlul g.	(S.Capgras)
depersonalizare	impunerea g.	dedublare,
(pierderea limitelor	contrafacerea g.	stări disociative de
sinelui)	controlul voinței	posesiune
mișcări automate	acte impuse	hipercontrol
necontrolate	sugestie,manipulare	
cenestopatii	pasivitate somatică	dominare
autoreferința primară	(emoții, impulsuri,	manipulativă
	senzații corporale)	dependență disociativă
	percepție delirantă	percepții reliefate
	(delir primar),	semnificații speciale
		simptome de referință
		centralitate delirantă



de obicei prin posesiune; adică odată cu penetrarea sa în propriul corp, astfel încât : “îi cunoaște și îi dirijează individului gândurile chiar din interiorul său”.

Atât sentimentul împărtășirii gândurilor și a intențiilor cu cei apropiați cât și cel al dependenței totale de Dumnezeu cel al a tot puternic (și de alte forțe supranaturale), fac parte din structura normală a sinelui nuclear al oamenilor ce se împărtășesc din cultura unei comunități. Minusul psihopatologic nu face decât “să des-implice” astfel de trăiri în contextul destructurării psihice.

Simptomele de transparență/influență ocupă un loc aparte în simptomatologia psihopatologică. Practic, ele nu pot fi plasate printre tulburările perceptivă, deși derivă din trăiri nemijlocite, certe, pe care subiectul le resimte. Psihopatologii britanici le plasează separat menționând că ele pot constitui trăiri cese impun uneori ca punct de plecare pentru elaborarea unor scenarii delirante. Așa sunt ele comentate în instrumentul SCAN ce însoțește ICD-10 (1992, redactat de Wing). Psihiatrii din SUA consideră însă aceste simptome ca indicând bizareria unor deliruri de tip schizofren.

Simptomele de transparență influență au fost integrate la mijlocul secolului trecut de psihiatrul german K. Schneider, împreună cu altele într-un grupaj al “simptomelor de prim rang pentru diagnosticul schizofreniei în raport cu ciclomia” (SPR-Sch). Acest grupaj cuprinde: (Chenar 83) - voci care comentează; voci care discută și argumentează; sonorizarea gândirii; inserția gândirii; retragerea gândirii; înregistrarea gândirii; controlul vorbirii; controlul acțiunii; percepție delirantă. Aceste SPR-Sch au fost folosite și drept criterii de diagnostic al schizofreniei în ICD-10. Treptat studiile sistematice ce au fost efectuate consideră că ele nu sunt chiar specifice schizofreniei întâlnindu-se și în conjuncție cu alte sindroame, de ex. în cadrul bipolarității, bufeurilor psihotice etc. Grupajul sindromatic e însă semnificativ pentru vulnerabilizarea delimitării sinelui nuclear, mai ales în perspectiva autonomiei agenției sale, a relaționării cu alții și a inițiativei acțiunilor.

### 8.5. Transpersonalizarea psihotică din delirul primar

Pe traseul pe care se desfășoară sd. dep/der, între polul predominant subiectiv al patologiei dissociative (în care subiectul se supune de obicei pasiv unei alterități, eventual „posesiunii de spirite”) și cel predominant obiectiv, apato abulic și dezorganizant din schizofrenia deficitară (în care pacientului „nu-i mai pasă de nimic”), se întâlnește egodistonia obsesiv/compulsivă ambivalentă și delirul paranoid. Delir a cărui sentiment de supraveghere omniprezentă se completează acum prin convingerile de transparentă/influență. Parcursul psihopatologic al zonei delirante afectează, prin definiție, însăși identitatea persoanei, care se metamorfozează într-un personaj fictiv dintr-un scenariu aberant. Jaspers a intuit faptul că tocmai această preschimbare indică nucleul delirului (paranoid) propriu zis, calea regală fiind cea care trece prin „centralitatea” dispoziției delirante. Iar procesul psihopatologic e finalizat prin mutația ce se realizează odată cu percepția (intuiția) delirantă, ce consfințește intrarea în „lumea delirantă”. De aceea Jaspers susținea că desfășurarea acestui „proces psihopatologic” se definește ca o ruptură, o prăbușire, în raport cu alunecarea spre delir pe traseul aproape continuu al preocupării prevalente, cu atingerea în cele din urmă a unei convingeri „deliroide” (ca de ex. în gelozie, dismorfism corporal, hipocondrie etc.). Modelul pe care l-a propus Jaspers și pe care l-a sintetizat în continuare psihopatologia clasică germană – inclusiv Schneider și Conrad – se păstrează și în prezent, mai ales cu valoare didactică. Etapele sale clasice sunt: - simptomele de referință; - dispoziția (atmosfera) delirantă a centralității; - percepția (intuiția, amintirea) delirantă; - intrarea, ca personaj, într-o lume delirantă fictivă. În cazuistica clinică însă, el nu se petrece decât în puține cazuri exact după această schemă și într-o modalitate acută. În schimb, momentele sale cheie pot fi recunoscute, prin diverse simptome subiective, în perioada instalării și consolidării delirului paranoid complex. De fapt a „orbitei psihotice”. Căci delirul ce se instituie astfel nu mai este unul

monotematic sistematizat. Ci unul în care subiectul transformat în personaj fictiv trăiește și halucinații, fenomene de transparență influență, dezorganizare etc. Acest proces, pe parcursul căruia subiectul resimte și „stranietatea” alunecării sale într-o altă lume nefirească, neobișnuită, ar putea fi denumit unul al „transpersonalizării”. El merită comentat ceva mai atent, pe baza datelor pe care ni le oferă clinica actuală.

Aspectul fenomenologic subiectiv în faza inițială a delirului primar este sentimentul că “se întâmplă ceva”, “ceva se schimbă”. Schimbarea resimțită privește atât subiectul, cât și ambianța sau pe alții, cu accente variate în descrierea pacienților. Esențială e impresia că ansamblul realității se transformă într-un mod bizar, că persoana intră într-o lume aparte, deosebită de cea în care a trăit, proces pe care îl etichetează de obicei ca “vrăjire”. Aceasta e cel mai frecvent atribuită cuiva: membrilor de familie, vecinilor, cunoștințelor, colegilor de serviciu, unor instanțe supranaturale. Sau chiar “vrăjitorilor”, când delirul are caracteristici narative mai accentuate. Sentimentul de schimbare e anunțat de misterioasele semnale „de referință” ce se articulează cu simptomatologia delirantă paranoidă propriu zisă : urmărire, persecuție, fenomene de transparență influență, posesiune, relație cu divinitatea, halucinații, (predominent auditive), modificări corespunzătoare ale dispoziției afective și ale comportamentului, nouă identitate de personaj.

Schimbarea resimțită este uneori clar formulată de pacient care poate să afirme: “nu știu ce am, se întâmplă ceva cu mine, am nervi.....toți mă spionează...” , “de câteva luni, simt că m-am schimbat, nu mai sunt eu”, « alunec în trecut, am sentimentul, convingerea chiar, că toți oamenii îmi vor răul”..., “am simțit că se întâmplă ceva cu mine, că mă modific, eram dornică de distracții, am cheltuit mulți bani, am făcut abuz de relații sexuale”.....”de patru luni simt că se întâmplă ceva cu mine, nu mai sunt eu, m-am modificat în interior, mi s-a schimbat vocea, nu mă mai pot concentra, mi se citesc gândurile...”; “în ultimele

șase luni simt că m-am schimbat, se petrece ceva cu mine, parcă o voce vorbește din interiorul meu dar nu o pot localiza, parcă mi se citesc gândurile.....”; ”m-am schimbat, sunt o altă persoană, am înviat acum o săptămână”, ”am simțit cum intru în niște canale din care nu mai pot ieși”; “de fapt nu lumea s-a schimbat, eu sunt cel ce m-am schimbat și am început să o înțeleg altfel”; “ am hotărât să mă extrag din realitate prin exerciții yoga”, ambianța locuinței e modificată, lucrurile nu mai sunt la locul lor, parcă cineva le așează altfel, parcă e cineva în casă” (uneori, subiectul identifică această prezență nelămurită cu cea a diavolului). Momentul schimbării se poate exprima printr-o revelație divină: subiectul strigă “există Dumnezeu”; sau, prin faptul că unele semne indică sfârșitul lumii.

Sentimentul schimbării psihice a lumii corelative poate fi însoțit de unul al schimbării corporale. Aspectul feței apare ca modificat, “îmbătrânit”, “altfel”; privirea nu mai e ca cea dinainte; privind-se în oglindă subiectul are impresia că s-a îngrășat sau a slăbit, că oricum, arată diferit. “Semnul oglinzii” descris în debutul schizofreniei, se corelează evident cu acest sentiment de schimbare a aspectului corporal propriu, care e purtătorul identității personale. Uneori pacientul afirmă că privind în oglindă vede pe altcineva (o pacientă a acoperit din această cauză toate oglinzile din casă).

Poate apare apoi sentimentul dedublării psihocorporale, care pregătește trăirea posesiunii de către diavol sau spirite. Pacientul resimte că e dedublat, că “în el mai e cineva, o altă persoană”. Posesiunea corporală este atribuită predominant diavolului care, din interiorul corpului are acces la intimitatea sa psihică; fapt ce joacă acum un rol important în fenomenele de transparență influență. În schimb transpersonalizarea ce se realizează în direcția persoanelor divine – exprimată prin afirmații precum: “sunt fiul lui Dumnezeu,...Dumnezeu e în mine...etc.” - nu pune un accent deosebit pe corporalitate. Simptome clasice de modificare a schemei corporale se pot manifesta în formule de tip halucinator delirant: părți ale corpului apar modificate ca dimensiune și formă, “capul e mai mare, devine pătrat”...”în

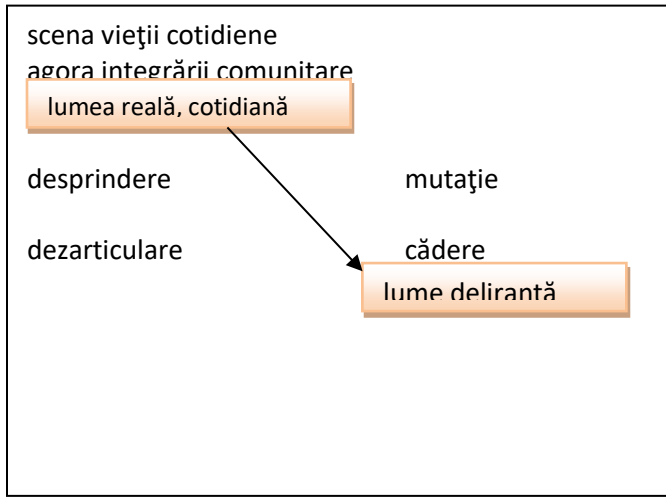
jurul capului e un cerc galben strălucitor”...cenestopatiile și senzațiile cutanate pot fi comentate ca “șerpi ce umblă pe corp și pătrund în abdomen”, “spirale a unor duhuri ce acționează pe tegumente și intră în cap”....”propriul corp e perceput din exterior” etc.

Sentimentul de schimbare subiectivă și corporală se însoțește de obicei de cel al schimbării ambianței și a altora. Pacienții pot relata:.....”de 3 luni lumea în jur se schimbă, locuința, satul, nu mai sunt ca înainte,”;...”realitatea parcă e schimbată, oamenii pun întrebări al căror sens nu îl înțeleg; “de o lună simt o stare de oboseală deosebită, de nesiguranță, am impresia că atmosfera din jur s-a schimbat, sunt urmărită, colegele își bat joc de mine...”; “totul în jur e modificat,dacă mă uit în oglindă parcă nu sunt eu și îmi spun “este o prostituată”, așa spun și niște voci de bărbați...”;

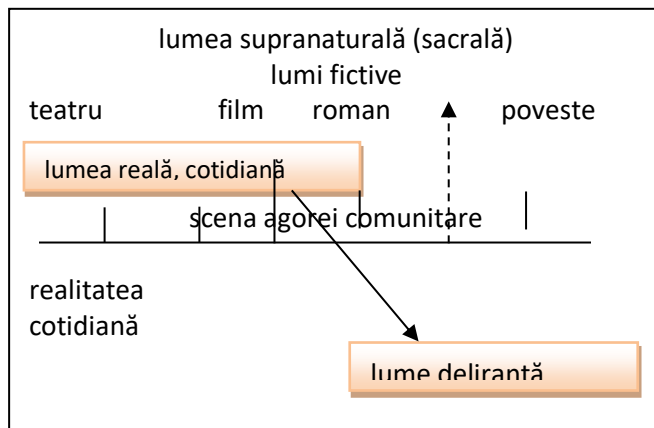
”lumea din jur se schimbă, nordul a devenit vest și asta mă deranjează, deoarece nu mai pot să mă orientez”, etc....Persoanele din jur îi apar delirantului ca fiind “altfel”, uneori ca “substituite”, “mascate”,

Chenar 84

### Transpersonalizarea psihotică delirantă (1)



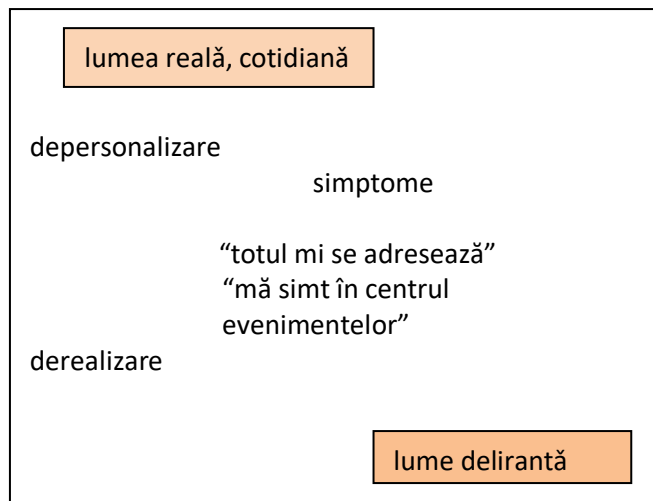
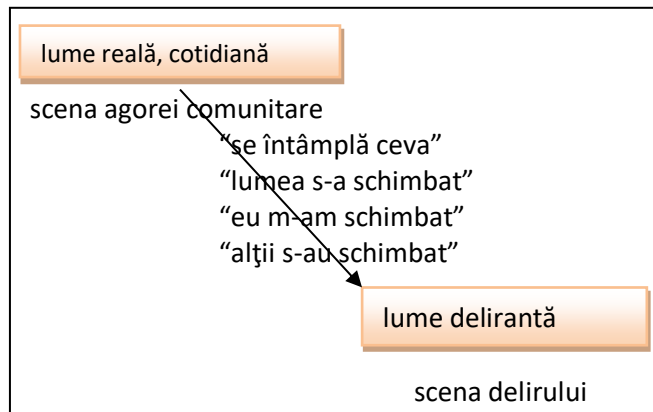
Intrând în delir, subiectul se simte prins în derularea unor evenimente ce-l afectează în mod special, e acaparât de un scenariu a cărui erou principal se simte; el aderă de acesta, e convins de cele ce le simte că se petrec cu el, pe scena noului univers delirant în care a intrat.



Delirantul aderă necondiționat la situația delirantă pe care o trăiește pe scena "lumii delirante" pe care se desfășoară scenariul delirului, în care e convins că: e urmărit, persecutat, înșelat, iubit, dirijat, posedat de diavol, apropiat de Dumnezeu etc. Universul delirant poate fi comparat cu lumea fictivă a miturilor, literaturii, teatrului, filmului.

Chenar 85

### Transpersonalizarea psihotică delirantă (2)



El simte această trecere ca o schimbare: simte că lumea s-a schimbat, el s-a schimbat, e altfel, modificat, nu se mai recunoaște, alții s-au schimbat, sunt substituiți, modificați, “diavoliți” etc.

În debutul episodului psihotic, se petrec și modificări dispoziționale: anxioase, disforice, depresive, euforice (maniacele), care sunt

Schimbarea se însoțește de manifestarea unor simptome psihotice care marchează sentimentul de centralitate (faptul de a fi în centrul evenimentelor). Așa sunt:

- Trăiri senzitive de relație;
- Trăiri de urmărire și supraveghere a intimității
- Simptome de referință
- Dispoziție, percepție delirantă
- Halucinații auditive comentative
- Simptome de transparență-influență
- SRP
- Alte dispoziții afective

“gonflate”, “parcă ar fi un vampir”; ceilalți îi apar ca “diavoliți”, aspectul lor e particular, “au ochii roșii”, “se mișcă altfel”.

Comportamentul celorlalți apare de asemenea ca schimbat, “soția începe să aibă un comportament rece, distant, indiferent”, “mama pare a se comporta altfel, ca și cum i-ar face avansuri sexuale băiatului”. Felul celorlalți de a umbla și vorbi devine misterios, neobișnuit: unele persoane își mișcă altfel piciorul, fac grimase. Îmbrăcămintea e și ea cu semnificații particulare: “cei îmbrăcați în blugi și în albastru mă influențează negativ”.

Schimbarea ambianței și a altora corespund simptomatologiei clasice a derealizării, care, acum, în cazul intrării în delir, e resimțită mai accentuat ca o lume de ficțiune, populată de variate entități neobișnuite, supranaturale: spirite, energii, duhuri, “câmpuri energetice”, “extraterestre”. Iar aceste entități învăluie ca un “câmp”, ca o “atmosferă” “eul” mai mult sau mai puțin dedublat al psihoticului, penetrându-i intimitatea, acționând asupra gândurilor, comportamentului, mișcărilor, vorbirii și funcționării corpului său.

La această atmosferă schimbată a ambianței, a lumii, se pot adăuga și percepții determinate, care apar ca având o semnificație deosebită. Pacientul poate relata: “am văzut o pisică cu colți mari care era trimisă de Dumnezeu”....; “ am văzut în curte pene și un topor înfipt într-un lemn, pe care sigur vecinii l-au pus în mod special...”; când am tras apa la baie am auzit un mieunat de pisică”, „telefonul sună ciudat.....”;”pe stradă am văzut o mașină albastră care sigur a venit după mine”;”am primit o floare specială, care sigur se numește A (numele pacientei), astfel încât am căpătat puteri speciale asupra diavolului”.....În această atmosferă psihotică se infiltrează apoi variate halucinații și pseudohalucinații, tulburări formale ale cursului ideativ, simptome de transparență/influență, dezorganizare ideo verbală și straniețate autistă.

Apropierea dintre procesul delirului primar și psihopatologia Sindromului Dep/Der., este fenomenologică. Subiectul resimte că mesajele misterioase ce-i sunt



transmise prin simptomele de referință, indică pentru el o schimbare fundamentală, ce presupune ieșirea din lumea cotidiană. Lume ce-și pierde firescul și stabilitatea. Atmosfera de “vrajă”, de “vis” este tocmai cea care mută persoana într-o trans-realitate fictivă, care acum va fi cea a delirului.(Chen ).

#### **8.4. Aspecte infrastructurale ale identității, percepției, agenției și patologiei depersonalizante**

Simptomele de transparență/influență au fost comentate în psihopatologie prin referința la tulburările de percepție și la convingerile delirante. În mod riguros, ele se deosebesc însă de ambele. O halucinație auditivă imperativă care îndeamnă pacientul să se sinucidă, este diferită de resimțirea unui gând impus cu această semnificație; precum și de propria generare a unei ideții de suicid, pe care subiectul o adoptă și o duce cu perseverență la capăt.

Privitor la simptomele de prim rang Schneider, unele pot fi comentate ca Tulburările perceptivă sau apropiate de acestea. Simptomele ce constau în resimțirea unor voci care-l comentează – ca persoană în general, sau privitor la acțiunile sale circumstanțiale – intră desigur în categoria halucinațiilor ideoverbale, cu specificația că sunt resimțite într-o arie psihică relațională intimă (alte halucinații verbale pot fi percepute cu variate intensități ale sonorității și de la diverse distanțe). Spațializarea și sonorizarea gândirii trimite de asemenea la spațiul cvasiperceptiv al propriei corporalități și la calități senzoriale). Dar trăirea xenopată a retragerii sau impunerii gândirii nu are caracteristici perceptivă clare, trimițând la o trăire calitativă relațională specială. Căci, resimțirea blocării cursului ideativ – gol mental – sau a mentismului se poate desfășura la nivelul cursului ideativ și fără implicații relaționale. Apoi, însăși sentimentul originării în sine însăși a gândirii e o trăire subiectivă ce are un atribut vectorial. Dar nu perceptiv. Nu e vorba acum nici de afectivitate – în sens de dispoziție, emoție, sentiment). Ci

de calitatea primară a „apartenenței la sine” a trăirilor (ownership”), ce se polarizează originar cu trăirea alterității (ceilalți).

În sfârșit, în perspectiva perceptivă – diferită de cea a convingerilor identitare în condiția unui personaj special – orice percepție dată se degajă pe un fundal – context, care trimite mereu spre alte decupări de fundal – context, formale și de semnificabilitate. Și aceasta, până la limita pe care o reprezintă „orizontul lunii” (în viziunea fenomenologică a lui Husserl și Heidegger).

Iar în cadrul acesteia, subiectul resimte și ca în sine însuși sunt originate intențiile de act, deciziile și comportamentul („agenție”). Aceste trăiri sunt apoi distincte, cel puțin formal, de convingerea identitară a subiectului într-o condiție aberantă de personaj, cum ar fi exemplul acea că: „este trimisul special a lui Dumnezeu ca să elimine diavolul...este spion universal căutat de toate serviciile de siguranță din lume....este bolnav de Ebola și a infestat întreaga Europă....este cavalerul rătăcitor Don Quijote etc. Convingerea delirantă se plasează în altă zonă a edificiului identității personale decât trăirile relaționale patologice de transparență influență.

Dacă ne reîntoarcem acum la perspectiva propriu zisă a percepției – distinctă de trăirile mai înainte invocate – se cere subliniat că d.p.d.v. formal, orice percepție dată se degajă de pe un fundal (context); care, oricum ar fi privit, trimite spre alte fundaluri (contexte), în măsura în care intenționalitatea decupării perceptivă a formelor semnificante se mută pe alt palier. Iar această reluare poate fi gândită ca tinzând spre o limită – care nu mai poate fi perceptivă. O asemenea limită a fost comentată de către fenomenologi (Husserl, Heidegger) ca „orizont al lumii”. Se revine astfel la formula, aparent simplă, că subiectul (persoana) identitară se raportează constant, prin intermediul situațiilor, la lumea sa umană (ce o integrează pe cea fizică).

Dar, atât instanța sau polul persoanei, cât și cea a raportării active la situație, presupun o structură formală, organizată după parametrii funcționali ai coerenței centrale, implicând în permanență un mediu de desfășurare.

## **Anexa la Capitolul 8**

### **Depersonalizare, transpersonalizare și atmosfera relațională a lumii umane înconjurătoare**

Sindromul de depersonalizare și derealizare standard, prin particularitățile sale, trimite spre aspecte fundamentale ale specificului psihismului omenesc așa cum ar fi identitatea, autonomia agenției reflexivitatea sa. Subiectul se referă acum la sine constatativ și interogativ, ca la o „realitate ce există”; dar cu care nu se mai identifică complet, deseori având sentimentul transformării. Chiar în varianta sd.dep/der standard din stările disociative, el își poate privi corpul “din afara acestuia”, își poate considera existența proprie și a altora ca plasată într-o lume paralelă, poate înregistra propriile mișcări, vorbirea, gândurile, ca fenomene obiective, pe care nu le consideră ca “ale sale”. Întreaga sa identitate de persoană umană, ce integrează dimensiunile corporale, biografice și sociale, îi poate apărea străină; la fel ca și lumea și oamenii cu care intră în contact. O astfel de detașare față de lume apare ca bizară, atâta timp cât nu ținem seama de diferența dintre cele două lumi la care individul uman se raportează concomitent. Lumea fizico biologică înconjurătoare. Și lumea culturii specifice a omului, susținută de narativitatea logosului, în care ființează și personaje fictive, supranaturale; și în care se derulează evenimente relatabile. Lume care e ordonată după norme și valori, lumea ce e un mediu intersubiectiv narativ al personajelor. Lume care susține și în care se afirmă evenimentele relatabile, miturile, legendele, istoriile, biografiile, poveștile, romanele, tragediile, literatura de ficțiune. Diferența dintre aceste două lumi se evidențiază tocmai odată cu instalarea dispoziției specifice Sindromului Dep/Der st., de nefamiliaritate, de stranietate, de detașare și neimplicare, de blocare afectivă de tipul unei indiferențe constatative. Faptul iese în relief mai ales prin compararea acestei dispoziții indiferente cu stările dispoziționale anxioase și depresive, cu care Sindromul Dep/Der e cel mai des comorbid.

Cu excepția trăirilor din Sindromul Dep/Der instanța identitară a persoanei nu face de obicei obiectul atenției și percepției țintite a subiectului. Ea rămâne în permanență un implicat limită, din fundal; un referențial intern ultim a oricărei raportări active la lume. La fel cum, în cealaltă direcție, a perceperii lumii umane exterioare, se tinde spre o altă instanță limită. Instanță ce se presimte în spatele

decupărilor succesive a situațiilor perceptibile, ce se pot îngloba una pe alta, tot mai amplu; instanță pe care fenomenologii (Husserl, Heidegger) au denumit-o „orizontul lumii”. Desigur, un astfel de orizont ar putea fi luat în considerare ca integrală a tuturor lumilor centrate de subiecții individuali ce participă la o cultură.

În Sindromul Dep/Der st în care subiectul se sesizează cvasiperceptiv pe sine ca obiect, un prim nivel delimitativ îl constituie propriul corp, ce face totuși parte din lumea înconjurătoare. În această direcție se notează simptomatologia unor senzații corporale particulare sau a deformării limitelor corporale. Un aspect mai particular este acela al senzației dispariției limitelor, cu sentimentul că „propriul corp se întinde la infinit”. În marginea acestei senzații, se poate reflecta asupra simptomatologiei obsesive de contaminare cu substanțe invizibile (microbi); precum și a altor sindroame din spectrul tulburărilor obsesiv compulsive, centrată pe problematizarea limitelor corporale (e.g. dismorfofobia, tricotilomania). Conturul limitelor sinelui corporal apare, evident, ca vulnerabil în patologia TOC. După cum, sentimentul preschimbării identității corporale, mai ales a feței, însoțit de frecvente verificări în oglindă, se întâlnește uneori la începutul transpersonalizării psihotice.

Dar, subiectul conștient ce-și experimentează continuu corporalitatea identitară în manieră autoperceptivă, în mijlocul lumii înconjurătoare fizico biologice și umane, resimte constant că identitatea sa înrădăcinată în corp e centrată de un sine intențional și reflexiv. Această receptare reflexivă nemediată a identității proprii centrată de sine se produce în normalitate cu sentimentul apartenenței la sine a trăirilor (ownership) și al autonomiei agenției. Este zona intimității ultime a subiectivității psihice, care de obicei e împărtășită intersubiectiv dar cu persoanele cele mai apropiate sufletește. Căci, multitudinea de persoane și – personaje – care învăluie subiectul ce există în mediul lumii sale umane, printr-o diagramă intim public. La acest nivel central al identității persoanei, se plasează și sindromul de transparență/influență, care atrage atenția asupra rolului bazal al relaționărilor interpersonal sociale în constituirea identității sinelui și a desfășurării lumii sale umane.

Simptomatologia de transparență gravitează în jurul unor trăiri precum: „gândurile mele sunt cunoscute de alții...”; iar cea de control și influență, e exprimată prin: „...mi se introduc gânduri în cap...în creier se află un cip prin care alții mă dirijează...sunt ca un robot teleghidat...”. Astfel de trăiri pot fi resimțite fără precizări; sau cu trimiteri spre anumite entități și persoane ce sunt incriminate; și a metodelor folosite. Esențială în această simptomatologie, e relaționarea cu o alteritate de tip personologic.

Relaționările interpersonal sociale sunt resimțite ca distribuite pe o diagramă intim/public. Ele sunt susținute de comunicarea lingvistică și de instanța narativității culturale, în care ființează personaje și entități fictive „supranaturale”. Interacțiunile subiectului cu alții, cu „alteritatea”, se desfășura și dincolo de împrejurările evenimentiale concrete, susținute fiind de un „mediu” sau un „câmp”

cvasisubstanțial al relațiilor ce se impune ca o „atmosferă” sau „pânză de fond” a lumii umane.

Simptomele de transparență pot fi plasate în continuitatea celor de supraveghere din paranoide, ce se desfășoară în afara corporalității: priviri indiscrete (senzitiv relaționale), ce se continuă în urmărire și supraveghere, iar aceasta se prelungește – în descrierea pacienților actuali – prin înregistrări cu diverse mijloace tehnice performante plasate în proximitatea pacientului. El se consideră fotografiat, filmat, înregistrat cu microfoane, prin ecranul TV (unde apar persoane ce pot transmite mesaje ciudate), prin calculatoare, telefoane mobile etc. Acest recurs la tehnologie menține până la un punct supravegherea și controlul în apropiere, dar din afara persoanei.

Nu este neglijată însă nici referința la fenomene parapsihologice, telepatie, comunicare extrasenzorială, hipnoză la distanță etc.; deci, tehnici de relaționare interpersonală care penetrează evident și interioritatea psihofazică a persoanei, intimitatea sinelui. În același sens sunt invocate credințele tradiționale în vrăji, descântece, farmece, magie. Precum și intervenția instanțelor supranaturale, inclusiv a spiritelor.

Tradiția posesiunii de spirite s-a centrat mai ales pe influențe nocive, malade corporale. Direcție în care acționa în calitate de vindecător, și tradiționalul șaman. Dar spiritele nu interveneau de obicei singure, ci erau transmise de cineva.

## Chenar

### Cazuistica : instanțe de supraveghere și influență.

Femeie, 36 ani : Se simte urmărită de spirite care vibrează în ea...spiritele acționează prin gânduri și radiații... influențată de ființe supranaturale, de extraterestri, ce acționează prin TV...i se introduc gânduri în cap de către spirite și mediumuri...Mesia s-a transpus în sufletul său...

Tânăr, 19 ani : Se simte urmărit de duhuri și drogați...tatăl și mătușa sunt conduși de spirite...îi sunt inserate gânduri de puteri speciale...în casă se petrec lucruri ciudate, ușile se deschid și se închid singure....are sentimentul că a fost vrăjit sau blestemat...

Femeie, 45 ani :... Se simte influențată de niște duhuri care vorbesc prin gura predicatorului...duhurile o influențează cu bioenergie producându-i senzații în tot corpul...o urmăresc pe stradă, le simte cum o privesc în ceafă...

Femeie, 53 ani : E convinsă că întreg orașul o supraveghează, îi cunoaște gândurile și îi ascultă convorbirile telefonice....deoarece cineva de la Securitate face experimente cu un aparat ce a lansat în aer substanțe toxice, care-i fac gândurile transparente...faptul are legătură cu extraterestrii...care atunci când trec pe lângă ea își modifică aspectul

Apoi, spiritele puteau tulbura și mintea individului, ducând la un comportament necontrolat ca în cazul biblic a lui Saul (unde „spiritul rău” i-a fost trimis de însuși Dumnezeu). Cazuistica psihiatrică făcea tradiționala trimitere la posesiunea demoniacă mai ales în patologia histeriei, manifestată prin convulsii și alte tulburări psihomotorii sau senzoriale. Credințele populare au incriminat totuși această posesiune și în „nebunie” în general. Apoi, după Renaștere, localizării diavolului în corp îi era atribuită ideea obsesivă agresivă și blasfematoare, dar lucidă și controlată. În sfârșit, în clinica psihiatrică actuală continuă să se înregistreze stări delirante în care o serie de simptome sunt atribuite diavolului ce a pătruns în corp. Iar din interiorul corpului el cunoaște ideea subiectului, i-o modifică (vorbind cu vocea sa) și determină tulburări somatice și comportamentale. Posedare care se însoțește, frecvent, și de un sentiment de dedublare interioară.

Posesiunea xenopatică a persoanei de către entități supranaturale nu a fost însă invocată în istoria culturală doar cu sens negativ. Se știe că, creativitatea a fost atribuită posedării de către un „geniu” sau „daimon”. Monoteismele acceptă că în jurul persoanei – în apropierea sa fizică chiar – se află un „înger păzitor”. E drept că acestea nu intervine în manipularea psihomotricității, ci a apărării de rele. Apoi, în iudeo creștinism, însăși Dumnezeu se poate adresa unor oameni. Ideea întrupării este chiar definitorie pentru dogmatica creștină. Iar mistica cultivă ideea apropierii, prin rugăciuni și devoțiune, de instanța dumnezeirii, până în apropierea contopirii. Absența sau „părăsirea” subiectului de către Dumnezeu, determină golul sufletesc al „acediei” care seamănă mult cu simptomatologia Sindromului Dep/Der st. Fenomenele de transparență/influență se cer distinse însă de halucinațiile auditive ce sunt plasate în spațiul exterior. Vocile care îndeamnă la suicid sunt diferite de inserția ideilor suicidare și de apariția lor „ca atare”, în depresie. Vocile halucinatorii pot avea diverse calități senzoriale, fiind auzite ca venind de la variate distanțe; și uneori sunt atribuite cuiva. K.Schneider a intuit faptul că, pot fi considerate ca apropiate de simptomele de supraveghere și control acele „voci” care discută despre subiect comentându-l. E vorba de sfera intimă a sinelui încorporat, unde nu pătrunde simpla supraveghere paranoidă. Dar se poate insinua o axă – sau „rază” – a xenopatiei, ce se amestecă cu intimitatea agenției proprii. În acest sens, cercetările relativ recente ale școlii din Bonn și Copenhaga au implicat tulburările formale ale cursului gândirii, ca precursori ai simptomelor de transparență/influență. Barajul și golul mintal, mentism, ecoul și spațializarea gândirii, odată resimțite, pot întâlni vectorul xenopatiei ce vizează instanța agenției, transformându-se în inserția și retragerea gândirii etc.

La fel ca și vocile din halucinațiile audio verbale, intervenția xenopatică resimțită în fenomenele de transparență influență în intimitatea sinelui, poate fi atribuită cuiva; sau unor instanțe, unor entități. Dincolo de persoanele cunoscute sau publice sunt invocate instituții – mafia, organele securității – sau entități supranaturale. Diavolul intervine de obicei, așa cum s-a menționat, prin

încorporare-posedare. (Mai recent pacienții afirma uneori ca au introdus în creier un „cip” prin intermediul căruia sunt spionați și li se dirijează gândurile). Dumnezeu prin atotputernicia sa; dar și prin transpersonalizare. Sunt invocați uneori vrăjitorii, extraterestrii, spirite. Duhuri, energii și chiar „voci”. Vocile pot fi deci despărțite de persoanele ce le rostesc, plutind în preajma subiectului, urmărindu-l cu intenții de supraveghere; dar și de dirijare. Panorama acestor instanțe ne relevă condiția unui subiect ce se simte înconjurat în lumea sa, de o „atmosferă” specială; de un „mediu”, în care plutesc entități ce-l pot influența, chiar penetrându-i agenția. Acest sentiment, ce trimite spre reprezentarea unui „câmp” pe care subiectul îl centrează, se prezintă și ca un fel de scenă, similară cu cea pe care credincioșii își reprezintă că se distribuie îngerii și duhurile, care-l protejează sau îl atacă. În esență, este vorba de un univers și mediu de tip interpersonal, în care plutesc entități de tipul personajelor.

Câmpul interpersonal a fost invocat odată cu anxietatea și sentimentul de protecție pe care-l pot asigura persoanele puternice de atașament intim, pe care subiectul resimte că se poate sprijini la nevoie. El este invocabil și în scenariile pe care subiectul și le reprezintă în situațiile mai dilematice, în care trebuie să-și clarifice dacă este iubit, înșelat, disprețuit, admirat, persecutat. Acest câmp relațional se articulează apoi cu cel în care sunt resimțite și proiectate scenariile intersubiective raportate la persoanele din rețelele sociale. Dar el se conectează și cu „câmpul personajelor” culturale, ce a fost invocat cu ocazia comentării delirului. Acest mediu al personajelor culturale, articulat cu câmpul interpersonal intersubiectiv, se poate completa cu această perspectivă a entităților ce pot penetra în intimitatea sinelui, a agenției proprii. Și care, ce se manifestă odată cu „centralitatea” din zona delirantă a orbitei psihotiforme, ce implică deficitul disfuncțional al sinelui identitar.

În Sindromul Dep/Der st al, ce e plasat în cadrul tulburărilor disociative, subiectul se retrage de fapt într-un colț al acestor tulburări. Simptomatologia sa, ce constă din detașare – ca un observator extern a propriei identități (corporală, biografică, socială) și al lumii, e diferită de celelalte tulburări disociative în care pacientul resimte ...”că și-a pierdut memoria biografică...sau, că identitatea sa e schimbată... eventual preluată de o alteritate”...Alteritate care, în cazul transei cu posesiune, e un spirit sau un zeu ...care-i controlează și agenția. Acest sentiment de preluare a identității și agenției e trăit însă în tulburările disociative într-o stare de detașare cvasihipnică; și nu cu convingerea și intensitatea participativă care-l bulversează pe delirant. Căci procesul transpersonalizării delirante se desfășoară tocmai pe această traiectorie, cu sentimentul preschimbării propriei identități, a propriului aspect și fel de a fi, a persoanelor și lumii din jur. Lumea umană ce înconjoară subiectul e resimțită, odată cu „vrăjirea” delirantă altfel decât înainte, transpusă în plan fictiv. Intră acum în scenă, pe lângă persoanele cunoscute - mai mult sau mai puțin metamorfozate – și alte personaje, publice și istorice, entități, duhuri, vrăjitori, energii și ființe mitico sacrale. Iar unele din acestea au un acces

nemijlocit la intimitatea sa, la manipularea propriei agenții. Subiectul, transformat și el în personaj, se relaționează cu aceste personaje ale lumii sale delirante prin coordonatele normativității spațio-temporale și cauzale operantă în basme și în scrierile de ficțiune, într-o ambianță ce înlocuiește scena pe care se derula viața sa cotidiană. Parametrii acesteia se păstrează însă, susținuți de modulul perceperii vizuo spațiale; dar se integrează în noua sa lume delirantă, devenind flexibili, supuși unor metamorfoze inedite. Iar în acest univers perceptiv psihotic, apar și se impun semnificații speciale și halucinații.

Privind deci puțin mai de la distanță, transpersonalizarea psihotică poate fi considerată ca plasându-se în continuitatea Sindromului Dep/Der st din tulburările disociative. Secvența detașării de lume și de propria identitate pe care aceasta o exprimă e doar un prim popas, înaintea alunecării spre metamorfoza și patologia într-un personaj care centrează o lume delirantă.

Cea de a doua direcție spre care se dezvoltă Sindromul Dep/Der st. ce pornește de la condiția de observator extern, se dezvoltă pornind de la sentimentul detașării nerezonante la lume, îndreptându-se spre apato-abulia anonimizantă din schizofrenia deficitară. Traectoria trece acum prin dedublarea obsesională a agenției și apoi prin dezorganizarea ideo-verbală și acțională, care subminează naturaletăea agenției sinelui, destrămând condițiile de posibilitate ale acțiunii.



## CAPITOLUL 9

### DEZORGANIZAREA PSIHICĂ

#### 9.1. Schiță istorică

Semiologia și nosologia psihiatrică erau deja în linii mari constituite la începutul sec.XX. De atunci au mai apărut însă două importante concepte ale psihopatologiei clinice, a căror provocare o resimțim și în prezent : schizofrenia și autismul.

Expresia de schizofrenie se instituie inițial pentru a o re-numi supracategoria nosologică pe care Kraepelin a etichetat-o “demență precoce”. Bleuler, cel care propune noul termen în 1911, schimbă optica de abordare kraepeliană a acestei boli, de la perspectiva clinico-evolutivă spre una psihopatologică, caracterizând-o printr-o “dezorganizare (spaltung) autistă”. Cele două neologisme astfel introduse – schizis-ul și autismul – deși au fost acceptate intuitiv de către psihiatri, nu au beneficiat pe parcursul sec.XX de definiții operaționale clare. În plus, spre sfârșitul acestui secol, autismul s-a detașat de schizofrenie, impunându-se ca o importantă tulburare neurodevelopmentală, a cărei profil sindromatic și clinic – constând în necomunicare expresiv-verbală, lipsa de atașament și de relaționare interpersonală, dublată de centrare pe detalii, stereotipii și constructivism – s-a conturat tot mai convingător, constituindu-se în prezent într-un spectru clinic autist. Cât despre schizofrenie, ea a tins să monopolizeze la un moment dat întreaga psihopatologie “psihotică”, centrând-o pe un delir halucinator bizar, cu simptome deficitare. Spre sfârșitul sec. XX psihopatologia anglosaxonă a regrupat simptomatologia acestei tulburări într-un cluster pozitiv (schizo +) și unul negativ (schizo-). Treptat însă, dezorganizarea propusă de Bleuler s-a replasat totuși în față, fiind acceptat și un al

treilea cluster, cel al dezorganizării ideo-verbale; pe care americanii îl atașează simptomatologiei schizo+.

În prezent dezorganizarea e comentată semiologic în plan ideo verbal și comportamental, acceptându-se însă că ea afectează de fapt întreaga structură psihică a persoanei, incluzând organizarea identitară a sinelui.

## **9.2. Dezorganizarea comunicării în plan ideo verbal**

Bleuler considera, deci, că tulburarea psihică specifică schizofreniei este dezorganizarea (disocierea – “spaltung”) concepută ca o pronunțată dezordine care cuprinde toate dimensiunile psihismului, inclusiv nucleul personalității – al eului conștient, al sinelui identitar – manifestarea sa cea mai expresivă este în aria gândirii, vorbirii și comportamentului.

O problematizare a ordinii și ordonării se întâlnește și în psihopatologia obsesionalității; precum și în cea a autismului. În schizofrenie însă, patologia dezorganizării trece mai departe de ordonarea ambianței fizice și a derulării proiectelor de acțiune, cuprinzând instanța ideo verbală a elaborării și utilizării ideții și limbajului. Este afectat astfel și procesul de conceptualizare și raționare, prin care se rezolvă probleme; dar care stă și la baza argumentării comportamentului. Iar toate acestea se pot produce doar transgresând limbajul.

Dezorganizarea ideo verbală este de obicei prezentată semiologic prin deficiențele ce apar în comportamentul lingvistic al transmiterii unui mesaj, manifestate prin circumstanțialitate, perseverență, manierism, stereotipii, deraiere, tangențialitate. Cercetările efectuate în această direcție și exemplele ce sunt oferite didactic, au avut și au în vedere atât formele grave și dezorganizante din schizofrenia cronicizată cât și cazurile mai ușoare sau incipiente, etichetate ca schizotipie (sau TP schizotipală) (Chenar 87). Se menționează următoarele:

\* Circumstanțialitatea. Gândirea și vorbirea evoluează spre obiectiv cu multe paranteze, legate de detalii și de asociații cu unele date concrete; dar revine

constant din aceste ocolișuri la linia principală. În vorbirea uzuală faptul e caracterizat ca divagație, cu condiția ca obiectivul să fie menținut.

\* Perseverența. Deși subiectul a comunicat în esență ceea ce intenționa, el revine mereu la aceeași temă, manifestând sentimentul că nu ar fi fost înțeles clar, insistând, repetându-se, chiar dacă prin alte formulări.

\* Vorbirea hiperelaborată și manieristă, constă din utilizarea multor cuvinte cu un conținut informativ redus. Expunerea este încărcată de expresii generale și neesențiale pentru intenția informativă: formule de introducere, de politețe, paranteze nejustificate sau explicative formale, considerații generale, expresii “prețioase”, neuzuale.

\* Stereotipiile. Unele expresii se repetă aproape identic, inutil, fără conținut informațional, parazitând discursul care nu progresează spre concluzia mesajului.

\* Deraierea. Direcția de comunicare a discursului se pierde: subiectul trece de la o temă la alta, derivată din cele expuse, fără a se mai reîntoarce la direcția de comunicare principală. Această alunecare progresivă a discursului, din aproape în aproape, e până la un punct distinctă de saltul de la o temă la alta, fără o derivare constatabilă, ce se întâlnește în presiunea ideo verbală și în fuga de idei maniacală. În starea maniacală schimbarea, saltul lipsit de rațiune de la o temă la alta, se petrece datorită vitezei crescute de derulare a ideației și hipermobilității atenției; iar uneori prin asocieri superficiale, semantice, de asonanță sau sonoritate. Nu este exclus ca în cazuistica de exemplificare clasică a deraierii, să se fi inclus și stări schizomaniacale nedelirante, de tipul clasicului tablou al hebefreniei.

Chenar 86

### **Exemple de dezorganizare ideo-verbală**

#### **Deraiere (după Andreasen)**

Intervievatorul: Îți place la școală? Pacientul: O, păi...Mie...mi-au plăcut câteva comunități pe care le-am încercat...și, în ziua următoare când să ies, știi, au luat controlul, ă.....mi-am vopsit părul în...în California. Colega mea de cameră era din Chicago și mergea la colegiu. Locuiam în cămin și ea a vrut să-mi pun perogen în păr, și am făcut-o, așa că m-am dus și m-am uitat în oglindă, și mi-a venit să plâng. Acum, pricep, știam foarte bine ce se întâmplă, dar nu puteam pricepe de ce plângeam. Nu pot să pricep, tu poți?

#### **Vorbire hiperelaborată, manieristă**

„Vă rog să mă scuzați că mă adresez solicitând bunăvoința de a fi ascultat într-o problemă importantă căci dacă sunt ascultat atunci se va putea trage o concluzie oricum fie că vă dați seama sau nu de intenția mea, pentru că trebuie să vorbim și de aceasta, vă veți convinge desigur dacă răbdarea va permite însă înainte de a....”

#### **Tangențiabilitate (după Andreasen)**

Intervievatorul: Din ce oraș sunteți? Pacientul: Ei asta e o întrebare complicată, fiindcă părinții mei .....M-am născut în Iowa, dar sunt alb, nu negru, așa că probabil că vin de undeva din Nord, nu știu de unde. Știi, de fapt nu știu de unde veneau strămoșii mei. Așa că nu știu dacă sunt irlandez sau scandinav, nu cred că sunt polonez, cred, cred că as putea fi neamț...

În toate manifestările menționate mai sus dar mai ales în deraiere, relaxarea vizării și urmării obiectivului de comunicat este evidentă. Agentul ce desfășoară comunicarea nu realizează un decupaj și o legătură a exprimărilor suficient de sintetică, de centrată pe obiectivul comunicațional, suficient de puternică și flexibilă în același timp, pentru ca informația să evolueze și să se ierarhizeze armonios. E prezent un deficit al sintezei procesului activ al comunicării actuale. La fel cum în obsesionalitate (TPOC – psihastenă) e perturbată derularea acțiunii cu scop. Repetitivitatea ce rezultă din perseverență și stereotipii exprimă reducerea conținutului informațional, în ciuda abundenței cuvintelor. Deci, o perturbare a capacității de dozare semantică în formularea mesajului. Reducerea conținutului informațional, a sintezei noului, lasă ca scena procesului informațional să fie ocupată de instrumentalitățile lingvistice ale comunicării, care ar trebui să fie

folosite în așa fel, încât nici să nu fie sesizate. Până la un punct se poate menține comparația cu perturbarea elaborării și derulării acțiunii în cadrul TPOC-psiastene, cu excesivă preocupare a subiectului pentru planuri, pregătiri, asigurări, verificări etc.; fapt ce exprimă o „detensionare a câmpului acțiunii cu scop”, subminând și finalizarea execuției.

O notificare specială s-ar cere făcută pentru stereotipii, care se manifestă pregnant și în plan strict comportamental, în autism și catatonie. Manifestarea stereotipă apare ca un clișeu, motor și expresiv-informativ, care întrerupe cursul orientat spre obiectiv al acțiunii sau comunicării. “Forma” se manifestă în acest caz repetitiv și identic ruptă de semnificație.

Tulburările menționate mai sus ale derulării limbajului comunicațional – circumstanțialitatea, perseverența, stereotipiile, manierismul, deraierea – sunt constatabile de către examiner. În psihopatologia dezorganizării ele sunt deseori dublate de tulburări ale cursului gândirii – ale fluxului ideativ – pe care persoana le poate resimți în fundalul subiectiv al psihismului său, la nivelul unde emerg datele mnestice, reprezentările ideative, asociațiile spontane de idei. Acestea sunt :

- Accelerarea sau încetinirea cursului ideativ uneori cu blocarea derulării acestuia, însoțită de un „gol mental”, eventual cu reluarea ideatiei în altă direcție;
- Ideatie intruzivă, neașteptată, resimțită ca „străină” și perturbatoare, care interferează cu ideatia proprie; uneori pot apare izbucniri bruște a unor multitudini de idei amestecate și necontrolabile (mentism);
- Ecoul gândirii, spațializarea gândirii (plasarea ei în anumite zone ale corpului sau în afara acestuia), sonorizarea gândirii.

Astfel de fenomene pot apare și în fazele incipiente sau prodromale ale schizofreniei. Ele au fost interpretate recent și ca fiind posibile precursori a atribuirii xenopatie și a manipulării gândirii.

Alte aspecte ale dezorganizării ideo verbale sunt:

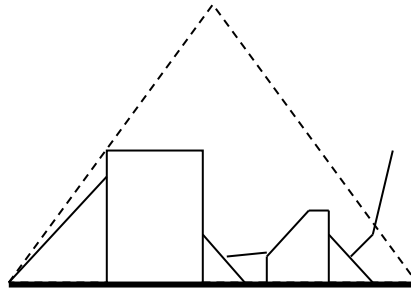
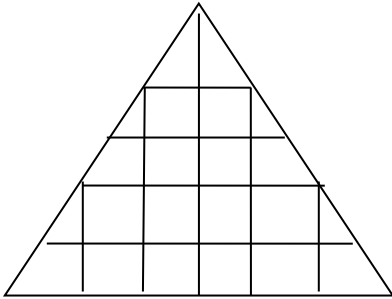
\* Tangentiabilitatea; Aceasta se referă la un răspuns evaziv, care, deși indică înțelegerea întrebării, nu oferă un răspuns explicit, clar și la obiect. În răspunsul său subiectul se poate exprima aluziv, prin considerații generale care au doar o legătură vagă cu subiectul. Vorbirea e caracterizată de către alții de obicei ca, metaforică, “flou”, digresivă. Manifestarea se încadrează și ea în relaxarea sau pierderea obiectivului comunicațional, deoarece conexiunea cu interlocutorul nu se realizează clar; iar dialogul nu mai este posibil. Totuși, tulburarea e distinctă de circumstanțialitate sau perseverare, situații în care limbajul utilizat e cel al vorbirii curente, iar orientarea subiectului e spre detalii concrete. Pe când în tangentiabilitate intervine și conținutul semantic, deficitul de sinteză a semnificației mesajului,

\* Incoerența ideoverbală depășește clar planul perturbării unui obiectiv comunicațional. La acest nivel predomină anomaliile logico gramaticale și semantice, care se manifestă în chiar interiorul a ceea ce ar trebui să fie o propoziție cu subiect și predicat. Dezordinea implică acum transgresarea regulilor gramaticale care permit ca expresiile să fie inteligibile. Iar cuvintele, care au potențialul unor coneepe, se destabilizează semantic, participând la haosul unei “salate de cuvinte”.

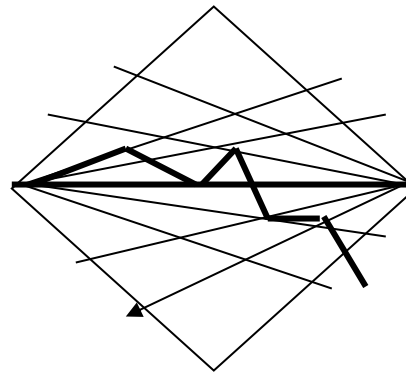
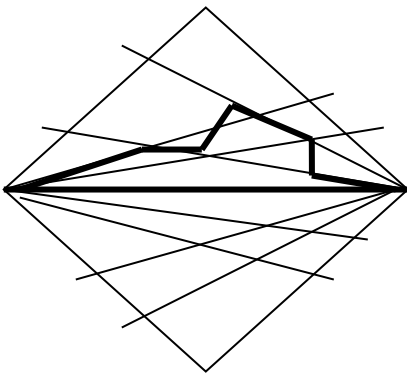
Dezorganizarea logico semantică se manifestă prin gândire și prin acte de vorbire, fiind astfel sesizabilă direct, în planul comportamental al exprimării și comunicării cu altul. Dar ea vizează și particularitățile generale ale limbajului uman, care se bazează pe semnificații ce pot fi cuprinși în universuri de discurs supraindividuale. Limbajul narativ critic e o instanță umană supraindividuală, un mediu ce susține atât manifestările situaționale ale indivizilor, cât și pe cele suprapersonale, culturale, ce se inseră în instanța logosului. Limbajul narativ critic comunitar, asimilat de fiecare persoană și utilizat de către aceasta, poate cădea sub incidența dezorganizării logico semantice în însăși elementele sale constitutive, la un nivel ..... Dar câmpul supraindividual, teoretic al semnificabilității.

Chenar 88

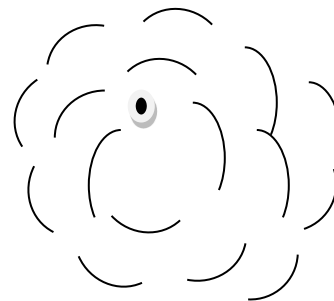
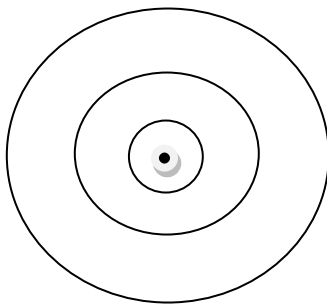
**Modele ale dezorganizării (pierderea structurii și coerenței câmpului psihologic)**



**a) O structură care se prăbușește**



**b) Pierderea direcției drumului (deraiere)**



**c) Dezintegrare prin pierderea forței de atracție a nucleului unui câmp concentric**

Procesul dezorganizării poate fi studiat în mare măsură după modelul perturbării “coerenței centrale” a psihismului persoanei, la nivel identitar și a funcționării sale active în diverse arii. *Chenar*

Semnificantul concret, fie că e un cuvânt, o expresie, o imagine iconică sau un simbol, trimite la un univers intensional de semnificații generale, abstracte.

În normalitate, articulația între semnificant și semnificație – între concret și abstract - e echilibrată. Ea e organizată în jurul unui centru de sinteză, ce are o valoare supraindividuală, comunicantă, din care se împărtășesc membrii unei comunități lingvistice; și din care pot deriva variate exprimări logico lingvistice, filosofice, științifice, cuprinse în discursuri paralele. O formulare lingvistică individuală are, în mod normal, o valență sintetică în cadrul comunității colocviale; sau a elaborării unui text. Ca perturbări în această direcție se pot întâlni:

- Se pierde legătura între caracteristicile concrete ale semnificantului și cele generale ale semnificației. Cuvintele, expresiile, imaginile iconice, rămân obiecte concrete, care nu mai trimit niciunde, retrăgându-se în poziția de “obiecte manipulabile”; ca în perspectiva în care, textele și picturile pot fi distruse, arse. Despre limbajul schizofrenilor s-a formulat că, uneori aceștia par să se joace cu cuvintele, să le manipuleze ca pe niște obiecte sau jucării. E pierdută capacitatea de generalizare, abstractizare, analiză, sinteză. Această perturbare de de-semantizare a expresiilor din schizofrenie, se poate corela și cu un deficit procesual în direcția patologiei autiste. Simptomul se poate evidenția prin proba proverbelor și asemănărilor din scala PANSS.

- Pe de altă parte abstracțiile, generalizările, capătă o caracteristică vagă dar persistentă. Subiectul se cramponează de noțiuni ca Adevărul, Eternitatea, Binele, pe care le resimte ca entități reale dar greu de determinat. Atracția, fascinație față de abstracții lipsite de conținut și determinare, este una din caracteristicile schizofreniei. Nu trebuie ignorat că o parte din cuvinte, pe lângă valențele lor comunicaționale, au și caracteristicile logice, conceptuale, de semnificație intensională. O manifestare a acestei perturbări de articulare între semnificant și semnificație se întâlnește deja în simptomele de referință ale dispoziției delirante



primare, când, subiectul resimte că o percepție banală poate fi un mesaj misterios ce i se adresează.

Mare parte din cuvinte și expresii sunt plurisemice, semnificația lor precisă fiind condiționată de contextul lingvistic situațional, de “jocul lingvistic” în care sunt angajate. În dezorganizare putem întâlni utilizarea neadecvată semantic a unor cuvinte, fapt ce perturbă coerența de ansamblu a expunerii. Apoi, d.p.d.v. formal multe cuvinte compuse pot fi divizate, astfel încât fiecare fragment exprimă un nou cuvânt cu propria-i semnificație. Apare uneori la schizofreni un joc de descompunere a cuvintelor și de recompunere a expresiilor din propriile constituente. Se ajunge astfel să se exprime un univers incoerent de semnificații. În acest context pot apare “neologisme”. Adică expresii inventate de către pacient și care au doar pentru el o semnificație specială. Poate fi vorba de exprimări complexe, figuri simbolice sau chiar de un nou cod lingvistic cu care el dublează limbajul natural.

Dezorganizarea vorbirii și gândirii în modalitatea incoerenței nu e sesizabilă doar la nivelul discursului verbal. Ea se manifestă în texte și redactări lingvistice elaborate, ca expuneri scrise, artistice sau științifice. Ceea ce iese în evidență la acest nivel este în primul rând dezordinea, incoerența.

Textele redactate se plasează într-un plan de accesibilitate, comunicare și semnificație suprapersonală. Adică într-o instanță a universurilor de discurs redactate care depășește circumstanțialitatea situațiilor actuale, inserându-se într-un plan sau câmp al semnificabilității „teoreticului”. Dezorganizarea lingvistică ce se manifestă într-un eseu scris poate prezenta toate simptomele deja menționate: utilizarea plurisemică neadecvată a expresiilor, cuvintelor sau fragmentelor de cuvinte și a semnelor iconice; neologisme idiosincrazice, relaxarea legăturii între concret și abstract etc. Apoi textul se poate caracteriza prin incorectitudini gramaticale și logice, prin utilizarea concomitentă a mai multor coduri semantice, printr-o dezordine generalizată, vizibilă în aspectul grafic al producției. Literele

pot fi scrise cu dimensiuni variate și puse în pagină în direcții multiple. Unele expresii sau figuri se detașează incomprehensibil de rest sau se repetă stereotip. Dincolo de aceste aspecte, se poate constata dezorganizarea în perspectiva perturbării cursivității de ansamblu spre un obiectiv comunicațional a textului. Un eseu care e construit în stilul unui discurs retoric sau a unui text științific, trebuie să urmeze anumite reguli de succesiune ale argumentației, pentru a conduce la concluzii. Textele literare, respectă și ele, reguli anumite ale ordonării ierarhice ale părților, care fac ca semnificația transmisă să poată fi descifrată comprehensiv de către lector. Chiar și atunci când mizează mai mult pe caracterul sugestiv și de “câmp” al semnificațiilor. Toate aceste aspecte sunt perturbate, des-articulate, desordonate, în elaborările care se orientează spre polul dezorganizant al schizofreniei.

În sfârșit dezorganizarea în plan logico-semantic mai ridică o problemă spinoasă. Limbajul, care are o infrastructură logico-categorială, susține nu doar comunicarea pragmatică; ci, el este și mediul în care se realizează și se afirmă produsele umane ale teoreticului științifico cultural. La acest nivel se desfășoară miturile, poveștile, narațiunile supraindividuale, teoriile științifice și speculația filosofică. Instanță care susține, prin intermediul miturilor sacrale și a ritualurilor, accesul subiectului uman spre transcendență. Iar elaborarea și dezvoltarea teoriilor științifice pretinde, pe lângă nivelul cercetărilor experimentale de laborator și cel al elaborărilor teoretice; zonă a teoriilor științifice matematizate care se desfășoară și se amplifică într-un plan speculativ abstract. La fel ca și în filozofie, care întemeiază conceptele teoretice de bază ale existenței și cunoașterii. În dezorganizarea lingvistico-semantică și logică a schizofrenului, dincolo de perturbarea utilizării limbajului în comunicare, se reflectă și anomalii în accesul persoanei la acest plan teoretic, practic, științific filosofic și transcendent. Fapt care susține “detașarea” individului de ambianță. Și “plutirea” sa într-o lume a abstracțiilor, înclinată vag spre transcendență. Acest aspect al detașării abstracte

## Concepte și metafore corelate comentării dezorganizării

Dezorganizarea, termen ce se folosește în prezent pentru expresia de „spaltung” propusă de Bleuler, face parte dintr-un câmp conceptual în aria căruia gravitează noțiuni precum: ordine, sistem, structură, organism, care se cer comentate pe scurt.

Ordinea și ordonarea sunt dimensiuni ontologice și gnoseologice care au în vedere relaționarea entităților lumii; ordinea structurii ierarhice stă la baza sistemului numeric și a elaborării figurilor geometrice. Leibnitz a pus la baza spațio-temporalității ordinea concomitenței și a succesiunii; structurile de ordine fac parte din infrastructura lumii, logosului și gândirii; pe lângă ordinea succesiunii și a incluziunii ierarhice, din aceeași arie conceptuală ar face parte problematica implicării, cauzalității argumentării. Clasificarea și sistematizarea se referă la asamblarea ordonată ierarhic într-un tot, a unei mulțimi de entități ce au unele elemente comune, în funcție de anumite criterii: pe lângă sistematizarea ce se referă la cunoaștere se cer avute în vedere și sistemele funcționale, mai ales printre artefactele produse de om. Structura se referă la o construcție delimitată făcută din elemente ordonate într-un întreg bine și coerent articulat; raportul parte/întreg presupune și el o ordine ierarhică; se vorbește uneori de structuri funcționale, pentru a depăși o viziune statică. Conceptul de organizare derivă de la organism și organe (instrumente), presupunând intrarea în joc a tuturor conceptelor deja menționate: ordine, sisteme și structuri funcționale, întreg centrat și format din părți funcțional articulate.

Toate conceptele menționate mai sus au în vedere pe de o parte o instanța individuală dată; iar pe de alta, procesualitatea raportării cognitiv active a acesteia la o situație dată. Individualul amintit apare ca o realitate centrată și delimitată cumva ce are o structură internă în care părțile constitutive sunt articulate și interfuncționează armonic. El se raportează la un context accesibil în care interacționează cu entități similare și diferite de sine, învăluit fiind de un mediu comun, sub un orizont. Această abordare poate fi analizată din perspectiva „coerenței centrale” și a perturbărilor sale.

În viziunea metateoretică menționată mai sus „dezorganizarea” se referă la perturbarea funcționării structurate atât la nivelul polului individual cât și la nivelul raportărilor active la context. Referințele ce se fac în psihopatologie la dezorganizarea psihismului uman sunt decelabile mai ales la nivelul comunicării ideo verbale și a comportamentului. Dezorganizarea cuprinde însă și structura identitară a persoanei.

Dezorganizarea psihică este echivalată cu: dezordine, incoerența, destructurare, destrămare, dezlănare, dezarticulare, haos. Alte metafore utilizate sunt:

- O clădire care s-a prăbușit;
- Un sistem orbital gravitațional (de tip planetar sau a atomului) ce a colapsat prin deficitul gravitațional;

O călătorie în care drumețul s-a rătăcit și nu mai găsește drumul spre destinație sau reîntoarcere.

din schizofrenie diferențiază net tulburarea de toate celelalte perturbări psihice. La fel cum amestecarea ritualurilor cu aritmetica e specifică obsesionalității.

Dintre problemele ce se ridică la acest nivel câteva au o trimitere antropologică importantă. Astfel e înclinația persoanelor din spectrul schizofren spre abstracții. E vorba de articularea persoanelor cu acele zone antropologico culturale care se referă și la domenii teoretice speculative, inclusiv la filosofie. Preocuparea față de abstracții vede de conținut a schizoizilor e pentru ei și o formulă de izolare socială, de retragere din prezența comunitară a comunicării interpersonale nemijlocite din viața cotidiană. La debutul schizofreniei unii tineri se arată interesați de științe oculte și exotice, de yoga, de filosofie etc. E edificator în acest sens cazul unui pacient comentat de Minkowski care afirma că se ocupa de mai mulți ani intens de filosofie; dar nu a citit nici o carte în domeniu, ca să nu-și altereze originalitatea gândirii.

Un alt aspect este sugerat de gândirea și vorbirea « metaforică » evidentă și în vorbirea tangențială; la care se adaugă preocuparea față de simboluri idiosincrazice. Faptul trimite spre universul poeziei. Limbajul poetic utilizează întotdeauna un mod relaxat de discurs. Dar aceasta deoarece poemul sau poezia are o coerență specială, susținută de un “câmp afectiv” ce trimite spre un univers valoric cultural. Imnul este adresat zeului, poezia erotică e destinată iubitei, multe poeme exprimă admirația pentru natură sau alte aspecte ale realității. Dimensiunea antropologică a credinței, iubirii, admirației, presupun un context uman cultural și spiritual special, în interiorul căruia poezia de calitate are semnificație și coerență. În afara unui astfel de context afectiv spiritual, limbajul de tip poetic poate fi anost, lipsit de sens și conținut. În dezorganizarea ideo-verbală se întâlnește tocmai absența aderenței autorului față de un astfel de “câmp spiritual” special, valid d.p.d.v. cultural și comunitar. Dacă cazul delirantului ar putea fi comparat metaforic cu deficitul disfuncțional înspre care alunecă un prozator orientat spre un

roman autobiografic bizar, dezorganizarea ideo-verbală ne trimite spre un deficit similar în aria celor orientați spre creația poetică.

Dezorganizarea schizofrenă în plan ideo verbal exprimă deci deficitul capacității de asertare semnificativă și creatoare a persoanei, în mediul său socio-cultural specific, dimensionat prin logosul comunitar, ordonat de norme și valori. Bleuler a comentat dezorganizarea schizofrenă ca una autistă. Acest autism schizofren bleulerian e unul al detașării de ambianța fizico umană cotidiană, însă în deficitul său comunicațional, marca distorsionată a logosului cultural abstract din care a căzut. Odată cu plutirea în abstracții și semnificații vag structurate, în mijlocul unui haos sufletesc greu definibil, ce tinde spre vid, schizofrenul autist se plasează în altă poziție antropologică decât autistul developmental.

### **9.3. Consecința dezorganizării ideo verbale asupra autoreprezentării identitare delirante**

Dezorganizarea în plan ideo verbal, logica semantică, nu se manifestă doar în vorbire și în planul textului scris; ea marchează întreaga gândire a subiectului. Inferența logică, argumentarea comportamentului și atitudinilor, argumentarea comportamentului și atitudinilor, preocupările teoretice abstracte, reprezentarea lumii și a propriei poziționări în aceasta, toate sunt marcate de dezorganizare. Se poate reveni acum la problema delirului, care în zona sa nucleară presupune o autoreprezentare identitară de sine în plan narativ, ca personaj, ca erou a unui scenariu fictiv aberant. Dezorganizarea cursului gândirii, cea logico semantică, argumentativă și discursivă, perturbă desfășurarea narativității ce implică subiectul. Și aceasta, atât în planul relatării către alții a evenimentelor trăite, cât și în planul autoreprezentării. În delirurile monotematice sinele este resimțit și reprezentat relativ unitar, coerent și delimitat. Dispoziția maniacală, cea depresivă și cea anxios-paranoidă, distorsionează resimțirea și reprezentarea valorică a sinelui, inclusiv în plan relațional. Coerența sa se păstrează însă în mare măsură și în multe

din aceste cazuri. Atunci când intervine însă transpersonalizarea psihotică ce mută autoreprezentarea subiectului pe o scenă fictivă, astfel încât el resimte că în jurul său încep să graviteze personaje istorico culturale iar intimitatea agenției e resimțită ca invadată de alteritate, se petrece un deficit de consistență, delimitate și nuclearitate. Acest proces poate fi accentuat odată cu deformarea gândirii sale, prin dezorganizarea ideo verbală. Subiectul tinde să devină pentru el însuși, o instanță cu o identitate abstractă, prezentă într-un discurs neorganizat. Fabulația narativă pierzându-și coerența, temele delirului ajung să vizeze un sine fluid, neincorporat, marcat de caracteristici vagi, uneori simbolice. Corpul propriu, ca pol esențial al identității, e reprezentat – pe fondul depersonalizării - ca ceva ce poate fi penetrat, deformat, devitalizat redus la abstracții științifice, integrat în câmpuri energetice și informatice mobile, teleportat etc. Propriul nume poate fi cuprins în formulări și comportamente marcate de dezorganizare (e.g. un pacient cu numele Constantin – fiind poreclit Tică – face mișcări ciudate din mâini afirmând :”eu sunt un ceas, care face tic-tac”).

#### **9.4. Dezorganizarea comportamentală**

În DSM-5, între clasele simptomatice specifice tulburărilor psihotice, e inclusă și dezorganizarea comportamentală, menționându-se la acest capitol și catatonie.

Ceea ce se descrie de obicei ca și comportament dezorganizat (în schizofrenie) constă de obicei din manifestări bizare, stridente și incompreensibile pentru simțul comun. Se au în vedere următoarele eventualități (cu exemplificări după Andreasen): - comportamentul e neobișnuit sau fantastic (de exemplu poate urina într-o zaharniță, își pictează cele două jumătăți ale corpului în culori diferite sau omoară purcelași zdrobindu-i de zid); - modul de a se îmbrăca și înfățișarea

## Cazuistică

### Psihoze delirante ce includ și dezorganizarea ideo-verbală

Un bărbat de 35 ani dezvoltă în curs de câteva săptămâni (1986) convingerea că cineva îl urmărește și vrea să îi facă rău, idei de otrăvire din partea familiei: ceaiul are un gust neplăcut, spray-urile din casă conțin substanțe toxice; relatează că la biserică sa întâlnit cu bunicul său (care e decedat de mulți ani), comportamentul devine bizar: umblă nebărbierit și îmbrăcat neglijent...noaptea rupe plapuma și scoate o bucată de lână pe care o arată soției spunându-i: “vezi”?..tu nu crezi în Dumnezeu, dar el există, vezi? Mi-a trimis asta!. Desenează două figuri și explică; Figura A constă din 3 stele fundamentale: steaua A reprezintă esența omului, adică: capul sus, organele sexuale jos și lateral membrele; steaua B reprezintă simbolul leucocitelor, adică SUA, iar steaua C, simbolul roșului, a globulelor roșii, adică URSS, se poate trece din C în L prin exsanguinare, transformări biochimice etc.; Figura B întrunește stelele repopulării care cuprinde: prima stea – Wladiow (compozitor American), a doua stea Gorbaciov, a treia stea Pavliov (numele pacientului). La una din recăderi e expansiv, dezinhibat și afirmă: “vorbesc cu Dumnezeu și cu fiica mea moartă, vocile îmi spun ce să fac, peste noi vin unde magnetice care mă dirijează, pot vindeca oamenii doar vorbind cu ei, toți suntem supravegheați de la distanța, mi se citesc gândurile dar și eu le pot citi pe ale altora.

O femeie de 28 ani, căsătorită, 1 copil, debutează în scurt timp (1991) în perioada unor evenimente sociale deosebite – când, după ce a băut o cafea simte brusc o „ruptură interioară în regiunea ficatului” și o stare de pericol nedefinit. Din când în când afirmă că are „vedenii” simțind și văzând „imaginea unui cerc de metal de 1 cm, de culoare galbenă strălucitoare, care era în jurul capului ei și care ar fi ieșit din propriul corp”. Asociază această viziune cu un mesaj venit din partea primilor creștini”, care au încercat să descifreze conținutul codificat al Bibliei și care au ajuns la concluzia că Biblia înseamnă „bi-două”, „bile-bile”, deci fiecare om are două bile deși ar trebui să aibă una singură. A simțit în organism și mișcări ca cele ale unei cozi de șarpe, acel șarpe care i-a ispitit pe Adam și Eva; când mânca un măr această senzație dispărea, astfel încât a pus și acest fenomen în legătură cu mesajul biblic, cu codul ce trebuie descifrat din Biblie. La un moment dat afirmă că a auzit o voce care-i spune: „mai privește o dată” și atunci și-a „văzut propriul schelet, care era negru, format din oase arse...a băut lapte, a simțit miros de os ars și scheletul a devenit alb”. Aceste viziuni de hip halucinator durează câteva secunde. Altă dată, afirmă că a văzut o sarcină gemelară cu trei copii, care mișcau spre dreapta când asculta muzică simfonică și spre stânga când asculta muzică populară. Relatează iluzii de schemă corporală: capul devine uneori pătrat, alteori mai lung, a avut un al treilea ochi în frunte care-i permitea să vadă în interiorul propriei persoane

La internări ulterioare relatează: inserția și furtul gândirii, halucinații auditive, afirmă că bunica ei „face vrăji”, are senzația că „i s-au introdus sârme în venă”...”studentele trebuie să ia concepționale și nu anticoncepționale pentru a nu uita la examen.

sunt nefirești. (de ex., își rade capul pe jumătate, poartă haine groase în mijlocul verii etc.) – comportament social și sexual e nepotrivit (ex. se poate masturba în public, defechează în vase necorespunzătoare, cade în genunchi și se roagă sau strigă când e în mijlocul unui grup de oameni, se așează brusc în poziție yoga sau face propuneri sexuale deplasate unor străini); - comportament agresiv și agitat ce apare fără motiv și imprevizibil etc. Alte comportamente anormale se corelează cu polul schizo-, așa cum ar fi inactivitatea, (abulia) pasivitatea, areactivitatea la evenimente și solicitări.

Inventarul (oficial) de mai sus al simptomatologiei comportamentului dezorganizat necesită câteva comentarii. În primul rând, ceea ce e înregistrabil semiologic ca expresivitate și comportament dezorganizat, se cere înțeles ca expresie a afectării argumentării și justificării sale, care se desfășoară de fapt într-un plan subiectiv de cogitație ideo verbală, mai mult sau mai puțin explicită. Apoi, nu trebuie ignorat că și așa zisa „dezorganizare ideo verbală” se referă de fapt la un comportament, centrat însă pe intenția comunicațional verbală. În această perspectivă se cere avută în vedere și comunicarea expresivă mimico-gestuală, care este un aspect bazal al relaționărilor interpersonal sociale. În contextul (sindromului) dezorganizat, privit în ansamblul său, se poate înregistra: amimie, manifestare emoțională inadecvată situațional, grimase și gesturi bizare și nejustificate, de neînțeles sau lipsite de obiectiv. Alteori comportamentul neobișnuit este motivat de pacient într-o manieră care exprimă evident dezorganizarea ideo verbală și semantică (e.g. un pacient se urcă pe masă în public și rămâne un timp necunoscut...iar ulterior explică gestul prin aceea că a „vrut să fie la înălțime” în cadrul prezenței sale sociale).

O variantă ceva mai puțin studiată a comportamentelor bizare s-ar putea încadra în ceea ce Minkowski a numit „comportament autist”. Subiectul se manifestă relativ coerent, dar urmând un obiectiv – comportamentul său de redactare intelectuală – care e detașat de interesul și semnificația comunitară, fiind



argumentat idiosincrazic. În corelație cu problematica dezorganizării în sfera comportamentală se cere comentate manifestările catatoniforme și cele corelate ambivalenței.

În contextul dezorganizării comportamentale pot fi comentate două manifestări care se corelează cu schizo-, readucând în discuție cele două linii pe care le parcurge depersonalizarea psihotică. Dintre acestea, una tranzitează dedublarea psihopatologică de tip dissociativ, și se corelează până la un punct cu sindromul cataton. Iar cealaltă, parcurge dedublarea hiperreflexivă a patologiei obsesiv compulsive, articulându-se cu simptomatologia ambivalenței.

Catatonia. Până la apariția în 2018 a ediției ICD-11, clasificarea internațională OMS a tulburărilor psihice accepta pentru schizofrenie trei forme clinice: paranoidă, hebefrenă și catatonă; la care se adăuga, eventual, și o formă simplă (pauci-simptomatică). Opțiunea corespundea demersului inițial al lui Kraepelin care a reunit în noua supracategorie nosologică a “demenței precoce”, tulburări psihice deja descrise clinic, înaintea sa precum: catatonia comentată de Kahlbaum, hebefrenia descrisă de Haekel, la care s-a adăugat un grup de psihotici paranoizi cu debut în tinerețe și evoluție nefavorabilă. Iar forma simplă a fost comentată de Bleuler, care opta pentru variante de schizofrenie marginale, subclinice sau chiar latente.

Schizofrenia hebefrenă era considerată o formă clinică cu debut precoce și predominanța simptomatologiei dezorganizante. Comportamentul e pueril, pe un fond dispozițional superficial, instabil, uneori pseudoeuforic. Sunt frecvente manierisme, poze, grimase, chicoteli, râs sau surâs autosatisfăcut, euforie superficială netransmisibilă. Dar și izolare, autocontemplare îndelungată în oglindă. Ideea delirantă e fragmentară, uneori fiind de supraevaluare; dar și hipocondriacă sau paranoidă. Sunt prezente preocupări abstracte, vorbire ilogică, absurdă, aluzivă, stereotipă. Evolutiv se instalează destul de rapid simptome negative apato abulice. Tradițional, în multe cazuri schizofrenia hebefrenă se

combina cu episoade catatoniforme, sugerând o formă clinică hebefreno catatonă. În marginea schizofreniei hebefrene a fost descrisă și o variantă ușoară a unei tulburări marginal caracteriale, denumită “heboidă”.

Forma clinică catatonă a schizofreniei se centra pe sindromul cataton; la care se adaugă și simptome dezorganizante și eventual delirante halucinator paranoide.

Catatonia e un sindrom psihomotor în care poate alterna o inhibiție de model stuporos cu o stare de agitație stereotipă (în spațiu autodelimitat). Pacientul e relativ detașat de ambianță, răspunde paradoxal la stimuli sau comenzi; uneori poate prezenta sugestionabilitate crescută, opozitivitate sau menținerea posturii imptimate, cu hipertonie. Catatonia e în prezent descrisă ca o tulburare separată, ce poate să se manifeste în diverse contexte clinice psihiatrice sau organice. Ea se întâlnește în afară de schizofrenie în psihozele acute, în patologia depresivă și bipolară, în infecțiile generale și cerebrale, intoxicații, stări dismetabolice, tumori cerebrale etc. Un aspect special îl reprezintă stuporul reactiv.

Chenar

### **Sindromul cataton**

Catatonia e un sindrom psihomotor cu un set de manifestări spontane și relaționale, ce oscilează între inhibiție și agitație. Contactul cu lumea și alții e neobișnuit. Fondul general e de detașare stuporoasă. Pacientul e indiferent și nereactiv la stimulii ambientali, cu mutism. Dar această poziționare atitudinală poate alterna cu ecolalia, ecomimia și ecopraxia (adică imitarea în oglindă a vorbirii, mimicii sau mișcărilor persoanei din fața sa). Manifestările mimetice sunt în prezent explicabile prin hiperactivarea “neuronilor oglindă”; fapt care indică în mod evident o pasivitate, o dependență sumisivă față de un altul, dominator. Relaționarea interpersonală comportamentală oscilează între opozitivitate negativistă (se opune comenzilor și încercărilor de mobilizare), flexibilitate ceroasă (păstrează poziția imprimată corpului chiar dacă e incomodă), și dependentă sugestionabilă completă. Se mai pot constata: - păstrarea îndelungată a unei posturi aparte, chiar împotriva gravitației; - stări de nemișcare cataleptică (inducerea pasivă a posturii, ce se menține împotriva gravitației); stări de agitație în spațiu delimitat, cu mișcări repetitive stereotipe; - manifestări teatrale, afectate, „manieriste” sau caricaturale ale acțiunilor normale și grimase.

În descrierile clasice ale catatoniei se întâlnesc și unele simptome care ulterior au fost identificate și în autismul developmental; fixarea pe detalii, reacții la schimbarea bruscă a ambianței, mișcări spontane de a atinge obiectele din preajma sa.

Tabloul clinic al sindromul cataton se intersectează apoi destul de mult cu cel al depresiei inhibitate, stuporoase, ce se poate însoți de negativism. Dar în depresie lipsesc fenomenele de ecou psihic sau sugestionabilitatea crescută. Alte asemănări pot fi găsite cu unele manifestări tradiționale majore ale histeriei, din perioada ei de glorie clinică; și care, în prezent se pot manifesta în unele stări disociative. Aspectul ce merită o atenție aparte este relația sa cu stuporul reactiv.

Inhibiția psihică de model stuporos ce apare în condițiile unei grave amenințări vitale a individului, constând din imobilitate motorie cu reducerea reactivității față de ambianță, este un fenomen bine cunoscut din biologie, prin reflexul de mimare a morții (“Totstelreflex”). Aceasta e o strategie de apărare instinctivă destul de frecvent utilizată de indivizii mai multor specii, ce se află la diverse nivele pe scara evoluției biologice, pentru a se sustrage agresivității predatorilor. Tot în biologie se întâlnește însă și un comportament într-un fel opus: imobilizarea victimei de către predator, prin fascinație. Iar odată imobilizată, această e apoi devorată.

Ambivalența. Bleuler considera ambivalența ca unul din principalele simptome ale bolii, alături de autism, deficitul asociației de idei (=dezorganizare) și anafectivitate. Ambivalența – care în prezent și-ar avea locul predominant în schizo -, se corelează însă strâns cu indecizia obsesională și cu modelul împrăștiat și nefinalizant de comportament al obsesivilor psihastenici. Bleuler privea ambivalența și din perspectivă afectivă, conducând la inversiune atitudinală față de părinți. Precum și prin tendința de a aborda realitatea mereu prin poli opuși; fapt ce exclude posibilitatea sintezei și a unei poziționări ferme. Acest deficit al

capacității de sinteză articulează ambivalența de problematica dezorganizării. Minkowski a dezvoltat această temă prin ideea simetrizării gândirii, a geometrizării sale abstracte, privată de elanul vital și de echilibrul subtil al creației. Stereotipia gândirii și comportamentului reprezintă în cele din urmă o repetitivitate a unei simetrii de translație. Se adaugă la schizo-psihasteni o continuă tendință spre analiza ruminativă a eventualităților de acțiune contrarii, astfel încât el se blochează între posibilități opuse, bătând pasul pe loc. Ambivalența stă și la baza ambitendenței : subiectul începe un proiect, apoi îl părăsește pentru o variantă opusă pentru a reveni la prima variantă, și continuă mult timp să oscileze astfel. Într-o altă direcție ambivalența se poate dezvolta în planul rumațiilor ideative abstracte privitoare la întrebări care nu au soluție clară (e.g. există viața după moarte? etc.). Fixat pe astfel de preocupări subiectul nu e doar inactiv ci și steril mental. În raport cu pasivitatea abulică a schizofrenului pe care o induce indecizia, în eventuala corelație cu ambivalența din obsesionalitatea malignă se pot manifesta, ritualuri și ceremonialurile, ultimele putând ajunge în contextul dezorganizării la manierismi stereotipii catatonice.

Apropierea între schizo- dezorganizare și obsesionalitate pe care o sugerează indecizia ambivalentă, poate fi extinsă. Astfel poate fi comparată pierderea direcției limbajului comunicațional din dezorganizarea ideo-verbală, cu perturbarea derulării comportamentului realizator la persoanele obsesiv psihastene grave. Acesta se caracterizează prin repetate elaborări de planuri alternative de acțiune, cu implementare dificilă, mult timp fiind acordat preparativelor (planuri, organizări, schițe); verificările sunt exagerate, cu întrerupere și reluări repetate, ocolișuri și reveniri ezitante, progresie lentă spre obiectiv, uneori deraiere sau renunțare. Dacă pentru perturbarea comunicării ideo verbale „schizotipia” poate exemplifica tranziția dintre formele grave de dezorganizare schizofrenă și normalitate, același lucru se poate spune despre obsesionalitatea psihastenă gravă în ceea ce privește relaxarea dezorganizantă a comportamentului.

Atât în cazul pierderii direcției limbajului comunicațional cât și în cea a pierderii scopului acțiunii ce se petrece prin patologia obsesiv dezorganizantă, se poate vorbi de un deficit al funcției coerenței centrale executive; simetrică cu deficitul perceptiv al acestei funcții din autism. În cele din urmă însăși procesul dezorganizant în ansamblul său, ce constă în tulburarea ordinii de succesiune și a celei ierarhice prin care se realizează sinteza unui întreg, ar putea fi interpretat ca deficitul unei funcții generale a coerenței centrale; sau a diverselor sectoare ale unei astfel de funcții, ce ar cuprinde și procesele de gândire și vorbire prin limbaj.

Comentând în paralel ambivalența și catatonă, se poate remarca și faptul că prima se corelează predominant cu autocontrolul analitic, specific patologiei obsesionale; iar a doua, mai ales cu reactivitatea față de stresori și față de o relaționare autoritară, caracteristică stărilor disociative. Atât psihopatologia obsesională cât și cea histerică disociativă nu sunt, în esența lor, psihotice. Dar ele se pot extinde până în aria „orbitei psihotiforme”. Iar schizofrenia sec.XX ce a cumulat la un moment dat aproape toată simptomatologia psihotică, a cuprins, cel puțin în clinicile psihiatrice ale sec.XX, și patologia ambivalentă și pe cea catatonă.

Psihopatologia dezorganizării, care în prezent e comentată semiologic în plan ideo verbal și comportamental, a fost introdusă în psihopatologie de Bleuler cu sensul afectării de ansamblu a structurii psihismului. În același sens a fost ea înțeleasă de către Jaspers, care punea la baza psihopatologiei psihotice (schizofrene) afectarea coerenței eului conștient al persoanei („Ichstörung”), în perspectiva delimitării, centrării agenției și unității identitare transsituaționale biografice. De fapt, așa cum sa comentat, dezorganizarea ideo-verbală trimite spre generarea ideății orientate, comunicante și creatoare a psihismului. Iar cea comportamentală spre motivația și argumentarea – bazată pe logos – a raportărilor cu sens la situațiile mundane actuale, în mijlocul rețelelor sociale și a culturii.

Afectarea dezorganizantă a psihismului trimite în mod evident spre deficitul disfuncțional al sinelui identitar biografic, a coerenței sale centrale de fond, a

intenționalității sale reflexive și a autogenerativității sale sintetice. Iar acest deficit de sinteză asertivă, de relaționare și de creație, conduce și spre o simptomatologie global deficitară, pe care Bleuler a intuit-o atunci când a lansat sintagma „dezorganizării autiste” a schizofreniei.

## **Anexă la Capitolul 9**

### **Dezorganizarea schizofrenă și perturbarea funcțiilor de ordine**

Psihopatologia, evidențiind o factologie ce rezultă dintr-un deficit disfuncțional, ne ocazionaază o privire asupra infrastructurii constitutive a psihismului uman. Dezorganizarea ideo verbală ne atrage atenția asupra dimensionării acestui psihism printr-un limbaj de fond specific, care stă și la baza „lumii umane” culturale, supraindividuale. Schizofrenul marcat de dezorganizare are probleme nu doar în desfășurarea comportamentală sau comunicant interpersonală, ci și în reprezentarea sa de ansamblu asupra lumii umane, a felului său de a fi în această lume. Înainte de a urmări pe scurt problematica psihologică pe care o relevă în mod specific dezorganizarea, vom face un rezumat al aspectelor structurale ale psihismului pe care perspectiva psihopatologiei evoluționist culturale și le-a relevat până acum.

Psihismul uman se diferențiază de cel al animalelor prin câteva coordonate pe care le sugerează însăși procesul antropogenezei. În această direcție, în Introducere au fost sugerate (Chenar...): - acțiunea cu scop (de confecționare a uneltelor) susținută de funcțiile neurocognitive; - relaționarea interpersonală empatică și de intimanță (ce susține cooperarea în microgrupuri) bazat pe funcționarea creierului social; - operarea pe modele probabiliste a situației date, într-o instanță (meta) reprezentatională, susținută de funcțiile limbajului. Raportarea activă la situații problematice este inițiată și dezvoltată de sinele identitar, biografico-caracterial – încorporat și circumscris social – bazat pe structurile cerebrale ale memoriei imaginative și ale autoreprezentării sinelui corporal. Percepția și autoreprezentarea de sine e centrată de agenția sinelui intențional și reflexiv, pulsional autogenerativ și sintetizator.

Psihismul uman păstrează funcțiile de bază ale celui biologic, maturându-se pe parcursul creșterii corporale și cerebrale de la începutul ontogenezei, perioada în

Chenar 89

## **Funcții ale limbajului uman**

### **1. Aspecte istorice**

Limbajul uman, atât în sensul conceptual de “logos” cât și în cel de “limbaj natural” sau de realitate ce poate deveni obiectul unei “științe sau filosofii a limbajului”, exprimă funcții esențiale, care se reîntâlnesc în biologie sub forma unor procese informaționale. E vorba de reproductivitatea și comunicarea intraspecifică și de relaționarea la mediu.

Limbajul articulat al indivizilor este doar o parte a relaționărilor semiotice ce se desfășoară în lumea umană, alături de alte coduri, pe fondul unor capacități specifice de comprehensiune a semnificațiilor. Funcția limbajului în comprehensiunea și manipularea situațiilor, - care presupune colaborarea dintre indivizi - este strâns corelată cu funcția narativ descriptivă și speculativ critică. Prin narativitate funcționează cultul strămoșilor, explicațiile mitologice ale originii lumii și ale omului. Cunoașterea și reprezentarea lumii de către o colectivitate culturală e sedimentată în limbaj; iar zeii, care garantează siguranță existenței muritorilor, ființează prin mituri și sunt invocați prin rituri ce implică limbajul. Ontogeneza psihică individuală, incluzând educația, se realizează în mediu lingvistic. Iar reprezentarea despre lume și despre sine a omului, este mediată tot de limbaj. Aceste funcții sunt esențiale pentru autoreproductivitatea umană, fiind similare funcțiilor îndeplinite de gene în biologie.

Se consideră că limbajul articulat s-a dezvoltat în cursul antropogenezei în ultimii 150.000 ani. În perioada sedentar agricolă a ultimilor 10.000 ani de cultură, s-a dezvoltat progresiv scrisul. Iar matematica a fost implicată în construcții ce vizau cultul sacral și construcții civile și în organizarea timpului antropocosmic, ca și calendar. În ultimii 3.000 ani, în civilizația greco-romană alfabetizată, au început să se dezvolte și științele speculative privitoare la logos, bazate pe filosofie. A apărut astfel logica și gramatica, poetica, retorica, arta dialogului, tragedia, istoria, psihologia, epistemologia etc. În Europa modernă de după tipar, s-a manifestat romanul și o psihologie a subiectivității; iar apoi, istoria. În sec.XX a apărut o filosofie a limbajului și a început un studiu sistematic a limbajului natural.

### **2.Aspecte structurale**

Limbajul natural conține și utilizează toate aspectele pe care le-a dezvoltat de-a lungul istoriei culturii, logica și filosofia. Astfel întâlnim:

- Subiectul: - ca substrat (gramatical) căruia i se atribuie calități (atribute); - ca agent al intențiilor și acțiunilor (predicate); - ca subiectivitate (conștientă) ce formulează atitudini propoziționale (eu gândesc, spun, cred etc.); - ca subiect al relaționărilor deontice (permisivitate, interdicție, obligativitate, recomandare, sugestie, îndemn etc.).
- Relaționările interpersonale prin pronume (eu, tu, el, noi, voi, ei); acestea sunt esențiale pentru dezvoltarea inter-subiectivității și a polarizării sale între intim, public, impersonal.
- Limbajul natural conține și operează cu “functorii” logicii (formale): existență și negație; cuantificarea (unul, câțiva, toți); relaționarea (și...sau, dacă...atunci), modalitatea (posibilitatea, probabilitatea, necesitatea).

- Cuvintele limbajului natural sunt, potențial, concepte generale (ce se pretează analizei); precum și ale individualului (definit contextual sau prin nume proprii). Limbajul conține toate expresiile pe care filosofia le-a cuantificat ca și categorii (sau supracategorii, categoremate, categorii științifice sau speciale etc.). Prin limbaj sunt posibile definiții.
- Limbajul natural conține numeralele și susține posibilitatea limbajului matematic.
- Funcțiile gramaticale logice ale limbajului natural sunt prezente în multiple forme de utilizare curentă și în variante circumscrise cultural (ca “discursuri” și “texte”). Pe lângă comunicarea informativă, ce și-ar avea formula standard în comportamentul de transmitere a unui mesaj, se pot menționa: dialogul, relatarea, descrierea, caracterizarea, evaluarea critică, istorisirea, discursul retoric, mitul, basmul, narațiunea fictivă, epopoea, romanul, tragedia, comedia, expunerea didactică, textul științific, poezia, invocarea, rugăciunea, imnul etc.
- Limbajul natural conține toate formele “figurilor de stil” ce sunt folosite în limbajul poetic. Limbajul științific este și el în parte derivat din limbajul natural. Alături de acest limbaj natural, în lumea umană se manifestă și limbajul matematic; precum și alte coduri semiotice de redactare a textelor în plan teoretic (în artă, muzică, diverse științe, filosofii etc.).

### 3. Utilizarea pragmatică individuală

Individul uman își însușește limbajul pe parcursul dezvoltării ontogenetice în mediu interpersonal lingvistic. În creierul său se maturează progresiv o “capacitate modulară” pentru o gramatică universală, care asimilează limbajul utilizat în ambianța lingvistică din jur.

Individul folosește capacitatea sa de a înțelege și exprima limbajul articulat în interacțiunile colaborative cu alții, care au loc în viața cotidiană. El integrează vorbirea cu alte coduri semiotice; și în primul rând cu expresivitatea mimico gestuală. Limbajul natural al vieții cotidiene constă predominant din schimburi de informații, expresii normative deontice (solicitări, îndemnuri, porunci, sfaturi etc.) și exprimarea de atitudini propoziționale (eu doresc, vreau, promit etc.). Cadrul obișnuit al comportamentului lingvistic este dialogul, prin intermediul căruia se manifestă și relatări, evocări, caracterizări, comentarii, mărturisiri etc. Limbajul vorbit se articulează strâns cu gândirea și are loc totdeauna într-un context situațional dat, fiind ordonat de parametrii acestuia.

În contextul educației și participării la variate practici instituționale, subiectul își însușește limbajul scris și diverse coduri culturale; precum și cunoștințele despre lume a socioculturii în care trăiește. În cadrul diverselor roluri sociale, subiectul utilizează limbajul oficial și specific al acestora, practicând și moduri discursive de exprimare mai mult sau mai puțin oficiale. El asimilează și limbaje științifice și culturale (artistice, mitico-sacrale etc.) pe care le poate utiliza verbal sau în scris. Căci subiectul se poate identifica de către subiect a evenimentelor ce le-a trăit și a datelor biografice. Rememorarea biografică poate și reprezentativă; dar aceasta se întretese cu cea lingvistică. În raportarea la sine subiectul poate desfășura un dialog interior autoevaluativ și autoanalitic. Dimensiunea metareprezentativă a psihismului susține și solilocvia.

Formulele standard de comunicare verbală ar putea fi considerate ca fiind transmiterea unui mesaj și redactarea unui text semnificativ. Ambele aspecte presupun o capacitate de sinteză, comprehensiune și încadrare într-un context specific. Acest context poate fi înțeles, mai ales în cazul redactărilor discursive scrise, și ca o contextualitate intelectuală.



care beneficiază și de învățări continue în mediul de intimitate interpersonală și de limbaj uman în care se dezvoltă. Funcțiile instinctive, psihomotorii și de relaționare, oscilația veghe somn, percepția vizuo spațială, orientarea și investigarea, memoria și reprezentarea vizuo spațială, orientarea și investigarea, memoria și reprezentarea, modelarea și decizia în condiția de risc, îmbătrânirea și moartea, toate urmează modelul biologic. Deasupra acestui fundal individul uman crește însă și există, într-o lume umană specifică, dimensionată prin logos.

Lume umană ce e organizată prin practici instituționalizate ordonate de norme și valori, în care indivizii se încadrează și funcționează prin rețele sociale în care exercită statute și roluri determinate. Prin intermediul instanței logosului – a instanței lingvistice narativ critice – lumea umană culturală dezvoltă o reprezentare cognitivă interpretată a mediului fizico biologic și a propriei existențe, operând cu entități fictive (spirite, bani, concepte). Narativitatea culturală se desfășoară în mituri, legende, epopei, povești, relatări, istorii, discursuri, romane etc. Iar în alt plan, în reprezentări științifice, operații matematice, speculații conceptuale asupra temeiurilor.

Mediul lingvistic cultural științific stă la baza instanței (meta) reprezentative prin care persoana configurează o cunoaștere a lumii sale și a propriei poziții în lume. Identitatea mnestică biografică a persoanei se centrează cu această reprezentare, în care subiectul se autoproiectează ca personaj, în relații cu alte persoane din lumea reală sau din cea fictivă.

Privind psihismul persoanei din perspectiva inserției sale în lumea umană bazat pe logos, apare ca firească sintagma: „fiecare subiect există într-o lume proprie”, care se întretese cu lumea intersubiectivă a cunoașterii comunitare culturale a lumii. Astfel încât, el se poate retrage în vis, în lumea sa proprie (conform celebrei formulări a lui Heraclit, reluată de Binswanger). Lumea dereistă a delirantului schizofren autist, nu se mai conjugă armonios și nu mai comunică direct cu lumea celorlalți, cu marea lume a culturii istorice. Dezorganizarea ideo verbală ne atrage atenția și asupra acestei dimensiuni a psihismului uman, de inserție într-o lume umană fundată pe logosul comunitar.

Dezorganizarea ideo verbală ne trimite, aparent, în primă instanță la comunicarea cu alții. Comunicare ce devine prin această afectare dificilă, până la incomprehensibilitate. Dar și dezorganizarea comportamentală se bazează în cele din urmă pe cea ideoverbală, de vreme ce acțiunile omului sunt întemeiate pe o motivație argumentată logic. Apoi, însăși „comportamentul comunicațional” apare ca o variantă aparte a acțiunilor umane cu scop, diferită până la un punct de realizarea de artefacte. Acest tip de comportament a atras atenția mai ales în a doua jumătate a sec.XX, când gânditorii au adus în discuție „actele de limbaj” și „jocurile lingvistice”. Deși, încă antichitatea s-a acordat atenție și a studiat retorica, dialectica și poetica, practicându-se și scrierea de epistole. Epoca informațional cibernetică spre care s-a orientat recent omenirea a dezvoltat însă amplitudinea studiului semioticii și a limbajelor artificiale. În această ambianță teoretică „teoria acțiunii” e

diferențiată de „teoria comunicării”. Prima ar servi mai ales pentru interpretarea tulburărilor comportamentale din patologia obsesională (mai ales a TPOC psihastenă); a doua, mai mult dezorganizării comunicării din schizofrenie.

Dar dezorganizarea ideo verbală se extinde și dincolo de limitele comportamentului comunicațional ca atare. Astfel, la una din extremitățile sale întâlnim tulburările formale ale cursului ideativ. E vorba de zona unde subiectul receptează pulsivitatea de afirmare a fundalului său mnestic; care, în mod normal stă și la baza visului și reveriei. Și, în același timp e toposul prin care năvălește ideea inspirației creatoare, filtrată și prelucrată ulterior de subiectul conștient. Și la fel, cea prin care suprarealiștii apela la „dicteul automat”. La cealaltă extremă întâlnim planul asertării în instanța lingvistică narativă sau teoretică, ce se desfășoară și plutește la un nivel suprapersonal, cultural. Și din care se poate împărtași orice inițiat. Schizofrenul dezorganizat ideo verbal poate vorbi spontan continuu, etalând o „salată de cuvinte”. Sau, poate scrie la nesfârșit texte de tip narativ sau științific, dezordonate și incoerente.

Dimensiunea informativ lingvistică și cultural teoretică, e o caracteristică amplă a existenței umane, atât la nivel individual cât și supraindividual. În planul psihismului individual ea se corelează cu „receptarea” și descifrarea informațiilor, fapt ce se diversifică prin căutare investigatorie și interpretarea hermeneutică. Actul realizator, oricât de pur ar fi el conceput, presupune în permanență receptarea și integrarea informativă; din memorie, din exteriorul imediat, din diverse baze de date, privitor la cursul și desfășurarea acțiunii spre scop realizată prin instrumentalitatea propriei corporalității. Relaționarea interpersonală, dincolo de specificul său realizat în intimitatea atașamentului și a empatiei, constă într-o permanentă transmitere și receptare de mesaje (=comportamente informaționale); din dialog, relatări, comentarii, caracterizări, etc. Reprezentarea realității date prin modele, referindu-se la o situație problematică actuală și la eventualitățile de soluționare a acesteia, implică în permanență acțiunile, relaționările, comunicarea informațională, căutări în baze de date etc. Apoi, proiectele și preocupările de durată se derulează și ele prin scenarii metareprezentationale ce nu pot fi extrase din mediul lingvistic. Iar creațiile în plan cultural sau științific, operează inevitabil prin intermediul unor limbaje, articulate într-un fel cu limbajul comunitar.

Revenind la problematica psihopatologiei dezorganizării, ea nu poate evita referința la perturbarea funcției generale a coerenței centrale. Dar nici trimiterea spre o desfășurare structurată orientată spre un scop (sens sau final), imersate în mediul logic, gramatical semantic al limbajului. Această provocare psihopatologică, deși complexă și multifacțată, nu poate fi ocolită.

## CAPITOLUL 10

### PSIHOPATOLOGIA DEFICITARĂ

#### ASTENIE, ABULIE, ANHEDONIE (APATIE), AUTISM DEPERSONALIZAREA ANONIMIZANTĂ

**10.1. Simptomele deficitare, psihozele și nevrozele (bolile de nervi).** În ultima ediție DSM-5 patologia psihotică e indicată prin prezența a cinci grupaje sindromatice dintre care ultimul se referă la „simptome negative”. Acestea din urmă ar fi mai specifice schizofreniei deficitare. Sunt indicate: reducerea expresiei emoționale; avoliția; alogia; anhedonia; asociabilitatea. Abordarea rămâne una comportamentalistă și centrată de pe deficitul facultăților – intelective, volitive, afective - la care se adaugă sociabilitatea. Starea deficitar psihotică astfel identificată se însoțește de pierderea capacității de “testare a realității”.

Dezorganizarea ideo verbală se articulează cu alogia deficitară, care pare a fi un rezultat al ei; iar cea comportamentală, cu avoliția (abulia); ce se corelează însă și cu ambivalența și rumițiile obsesive sau cu sugestionabilitatea disociativă. Întreg acest grupaj al simptomelor psihotice negative nu amintește însă nimic despre “autism”, care era principalul aspect deficitar în schizofrenia lui Bleuler. Autismul e plasat în DSM-5 doar în clasa tulburărilor neurodevelopmentale. Perspectiva prezentată în manualul american merită comentată printr-una paralelă.

Sindroamele psihopatologice deficitare indicate prin privativul “a” - astenie, anhedonie, avoliție, autism - au fost descrise, la fel ca multe altele, la cumpăna dintre sec.XIX și XX. Dar numai o parte din acestea au ajuns să se plaseze în zona psihotică, majoritatea manifestându-se în aria „nevrozelor”.

Când la sfârșitul sec.XVIII-ea Cullen (1770) introduce sintagma “bolilor de nervi”, se aveau în vedere tulburări în condiționarea cărora era incriminat sistemul nervos central. Dintre acestea unele prezentau leziuni cerebrale identificabile, precum era “paralizia generala progresivă sifilitică” sau „scleroza multiplă”. La

altele însă nu se identificau astfel de leziuni, ca de exemplu în epilepsie, histerie, hipocondrie, coree, delirium tremens. Aceste “boli de nervi funcționale”, deși au rămas în zona de interes a psihiatriei, erau abordate distinct față de patologia mentală clasică, centrată pe melancolie, manie, frenezie, dementia. Adică, față de acele tulburări ale psihismului, ale minții sau spiritului (“Geistkranken” în germană) în care oamenii se manifestă aberant, își pierdeau rațiunea, mintea (“deraison”, în franceză, “dementia” în formulare latină); astfel încât ies din modelul firesc de gândire și comportament, ajungând să fie internați în clinici (azile) de boli mentale. Pentru comentarea lor au și fost introduse în sec.XIX termene precum “paranoia” – ce înseamnă “gândire greșită, alătura” - sau cel de „delir” – cu semnificația de “ieșire din drum”, deraiere. Nebunii propriu ziși, se înstrăinau deci de alții, deveneau “alienați mentali”, de ei ocupându-se “medicii alieniști” din azile. Bolile de nervi, cele ale “oamenilor nervoși”, care sufereau de ”nervozitate”, erau plasate alături de acestea, într-o poziție paralelă.

În sec.XIX, pe lângă azilele de alienați mentali, au luat ființă în Europa și SUA și multe cabinete particulare ale specialiștilor orientați în direcția bolilor psihice și de nervi. Medicii care le deserveau, în mijlocul comunității, preferau eticheta de “doctori de nervi” (Nervenarzt), celei de „alienist” (doctor de boli mentale), care părea mai stigmatizantă. O exemplificare a acestei diferențe rezultă și din episodul în care Prof.A.Forel din Zürich (de la Clinica Bürgholzi) a fost solicitat să consulte la Veneția în 1891 pe Regina Elisabeta a României (soția Regelui Carol I, cunoscută și sub pseudonimul literar de Carmen Silva). Concluzia lui Morel a fost: “Regina nu e în prezent bolnavă mental, ea are doar probleme nervoase, fiind suprasolicitată de spiritualism”.

Vom comenta în continuare câteva din ariile sindromatice deficitare semnalându-le prezența în cadrul tradiționalelor „nevroze”; dar, neignorând manifestarea lor în normalitatea socio-culturală și prezența acestei simptomatologii

în marginea „orbitei psihotiforme”. Iar în final, chiar în interiorul patologiei psihotice.

**10.2.Astenia.** Termenul de astenie derivă de la o veche expresie grecească ce semnifică o stare de boală, în sens de slăbiciune; dar el nu a fost utilizat în antichitate și în Europa de după Renaștere pentru comentarea vreunei stări psihopatologice. Chiar mai recent, în sec.XIX, inițial s-au dezvoltat cercetări fiziologice cu privire la iritabilitatea și epuizabilitatea la suprasolicitări a mușchilor animalelor, înainte de a se comenta sentimentul de oboseală al oamenilor. Deoarece astenia, ca trăire a unei oboseli resimțite și reale, se întâlnește des în simptomatologia unor diverse suferințe organice și infecțioase anergizante biologice, s-a analizat doar mai târziu faptul că “sentimentul oboselii” – ca “lasitudine” – poate fi corelat și cu factori motivaționali. În psihopatologie, astenia s-a afirmat în cadrul “nevrozelor”, unde era plasată în sec XIX și histeria.

În acest context, astenia se impune în psihiatrie în sec.XIX ca „neurastenie”. Expresia și conceptul neurasteniei îi aparține medicului G.Beard din SUA, care era specializat în electroterapie, tratând cu curent electric diverse afecțiuni. Cartea sa **Neurastenia, or Nervous Exhaustion** a fost apoi tradusă în franceză și germană la scurt timp după apariția ei în America. Iar neurastenia s-a răspândit fulgerător pe cele două continente, ca o epidemie. Beard considera că a delimitat o nouă boală de nervi, care are la bază epuizarea sistemului nervos, ce “devine defosforizat”. Și care se cere, în consecință, reîncărcat energetic, cu curent electric. Simptomele neurasteniei erau și ele predominant corporale, constând din: oboseală (sentiment de epuizare corporală și psihică), iritabilitate, cefalee “în cască”, durere pe axul coloanei vertebrale, tulburări de tranzit intestinal, dispepsie, cene-stopatii migratorii, mialgii, dificultăți de concentrare a atenției, nerăbdare, irascibilitate, manifestări disvegetozice, hiperreflexie etc. Se puteau adăuga însă și simptome anxio-fobice și ușor depresive.

Beard considera că neurastenia era o boală specifică americanilor, datorată mediului aparte de viață al acestora, cu solicitări intense, concurență acerbă, stress și efort mental continuu. Iar uneori concurenții ajungeau la bani mulți, lux și excese prin consum de substanțe psihoactive și sex. Toate aceste comportamente conduceau la epuizare. Beard era de părere că, dintre americani, cei mai predispuși la neurastenie erau cei ce se lansau în afaceri, ducând o viață de risc major. El credea că boala nu ar afecta clasa muncitoare, prea ocupată de eforturi fizice brute; în mod expres erau excluși negrii. Pe lângă tratamentul electric susținut de Beard, s-au mai propus cure balneare, de refacere energetică, persuasiune, etc.

Răspândirea diagnosticului de neurastenie în Europa a condus la unele schimbări de optică și la confruntarea cu nosologia vremii. Mai ales englezii, care erau cuprinși în acea vreme în revoluția industrială, au extins diagnosticul de neurastenie și la clasa muncitoare, și în primul rând la cei care lucrau la nou înființatele căi ferate. Charcot a acceptat diagnosticul de neurastenie, alături de cel de histerie, pentru unele manifestări de model psihosomatic (în direcția simptomatologiei predominant cenestopate colecționată în histerie de Briquet la mijlocul sec.XIX). Freud a diferențiat în raport cu neurastenia (și histeria) încă o nevroză, predominant anxios fobică; și a sugerat că trăirile astenice, cu sentiment de epuizare, s-ar putea datora excesului sexual. După Primul Război Mondial voga neurasteniei a scăzut, fără a dispărea. Conceptul de astenie psihică s-a încetățenit chiar printre tipurile caracteriale, comentate în descrierea personalităților psihopate ale lui Schneider.

Explozia neurasteniei a stimulat, în epocă, și crearea conceptului de “psihastenie” de către Janet. Căci, deja în prima jumătate a sec.XIX psihiatria a recuperat semnificația de “psihism” pentru nosologia ei, odată cu conceptul de “psihoză” introdus de Ernst von Feuchtersleben în 1825 pentru cei internați în azile. Deși nu a avut o definiție precisă, termenul de psihoză a încorporat treptat majoritatea patologiei azilare. Mai ales cea care s-a desprins din tradiționala

melancolie și manie, sub forma delirului halucinator; delir care va fi marcat ulterior și de dezorganizarea și autismul schizofreniei bleuleriene. Janet a încercat un demers similar și pentru “bolile de nervi”, care în sec.XX se vor grupa în clasa (psiho)nevrozelor. El a remarcat că neurastenia lui Beard nu cuprindea prea multe simptome psihice. De aceea, în noul concept de psihastenie, construit și el după un model energetic fizicalist, psihopatologul francez a introdus, alături de astenie, anxietatea, fobiile, obsesiile, compulsiile, indecizia, ambivalența. Precum și mai nou descrisa depersonalizare. Care, tocmai a ajuns să încoroneze tabloul clinic al acestei boli prin “pierderea simțului realului”, susținută fiind de derealizare, comentată de Janet ca “sentiment de incompletitudine”. Modelul comportamentalist al psihasteniei lui Janet pune accent pe o “tensiune psihică” care susține proiectul de acțiune al persoanei. Scăderea acestei tensiuni nu se referă însă doar la nivelul energetic bazal, de propensiune și de proiecție; ci și la cel aspirativ și de sinteză. “Funcția realului” s-ar plasa în vârful unei ierarhii psihice, concepută în tradiție evoluționist jacksoniană. Astfel încât simptomatologia se manifestă clinic, e considerată că se „desimplică” odată cu scăderea tensiunii psihice și pierderea simțului realului, exprimându-se exprimă tot mai mult prin manifestări repetitive, automate, nediferențiate. Referințele lui Janet la fenomenele de depersonalizare/derealizare din psihastenie sunt reanalizate recent de psihopatologia cognitivă care studiază patologia obsesiv compulsivă.

Concepția psihasteniei s-a menținut un timp, mai ales în jurul patologiei obsesiv compulsive, ajungând chiar să denumească una din variantele tulburării de personalitate obsesională. Ideea de astenie a revenit însă ulterior în psihopatologie chiar sub forma neurasteniei lui Beard, în câteva secvențe succesive.

Problematika asteniei s-a insinuat în ultimul timp, însă, și în marginea patologiei psihotice. În ultimele decenii psihologia și psihopatologia a beneficiat tot mai mult de cercetările cognitive, care țin mult seama de prelucrarea informației, după modelul inteligențelor artificiale. Astfel s-a stabilit că omul, la fel

Chenar 92

### **Avataruri ale neurasteniei în sec.XX.**

După mijlocul sec.XX în URSS – și țările din blocul communist –tema neurasteniei s-a reactivat sub patronajul concepției “nevriste”, a perturbării “activității nervoase superioare”, din concepția lui I.P.Pavlov. Nevrozele și psihozele căpătau, sub această ideologie, o interpretare ce se calchia pe dinamica excitației și inhibiției pe cortexul cerebral. Dintre nevroze, neurastenia se plasa la loc de cinste, deoarece prezenta cele mai puține simptome subiective, greu de interpretat în acest model. Așa s-au petrecut lucrurile și în România acelor vremi, când Institutul de Neurologie al Academiei a declanșat un studiu și a publicat o carte privitoare la nevroza astenică, ce a devenit pilonul diagnosticelor de nevroză. Erau acceptate și forme clinice “cu elemente” anxios fobice, obsesive, depresive etc. Explicația științifică aducea în prim plan din nou argumentația lui Beard privitoare la suprasolicitare. Doar că acum, populația vizată era clasa muncitoare din țările socialiste, suprasolicitată de efortul de a construi o nouă societate. De remarcat faptul că, totuși, în această atmosferă s-au dezvoltat unele interpretări nuanțate privitor de ex. la faptul că rol patogenetic are mai ales munca neplăcută, fără satisfacții; și că un anumit rol îl poate juca și perfecționismul caracterial, ce poate induce o autosuprasolicitare epuizantă. Odată cu prăbușirea sistemului politic acest nou val al neurasteniei s-a stins și el.

O altă reactualizare a problematicii asteniei s-a produs odată cu luarea în considerare a realei epuizări ce se poate realiza atunci când un om e supus, într-o perioadă delimitată de timp, unei solicitări psihofizice mult crescute. Se avea acum în vedere atât efortul fizic cât și cel intelectual, tensiunea psihică, atenția, creativitatea, responsabilitate etc.

O astfel de epuizare denumită “burn-out” era chiar previzibilă în unele domenii, în perioade extrem de solicitante. Se poate vorbi, desigur, de o reacție comprehensibilă anormală de epuizare, similară cu cea depresivă (din doliu) sau cea anxioasă, după un stres cu pronunțată amenințare vitală. În cazurile de burn-out se cere ținut seama, pe lângă constituția subiectului, de nivelul său de pregătire, acomodare, informare asupra situației ce-l așteaptă, de dotarea sa corespunzătoare solicitărilor evenimentului etc.

O fațetă mereu prezentă a asteniei se intersectează cu acea dimensiune a ei, care însoțește bolile corporale în general. Unele din acestea, mai ales cele infecțioase, virozele de exemplu, pot fi extrem de astenizante. Uneori, în prezența unei oboseli prelungite, se poate presupune o condiționare infecțioasă (sau general corporală) pe baza unor indici, chiar dacă nu se poate formula un diagnostic exact. Oricum psihopatologia actuală acceptă diagnosticul de “oboseală cronică”.



Actuala perspectivă planetară a existenței oamenilor, solicită dialogul dintre culturi; precum și o atenție sporită față de istoria cultural științifică a omenirii. Astfel, medicina antichității occidentale a fost d.p.d.v. doctrinar predominant umoralistă. În alte culturi însă mai ales în cele orientale, au predominat doctrine energetice. Așa e de ex. medicina chineză. Dar și în Europa, chiar relativ recent, a fost funcțională, în paralel cu doctrina etiopatogenică organică și terapia centrată pe medicamente sintetice, și o medicină homeopatică, bazată tot pe o viziune energetică. Ori, în cadrul acestor concepții, astenia, datorată deficienței de energie, mai precis “anergiei”, joacă un rol deosebit. Dacă ne referim strict la domeniul psihopatologiei, interpretarea depresiei de ex., e în medicina chineză tratată și în prezent predominant în termeni de minus energetic și nu de distorsiune a unei dispoziții afective,

ca alte ființe cu sistem nervos central dezvoltat, obține informații din diverse medii prin operaționalitatea unei atenții selective, care sortează deja la nivel periferic informațiile importante, pentru obiectivul intențional diferențiindu-le de cele neimportante. Dacă acest filtru atențional periferic nu funcționează adecvat, suntem bombardati de multe informații inutile, de “zgomote” perturbatoare, astenizante; și trebuie să facem un efort special pentru a selecta activ informațiile noi utile; efort ce ne epuizează și el. Astfel s-ar explica astenia din fazele inițiale ale schizofreniei.

Simptomul asteniei, în sensul oboselii predominant resimțită subiectiv, se plasează la periferia autopercepției de sine a persoanei ca agent intențional și activ, ce se proiectează în lume. Se poate spune că ea gravitează în jurul “orbitei psihotiforme”, pe care o poate totuși intersecta.

**10.3. Avoliția (abulia)** se referă, în traducere directă, la lipsa de voință. Deci, la un deficit al dinamismului motivațional, de generare și de implementare a comportamentelor cu scop, pornind din mijlocul autonomiei agenției identitare a sinelui; caracteristic e și deficitul de finalizare. În normalitate există multe variante la acest nivel, care sunt de obicei incluse în sistemele caracteriologice (e.g. – dimensiunea “conștiințiozității” în sistemul celor Cinci Mari Factori). Avoliția se poate întâlni în variate tulburări psihice, predominante fiind cele obsesiv

compulsive, depressive, schizofrenia deficitară și catatonie. Se pot menționa următoarele simptome în perspectiva individului ce acționează izolat:

- Lipsa de interes, de motivație și dorință de a iniția acțiuni de orice fel.
- Rumiții interminabile privitoare la variate eventualități de acțiune, fără ca subiectul să se poată decide pentru un proiect concret;
- Luarea unei decizii și întocmirea unor planuri de acțiune, dar cu imposibilitatea de demarare (lipsește funcția pe care germanii o numesc “antriebe”);
- Indecizia, ambivalența și ambitendența. Acțiunea e începută dar e însoțită de permanente verificări și părăsită în diverse faze ale sale; eventual se încearcă și o variantă contrarie, care este și ea oprită. Apoi, totul se repetă, comportamentul efectiv dezvoltându-se mai mult sau mai puțin. Ambitendența se plasează pe direcția dezorganizării psihastenice a comportamentului, orientat spre schizofrenie;
- Lipsa perseverenței; acțiunea începută e oprită frecvent. Sau, e derivată spre o acțiune colaterală, uneori pierzându-se în direcții secundare. Dar ea poate fi ulterior și reluată de la nivelul la care a fost părăsită; sau, chiar de la început, într-o variantă puțin diferită. Aceste manifestări se întâlnesc în obsesionalitatea gravă și în schizofrenie.

- Finalizarea și reluarea repetată a acțiunii, cu sentimentul neterminatului.

- Stângăcie și apragmatism în acțiuni.

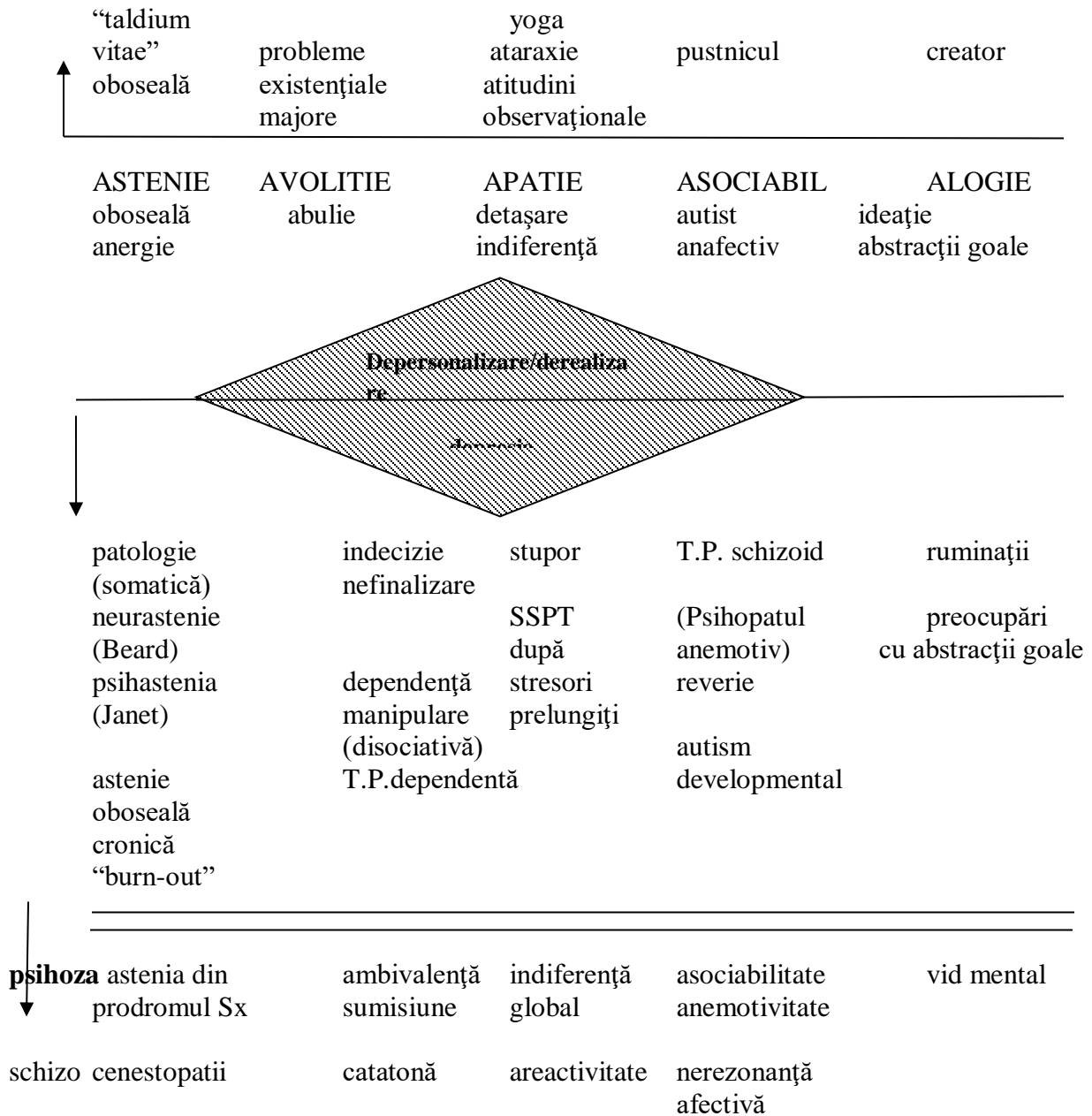
În cazul interacțiunii acționale cu altul se pot menționa:

- Completa dependență de altul; și aceasta, nu doar în perspectiva acțiunii propriu zise ci și a opiniilor, intențiilor, preferințelor; și, desigur, a obiectivelor. E cazul tulburărilor de personalitate dependentă.

- Nevoia de a fi îndemnat și sprijinit în inițierea și derularea actelor, mai ales pentru situații mai problematice. Persoane abulice sau anxioase, cu marcată “lasitudine” sau conduită evitantă, pot fi totuși mobilizate de alții, prin persuasiune și atitudine suportivă protectivă.

Chenar

### Simptomatologia deficitară în psihopatologie în general și în psihoze (schizofrenie)



- Sugestionabilitate crescută, influențarea de către alții a deciziilor și acțiunilor, prin imitare sau sugerare. Sugestia hipnotică și posthipnotică sunt cazuri extreme. Fenomenele de “ecou psihic” – motor, mimic, lingvistic - pot apare în catatonie sau în Sindromul Tourette, prin intervenția “neuronilor oglindă”.

- Ambivalența, în sensul solicitării altora de a se implica în decizii și acte personale, dar cu importante oscilații, desolidarizări, opoziții față de celălalt.

- Opozitivitatea marcată față de sugestia sau solicitarea altora, inclusiv față de intenția de mobilizare.

O parte din aceste manifestări pot apare în Sindromul cataton, în aceeași direcție de întretesere dintre psihopatologia deficitară și cea dezorganizantă.

**10.4. Anhedonia, apatia (nerezonarea indiferentă).** Comportamentul persoanei rezultă în mare măsură în urma unor solicitări, reactiv față de provocări externe, în urma rezonării cu ceea ce se petrece și cu alții; sau a solicitări exprese din partea celorlalți. Această reactivitate presupune atașament, adeziune față lumea dată și față de alții. Ea poate fi la unele persoane redusă constituțional, tipologico caracterial (e.g flegmaticul din tipologia antichității). Prin opoziție, alte persoane sunt hipersensibile la evenimente și solicitări. Dar, în această direcție s-au descris și simptome psihopatologice, care se întind până în aria psihotică a schizofreniei.

Ribot a folosit la sfârșitul sec.XIX-lea termenul de *anhedonie*, pentru a indica reducerea capacității subiectului de a experimenta plăcerea, de a se bucura, manifestând lipsa de interes, preocupare și reactivitate față de ambianță. N. Andreasen a introdus anhedonia în scala sa de evaluare a schizofreniei negative (în 1983); dar, cu accent pe areactivitatea și indiferența socială. Ca manifestări caracteristice pentru anhedonie autoarea americană indica: - lipsa capacității de a avea sentimente de intimitate și apropiere față de alții, relații reduse de prietenie, interese sexuale reduse (în raport cu vârsta și statutul social) ș.a.m.d. Totuși, incapacitatea de a se bucura, de a avea plăceri, satisfacții, de a fi atras de lumea

înconjurătoare, se întâlnește și în depresie sau în sd. de depersonalizare/derealizare, în contexte diferite de cel schizofren. Anhedonia poate fi de aceea un exemplu pentru necesitatea de a fi atenți la sensul pe care-l are un simptom (într-un anumit fel denumit) în diverse cadre sindromatice.

Anhedonia, așa cum a comentat-o Ribot, avea inițial semnificația unui deficit de rezonare afectivă. De aceea merită reluată observația lui Berrios privitoare la efortul ce s-a depus în sec.XIX pentru diferențierea limbajului psihologic în acest domeniu, prin introducerea aspectelor temporale. Privitor la anhedonia depresivă, e vorba nu doar de faptul că “în prezent” subiectul nu poate resimți plăcerea, ci și de anticiparea faptului că ea nu va putea fi resimțită nici în viitor. El nu se mai așteaptă la nicio bucurie sau satisfacție, fiind blocat în perspectiva expectațiilor, lipsit de speranța că va mai fi bine cândva, repliindu-se pe un trecut vinovat. Situația e diferită de cea din schizofrenia indiferentă, unde respectiva distorsiune temporală nu se petrece. De aceea, pe la mijlocul sec.XX, Dide și Guiraud au încercat să introducă o altă expresie pentru a caracteriza lipsa plăcerii, a propensiunii spre lume și a capacității de a se bucura în schizofrenie, propunând termenul de “*atimhormie*”. Expresia urma să semnifice, pe de o parte lipsa de afectivitate – “*a-timie*”; iar pe de altă parte, absența propensiunii active spre lume, exprimată prin particula “*horme*”. Termenul de *atimhormie* nu s-a impus. Se folosește în schimb destul de frecvent pentru etichetarea deficitului de afectivitate, de aderență, rezonare și reactivitate la lume pe care o trăiește schizofrenul, expresia grecească de “*apatie*”. Semnificația acestei expresii e și ea predominant afectivă, dar cu înțeles de “afectivitate respondentă la solicitările lumii”; și nu de una proiectivă, propensivă (“*pathein*” însemna în greaca veche a suferi, a fi afectat, de unde expresiile prezente în limbile europene de: pacient, paciență – răbdare - , pathetism etc.). Apatia înseamnă, deci, în prima instanță, indiferență areactivă. Apatia psihopatologică din schizofrenie se înscrie în sd.deficitar apato abulic, ca expresie a unei depersonalizări anonimizante, rezultată

și din dezorganizarea ce destramă psihismul. Subiectul ajunge sa fie lipsit de însăși nuclearitatea agenției sale autonome; de axul identității cu sine a unei persoane conștiente, delimitate, consistente și coerente.

Schizofrenul deficitar apato abulic se resimte pe sine nu doar ca lipsit de identitate – ca în sd.dep/der.st. – ci ca fiind efectiv vid, fără contur și conținut; fără dorințe, intenții, gânduri, lipsit de orice atașament și intenționalitate față de ceva din lume, față de alții. Pe scurt, ca fiind gol, neconturat și nerezonând la nimic. Uneori, printr-o reflexivitatea lucidă relativ păstrată, el conștientizează, chinuit, această decădere a condiției sale. Dar variantele autoanalitice și lucide de schizo -, nu sunt frecvente, deoarece procesul dezorganizant destramă progresiv și raționamentul critic al pacientului. O indiferență apatică se întâlnește însă, sub o formă moderată, la personalitățile schizoide, ce sunt indiferente față de alții, lume și sine. Subiecții nu sunt interesați de părerea altora despre sine, sau de condiția lor de persoane izolate, marginale.

Apato abulia schizoido-schizofrenă (negativă), înțeleasă ca indiferență areactivă, are însă și o replică într-o variantă antropologică extrem de elaborată, prin care persoana câștigă un control și o detașare față de rezonarea la evenimentele lumii, considerate în genere ca tulburătoare și cauzatoare de suferință.

În cultura Greciei clasice condiția indiferenței afective era avută în vedere nu atât ca o eventualitate deficitară, negativă; ci, mai ales, și ca o țintă a unui suprem efort de autocontrol filosofico moral, prin care se ajungea la “*ataraxie*”. Ataraxia reprezintă o stare de detașare de lume realizată prin efortul de gândire și moral al filosofului (stoic, sceptic) care, pe baza unei complexe și coerente concepții despre lume și privitoare la destinul omului depășește metodic contingenta mizeriilor existenței cotidiene. El ajunge astfel, treptat, la înțelepciunea indiferenței. E vorba aici de o variantă filosofică grecească, a atitudinii de extragere din ciclul suferințelor mundane, spre care tindeau și vechii indieni, prin yoga și budism.

Astfel de stări spirituale superioare se plasează însă la alt nivel decât deficitul apato abulic din schizofrenia depersonalizantă.

Indiferența ataraxică, ce poate fi comentată până la un punct și în cadrul normalității, ar putea fi înțeleasă ca o stare dispozițională aflată la limită; rămânând totuși ca un cadru din care s-ar putea deriva prin coborâre, alte stări dispoziționale, pe măsură ce subiectul s-ar angaja progresiv, mai mult sau mai puțin controlat, în lume. Așa era ipostaziată, de ex., și poziționarea “geniului” romantic, pe care o comentează Eminescu în *Luceafărul* și în *Glassa*. Sociabilitatea (gregară) s-ar plasa, în raport cu “indiferența superioară” a ataraxiei, la un nivel inferior; alături de emotivitate și pasiunile vieții curente, în mijlocul existenței cotidiene.

Apatia are deci, și ea, o amplă traiectorie antropologică, de la formele înalte, de câștigare prin exercițiu filosofico spiritual a unei detașări areactive față de lume; la formele dispozițional caracteriale ( e.g. “flegmaticul” tipologiei umoraliste); și, mai departe, în jos, spre variantele anhedonic apatice din *sd.dep/der.st* și din depresie. Iar în final, din schizofrenia negativă depersonalizant anonimizantă.

### **10.5. Autismul, asociabilitatea și deficitul relaționării interpersonale.**

Astenia, abulia, anhedonia, și apatia sunt complexe simptomatice care se constituie, în principal, pe axul funcțiilor realizatoare, a proiectelor de acțiune susținute de motivație și de funcțiile executive. Bleuler a introdus conceptul de *autism* pentru a indica condiția pe care o ating unii psihotici “schizofreni”, care ajung să se replieze asupra unei lumi interioare, „dereiste”, dezorganizate și uneori delirante; fără a mai putea comunica efectiv cu alte persoane, cu cei din jur. În plus, ei sunt receptați de aceștia ca bizari, stranii, inaccesibili comunicării și comuniunii. Pacienții marcați de depersonalizarea clasică (standard) descrisă de Krishaber și Dubois, resimțeau și ei, subiectiv, odată cu sentimentul pierderii identității, plasarea în afara lumii comunitare, cu care aveau sentimentul că nu mai

pot comunica. Dar schizofrenii autiști ai lui Bleuler apar ca efectiv plasați într-o lume paralelă, delirant halucinatorie și bizară, manipulați de alteritate și fără a mai putea comunica lingvistic, pragmatic și comprehensiv – dar nici prin atașament, acordare și rezonare empatic afectivă - cu ceilalți oameni. Și nici aceștia cu ei.

Autismul schizofren nu a putut fi definit prea clar; și, mai ales, diferențiat de alte forme de alienare psihopatologică în care comunicarea cu cei normali e dificilă. La un moment dat s-a și propus ca identificarea sa să se facă printr-un diagnostic intuitiv (“precoxgefühl.”)

Problema și tema autismului au recăpătat interes în a doua jumătate a sec.XX, când a fost descris și studiat un deficit psihic developmental ce se distingea de obișnuita deficiență intelectuală (=oligofrenie), prin ciudățenia lipsei de interes pentru alți oameni; și, chiar pentru figura umană în general. La aceștia se constată absența zâmbetului și necooperarea cu cei din jur, simptome însoțite de mișcări stereotipe, intoleranță la schimbare și alte particularități senzorial comportamentale. Manifestările devin de obicei evidente până la 3 ani. Dar s-au descris și cazuri care se exprimă pregnant doar înainte de pubertate sau mai târziu (Sindromul Asperger). Interesul crescut față de această patologie developmentală a condus la conturarea unui „spectru autist”, a cărui circumscriere din DSM-5 pune accentul pe deficitul relaționării și comunicării interpersonal sociale, constând din :

- lipsa de interes pentru prezența oamenilor sau pentru contactul vizual cu aceștia: - deficit în reciprocitatea emoționabilității sociale, - a împărtășirii intereselor cu alții, - în comportamentul comunicațional nonverbal și verbal; - în a dezvolta și menține relații de atașament și prietenii etc. Se adaugă : manifestări stereotipe, aderența la rutină, detalii și nonschimbare, interese restrânse, hipo sau hiperreactivitate la stimuli minori, dificultate în perceperea ansamblurilor ca detașate de un fundal accesibil etc.(Chenar 93 ).



Autismul developmental s-a dovedit un domeniu privilegiat pentru studii neurocognitive, mai ales datorită restricției și rigidității comportamentale a pacienților; precum și a utilizării reduse de către ei a limbajului articulat. Multiplele cercetări cognitiviste ce s-au desfășurat pornind de la cazuistica autismului developmental au fost orientate în direcția „cogniției sociale”, ajungându-se să se comenteze și un „creier social”. Acestea s-au desfășurat în strânsă legătură cu studierea atașamentului infantil, conducând la circumscrierea capacității de „mentalizare” (Theory of Mind – ToM). Competența mentalizării constă în faptul că, copilul normal dezvoltat intuiește, doar percependu-i pe alții, evaluările și intențiile acestora în situație. El ajunge acum să înțeleagă – în urma câștigurilor cognitiv relaționale realizate progresiv până la această vârstă în conjuncție cu dezvoltarea atașamentului (prin care imagoul matern e introjectat în propriul psihism) – că: „El însuși” are o minte a sa, distinctă de mintea altora, cu care e totuși similară; că, el însuși e autorul gândurilor și acțiunilor sale, la fel cum ceilalți sunt autorii gândurilor și acțiunilor lor. La autiști această structură funcțională, cognitiv relațională și ideativă, nu se diferențiază suficient. Cercetările în această direcție, s-au corelat cu ansamblul problematic al psihologiei relațiilor interpersonale, privitoare atât la „sociabilitate” în general, cât și la atașament, empatie, intimitate și moduri de relaționare. Această arie problematică e extrem de importantă pentru psihopatologie; și ea a fost invocată, începând cu primele două capitole, de-a-lungul întregii lucrări.

Revenind la aspectul clinic al autismului developmental, după ce au fost studiate cazurile cu diverse grade de nedezvoltare specifică a psihismului, în spectrul autist au ajuns să fie incluse și persoane cu destul de bună dezvoltare a inteligenței; și chiar a limbajului. Persoane ce se pot integra parțial în funcționarea socială, în urma unei psihopedagogii speciale și a susținerii comunitare. Performanța lor poate fi chiar bună în domenii care nu presupun relații sociale

Chenar 93

**Spectrul autist**  
Criterii din DSM-5

A. Un deficit persistent în comunicarea și interacțiunea socială în multiple contexte care se manifestă prin următoarele (în prezent sau pe baza istoriei):

1. Deficit în reciprocitatea emoționabilității sociale, de ex. abordări sociale anormale și eșuarea conversației reciproce, o redusă împărtășire a intereselor, emoțiilor și afectului; eșecul inițierii sau răspunsului la interacțiune;
2. Deficit în comportamentul comunicațional nonverbal; de ex. comunicarea verbală și nonverbală e slab integrată; anormalitatea în contactul ocular și limbajul corporal sau deficit în a înțelege și utiliza gesturile; până la completa lipsă a comunicării nonverbale sau expresiei faciale.
3. Deficit în a dezvolta, menține și înțelege relațiile; de la dificultăți în a ajusta comportamentul la variate contexte sociale la dificultăți în a împărtăși jocuri imaginative sau de a-și face prieteni sau lipsa interesului de a avea persoane apropiate.

B. Modele de comportament, interese și activități restrictive, repetitive ce se manifestă prin cel puțin două din următoarele:

1. Stereotipie sau repetitivitate a modelelor de comportament, utilizare a obiectelor sau a vorbirii (e.g. simple stereotipii motorii, a lovi ușor obiectele, ecolalie, fraze ideosincrazice);
2. Insistență pe neschimbare, aderență inflexibilă la rutină sau modele ritualizate de comportament verbal sau nonverbal, dificultăți cu tranziția, modele de gândire rigide, ritualuri de salutare, nevoia de a urma același drum sau a folosi aceeași mâncare în fiecare zi;
3. Interese restrânse, fixe, anormale ca intensitate și obiectiv (e.g. preocupare crescută cu obiecte neobișnuite; interese excesiv de circumscrise sau perseverative);
4. Hiper sau hiporeactivitate la contactul senzorial sau interese neobișnuite în aspectele senzoriale ale ambianței (e.g. aparenta indiferență la durere/temperatură, răspuns adversiv la anumite sunete sau texturi, excesiva mirosire sau atingere a obiectelor, fascinație vizuale cu lumină sau cu mișcări).

C. Simptomele trebuie să fie prezente în perioada dezvoltării timpurii (dar pot începe să fie manifeste când solicitarea depășește cap

importante și schimbări informative neprevăzute. Un portret robot al acestei cazuistici s-ar caracteriza prin:

Comportament rigid desfășurat după un algoritm fixat de la început, nereorganizat pe parcurs în funcție de informațiile contextuale; subiectul, dacă ține cont de împrejurări, trebuie să facă eforturi pentru a reveni la direcția fixată inițial; e perseverent și greu influențabil; preocupările sunt predominant teoretice de ordin

general, deseori privind sistematizarea unui domeniu de cunoaștere. Ele nu sunt legate de realizări pragmatice; iar colaborarea cu alții e foarte dificilă. Autistul superior poate fi interesat de studii sistematice în domenii circumscrise și de elaborări teoretice într-o zonă delimitată, impersonală; sau de activități constructive și de sistematizare; nu prezintă interes pentru a fi recepționat și comentat de alții; poate să-și exprime gândurile și redactările când auditoriul e minim sau chiar dacă nu îl ascultă nimeni; nu e sensibil la context și sensurile implicite, căutând să delimiteze cât mai accentuat domeniul de care se ocupă; prezintă lipsă de fluentă și comprehensiune a nuanțelor și subtilităților; e atent la detalii și completitudine, parcurgerea ansamblului se realizează din aproape în aproape, din detaliu în detaliu, până când subiectul are sentimentul că totul e bine conturat. Relaționarea cu alții e redusă, lipsită de spontaneitate și intimitate; nu se poate plasa în punctul de vedere al celuilalt; colaborarea e dificilă sau imposibilă, în dialoguri și acțiune.

Tabloul astfel conturat amintește de clasicul model al personalității obsesive anancaste, descris de psihopatologii germani ca o variantă a TPOC, în care indecizia funciară a obsesivului e hipercompensată prin rigiditate. De fapt, cercetările sistematice ale ultimilor ani au demonstrat că tulburarea obsesiv compulsivă este una din cele mai frecvente comorbidități ale autismului.

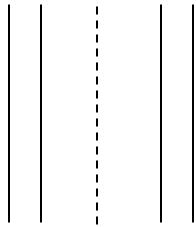
Pe de altă parte, interesul pentru spectrul autist lărgit, cuprinzând rudele apropiate ale autiștilor, a identificat prezența între acestea a multor persoane cu comportament în limite normale și integrate în comunitate, dar care prezintă „răceala afectivă”, atitudine distantă față de alții, preocupări tehnico-matematice, tendință spre o existență cu minime relaționări sociale. Trăsăturile menționate sugerează apropierea față de ceea ce tradițional s-a descris (inclusiv în DSM 5) ca tulburare de personalitate schizoidă. Se ridică problema dacă schizoizii nu se suprapun, în cea mai mare parte, peste persoanele autiste cu intelect superior. În DSM-5 se menționează că diagnosticul diferențial între aceste două cazuistici e

uneori foarte dificil, în favoarea autismului pledând eventual prezența mai accentuată a stereotipiilor. Probabil că e vorba însă nu doar de stereotipii, ci de tendința accentuată spre delimitare și unidirecționare a celor din spectrul autist; deosebită de tendința spre împrăștiere și dezordine a schizoizilor. Aceștia, spre deosebire de autiști, sunt stăpâni pe limbajul narativ critic, relațional; și, mai ales, pe cel abstract, nu rareori prezentând tendințe spre preocupări teoretice sterile, cu un limbaj vag, aluziv, uneori prețios. Față de tentativele constructivist-tehnice și de sistematizare ale autiștilor – dotați uneori și cu capacități de calcul aritmetic ieșite din comun -, schizoizii preferă preocupări abstracte „transcendente”, de tip filosofic, mistic chiar. O trăsătură comună evidentă e însă anafectivitatea indiferentă, atât față de alții cât și față de sine.

Faptul că la nivelul TP schizoide se poate realiza o eventuală joncțiune cu cazuistica autismului developmental superior, nu clarifică însă diferența de fond dintre psihopatologia acestuia și tradiția introdusă și comentată de Bleuler. Autistul developmental își edifică, cu greutate, de-a-lungul ontogenezei o schiță de sine identitar, biografico caracterial rigid; orientat în permanență spre un efort de delimitare rigidă în toate raportările sale (în spațiul imediat înconjurător, în raport cu alții, în prelucrările sale teoretice); iar lumea umană pe care el o cunoaște și și-o poate reprezenta, este una săracă și rigid ordonată. Ori, procesualitatea delirului primar, prin care Jaspers susținea că se instituie psihoza delirant paranoidă schizomorfa, realizează o „transpersonalizare”, care prăbușește prealabila identitate a subiectului, în direcția unui scenariu care-l transformă într-un personaj fictiv, pe scena unei lumi „dereiste”. Sinele acestui psihotic deficitar, delirant și dezorganizat, nu are ca problemă delimitarea de lumea prezentă acum și aici; căci el se raportează în primă instanță la o simili-lume fictivă, fluidă și împrăștiată, în care condiția delirantă îl transpune.

Chenar

## Trei variante patologice ale identității persoanei

1/Autism  
developmental

Deficit de interes, percepere-identificare, atașament(intimanta,empatie), relaționare și comunicare cu alte persoane

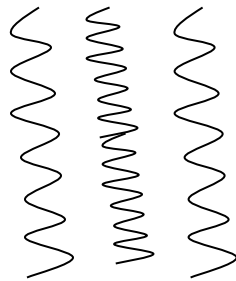
Deficitul limbajului emoțional și naratic conceptual

Autoreprezentare deficitară

Intoleranță la schimbare ambientalofizică

Stereotipii motorii. constructivism

2/dezorganizare  
în schizofrenie  
paranoida  
delir  
halucinator  
dezordine în  
gândire  
vorbire si



Limbaj deficitar logic, gramatical, sintactic, semantic, neologisme

Semnificații speciale, preocupări pentru abstracții goale;  
Lipsă de coerență și ordine în toate: aspect bizar, ciudat, detașare fata de situatii,altii, sine.

Identitatea se preschimbă într-un personaj dintr-un scenariu aberant plasat într-o lume fictivă în care subiectul se închide (autist) detașat de ambianță și incoerent

“transpersonalizare” pe o scenă narativ fictivă

depersonalizare/derealizare

apato abulie anonimizanta

3/apersonalizare  
anonimizantă  
din schizo deficitar  
apato-abulic

Pierderea nucleului identității  
cu sine,  
“Propriile trăiri nu sunt ale  
sale”  
Pasivitate  
Reducerea inițiativei în  
gândire și acțiune  
Sentimentul de a fi anonim,  
vid, inexistent

Sentimentul lipsei de “prezență”  
la situație  
Limitele sinelui sunt resimțite  
fragile  
Vulnerabil la influențe  
Sentimentul modificării  
aspectului  
Părți ale corpului îi apar străine  
Tb. formale de gândire, gol  
mental, devitalizare

Delirul schizofren pe care-l avea în vedere Bleuler și Jaspers era unul marcat nu doar de dezorganizare ideo-verbală, ci și de un aspect profund al procesului de depersonalizare/derealizare, care afectează coerența identității și lumii personale a pacientului. Jaspers a insistat asupra pierderii în psihoză (= schizofrenie delirantă) a coerenței identitare, a centrării, limitelor și agenției sinelui.

Autistul schizofren, cel intuit inițial de Bleuler, trimite spre o condiție cu totul particulară, a unui om ce se închide într-o lume paralelă, stranie, necomunicantă; în care el se desprinde de ansamblul parametrilor vieții cotidiene fiind absorbit de o instanță a abstracțiilor, pe fundalul unei depersonalizări anonimizante.

**10.6. Depersonalizarea anonimizantă.** Simptomatologia schizo- reunită în anhedonie, asociabilitate, anafectivitate, avoliție, apatie, alogie, a preocupat clinicienii ce au redactat DSM-5 predominant în manifestările sale expresive și comportamentale, înregistrabile pentru un diagnostic reproductibil. În acest sens sunt ele descrise în menționata scală a lui Andreasen și în DSM-5. Psihopatologul de orientare fenomenologică Scharfetter a încercat inventarierea trăirilor subiective prin care schizofrenii deficitari își resimt perturbarea sinelui identitar. El s-a ghidat după jaloanele propuse de Jaspers privitoare la deficiența ego-identității, ego-delimitării, ego-consistenței și ego-agenției, la care a adăugat ego-vitalitatea. S-au înregistrat în acest sens exprimări precum:

“Nu mai știu cine sunt...am părăsit trăsăturile și figura ce-mi aparțineau...mă simt vulnerabil fără protecție...mă amestec cu alții...părți din mine sunt în afara mea...mă simt dezagregat, nu mai sunt o unitate...eu nu mai sunt deloc, nu mai exist...nu mai sunt viu, sunt fără viață etc.”

Trăirile subiective astfel colectate se agregă în direcția unei simptomatologii depersonalizante ce se manifestă în contextul dezorganizării psihismului, conjugându-se cu menționatele simptome schizo- din DSM-5. E de subliniat că în schizofrenie în general și în cea negativă în special, simptomatologia specifică sd.

dep/der standard – care în prezent e plasat în clasa tulburărilor disociative – este și ea deseori prezentă, resimțită subiectiv, hiperreflexiv și ruminativ de pacienți. Pacientul se simte detașat de lume, „sub un clopot de sticlă”, neaderent și nerezonant față de alții și sine. Dar gândirea pacientului e marcată acum de dezorganizare, bizarerii, ciudățeniei, tulburări semantice și de gândire, centrate pe abstracții, sentiment de devitalizare corporala, gol mental.

În schizo- s-ar putea vorbi de o depersonalizare în primul rând obiectivă, ce se exprimă prin grave deficiențe ale sinelui intențional reflexiv, care centrează unitatea, coerența și delimitarea identității persoanei, a autonomiei agenției sale; deficit care se exprima în planul funcțiilor motivațional volitive, intelective și afective, de atașament, și emotivitate, dispoziționale. Și care condiționează o existență retrasă într-o lume proprie, incoerentă și stranie lipsită de relief și identitate, de adeziune și participare la viața comunitară.

Simptomatologia deficitară din schizofrenie a fost tradițional comentată la pacienții azilari cronicizați, la care ea era mixtată cu simptome halucinator delirante și cu o pronunțată dezorganizare ideo-verbală. Nu poate fi exclusă în aceste cazuri instalarea unei efective deteriorări generale a persoanei ca și consecință a procesului psihopatologic și al alienării azilare. Stare deficitară care i-a sugerat lui Kraepelin eticheta de “demență precoce”. Se ridică însă problema simptomatologiei negative a schizofreniei în formele marginale și incipiente ale tulburării, până când procesul dezorganizării încă nu și-a exercitat efectul; iar pacientul nu a avut de suferit consecințele deprivării instituționale.

O anumită atenție față de formele incipiente sau cu simptomatologie puțin exprimată („paucisimptomatice”) de schizofrenie, s-a manifestat de fapt pe întreg parcursul secolului XX; dată fiind perspectiva interpretativă introdusă de însași Bleuler și dezvoltată de Kretschmer. Aceștia susțineau ideea posibilei tranziții între psihoza schizofrenă de intensitate clinică, personalitățile dizarmonice corespunzătoare și normalitate, inclusiv cea creatoare. La nivelul Tb. P. s-a diferențiat însă între o

variantă paranoidă – orientată mai mult spre interpretări delirante; și o variantă a Tb.P. schizoidă, caracterizată predominant prin retragere socială, detașare și indiferență generalizată, cu preocupări abstracte, bizare. Alături de acestea două, DSM III-5 ( și ICD-9,10) au introdus categoria „schizotipiei”, ce reunește trăsături din ambele, plus tulburări perceptivă, ideatică și relationale aparte. Focalizându-și atenția pe o cazuistică aparte a unor schizofreni paucisimptomatici nedeliranți – „heboizi” -, psihopatologul fenomenolog Blankenburg a comentat situația în care pacientul apato abulic era chinuit de o atitudine autoanalitică hiperreflexivă, cu incapacitatea de a înțelege sensul actelor firești (ale „axiomelor”) din comportamentele vieții cotidiene (a se îmbrăca, spăla, a mânca etc.); și cu dificultatea de a le executa, fără un mare efort. Această „pierdere a axiomelor vieții cotidiene”, pe lângă interpretarea sa fenomenologică, ar găsi o parțială interpretare în deficitul filtrului atențional informativ și a coerenței centrale apercetivă, sintetică a funcțiilor executive.

Mai recent, în această direcție s-au organizat cercetări din perspectiva vulnerabilității și a stărilor prodromale, la cazuri din spectrul familial al schizofrenilor. E vorba în primul rând de mereu citatele studii ale școlii din Bonn privitoare la “tulburările bazale” evidențiate prin scala BSABS, care decelează simptome subiective la persoanele cu risc crescut. La acestea s-au descris simptome negative de tipul unui sindrom anergic, cu oboseala, scăderea puterii de concentrare, a motivației, a capacității de decizie, a celei de a se bucura, diminuarea sentimentelor și a nevoii de contact. Iar în plan cognitiv distractibilitate, perseverare, ideatie intruzivă și interferențială, blocajul gândirii, dificultăți de receptare a semnificațiilor, pierderea memoriei de lucru, deprinderilor cutumiere, fascinația de către detalii. Dar și trăiri referențiale, derealizare, sentimentul modificării propriului aspect în oglindă etc.



## Vidul sufletesc în psihopatologie și cultură

Pacienții cu sd. depersonalizant descriu o incapacitate de a se emoționa autentic, o monotonie și un gol sufletesc cenușiu, o “amorțeala afectivă”. Anafectivitatea – emotivă, de atașament, dispozițională – se regăsește apoi în multiple condiții psihopatologice. Dar ea se întalnește și în larga arie a normalității..

Stările de vid sufletesc au fost descrise în ultimele secole, mai ales în jurnale intime și literatură, sub forma plictisului. Subiectul resimte că nimic nu mai e pentru el atractiv, nimic nu mai are rost...totul e cenușiu....timpul se scurge fără relief....totul pare zadarnic.....el se simte înconjurat de un gol de semnificații ...de monotonie și inutilitate.....nu mai știe ”cu ce să-și umple timpul”.....În consecință, recurge la diverse “distracții”, stimulente, droguri. Dar plictisul îl invadează până în marginea disperării, a suicidului.

Golul sufletesc al plictisului depersonalizant a fost comentat și de unii psihopatologi și filosofi. De ex. Minkowski, în analizele sale, face trimitere la conceptualizarea engleză din sec. XIX a stărilor de “spleen”, înțeleasă ca o melancolie aparte, în care timpul prezent nu se mai impune ca atractiv, prin situații la care subiectul să adere și în care să se implice. Dediferențierea temporală e de tipul zădărniciilor celor lumești comentat în *Eclesiastul*; dar fără flancarea printr-un Dumnezeu al rosturilor adânci. La mijlocul sec. XX personalității și existențialității au corelat acest gol sufletesc al plictisului cu alienarea “neautenticității existențiale”. Psihopatologul vienez Frankl a comentat în marginea sa o “nevroză noogenă”, trăită de oameni care și-au pierdut dimensiunea spirituală culturală a existenței. Descrieri și comentarii pătrunzătoare se găsesc apoi în opera lui Cioran, care atașează acest sentiment de “cădere din timp” a umanității contemporane, care și-a încheiat “proiectul temporalității istorice” în care a fost aruncat, odată cu alungarea din Rai și cu blestemul muncii. Autorul româno francez face și semnificative asociații între acest gol sufletesc și iluzia fericirii pe care o promite munca, din mitul lui Prometeu.

Comentariile lui Cioran – dar și ale lui Heidegger - trimit însă și spre *acedia* călugărească, ce se referă la vidul sufletesc resimțit în mănăstiri, în după amiezele de duminică când, oboșiți de prea multe rugăciuni și tentative de apropiere de Dumnezeu, călugării se simțeau părăsiți de acesta. Iar lipsa legăturii cu “supraesențialitatea ființială” a persoanei dumnezeirii, induce sentimentul abisal de vid antropologic. Într-un sens mai specific, vidul sufletesc din *acedia* se opune preaplinului sufletesc resimțit în condiția extazului. În legătura cu trairea “plinătății minții”(mindfulness) s-au realizat în ultimul timp multe studii

Trimiterile culturale menționate sugerează că simptomatologia vidului sufletesc e rezultatul deficitului disfuncțional a unei dimensiuni speciale a psihismului uman – a orientării spirituale a acestuia. Psihismul capabil de extaz și de aspirația contopirii cu o ființialitate transcendentă de tip personalist. Parametrii disponibilității pentru dispoziții extatice - și a trăirilor ce sunt astfel promovate – au ajuns probabil să fie înscrise în structuri funcționale cerebro psihice, ce tind să se actualizeze la diverși indivizi umani, în variante normale și aberante, care ne țin în față cu vidul depersonalizant.

Ansamblul simptomelor menționate perturbă raportarea subiectului la problemele vieții de zi cu zi.

În perspectiva depersonalizării e interesantă continuarea acestor cercetări de către școala din Copenhaga cu scala EASE. Aplicarea acesteia decelează cazuri în care subiectul tinde să își piardă nucleul intern al identității, sentimentul că propriile trăiri și gânduri sunt “ale sale”. El se simte anonim, nonexistent, profund diferit de alți oameni; sau, prezintă o hiperadaptabilitate, cu conformare perpetuă la opiniile altora. Scade sentimentul participării efective, prin propria sa identitate, la evenimente actuale. Lipsește sentimentul de “prezență” a sa în situații, într-o manieră în care individualitatea sa să se impună. Subiectul se simte cu limite fragil, vulnerabil la influențe exterioare multiple, cu care se identifică; parcă ar fi apersonalizat.

Pe acest fond apar experiențe corporale descrise și în sd.dep/der.st și în clinica schizofreniei : autocontemplare îndelungată în oglindă cu sentimentul unor schimbări morfologice și cu impresia că unele părți ale corpului îi sunt străine; experiențe de spațializare și dezintegrare corporală. Apoi, tulburări ale demarcației proprii, confuzia cu alții, anxietate la contact corporal, sentimentul de pasivitate la expunere. Se adaugă tulburări ale cursului gândirii, reducerea inițiativei gândirii. În sfârșit, pe acest fundal de tasare și anulare a structurii personalității, uneori poate apare un sentiment special de centralitate, de megalomanie magică, de grandiozitate solipsistă, preocupări filosofice și religioase sterile.

Profilul psihopatologic ce rezultă din scalele BASB și EASE este, desigur, și un construct al autorilor ce le-au elaborat. Dar o dimensiune deficitar negativă a sinelui identitar și a autonomiei agenției se profilează destul de clar în spatele - sau mai bine în direcția - tabloului clinic al schizo- din DSM-5.

Tabloul asteno-nergic subliniat de școala din Bonn (oboseala, scăderea puterii de concentrare și decizie, de a se bucura și a se relaționa social) și pierderea nucleului identitar invocat de școala din Copenhaga (sentimentul că propriile trăiri

nu mai sunt „ale sale”, pasivitate, reducerea inițiativei gândirii, diluarea delimitării) toate indică o depersonalizare devitalizantă și anonimizantă, dediferențioare, care nu e doar subiectivă ci și obiectivă; privând subiectul de însăși structura sa identitară de fond, mnestică biografică și caracterială, înrădăcinată în corp și delimitată social, coerentă și centrată de sine. Privită din această perspectivă, simptomatologia schizofreniei deficitare (schizo-) apare destul de pregnant ca o depersonalizare obiectivă, devitalizantă și anonimizantă, diferită de varianta strict subiectivă a sd. dep/der/st.

Deteriorarea personalității se poate produce și în urma unor suferințe organice cerebrale ce conduc la demență, cu pierderea memoriei identitare, a capacității de orientare în timp, în raport cu succesiunea evenimentelor, în recunoașterea persoanelor și orientării în spațiu ambiantal, în actualitatea trăită. Procesul dezorganizării psihice și a deficitului intențional, de atașament și de reactivitate autistă față de ambianță, ce se petrece prin procesualitatea psihotică schizofrenă, poate fi orientat în aceeași direcție; dar pe alte căi. Și, în consecință, cu alte stații psihopatologice intermediare. Oricum, alterarea identității și autonomiei agenției, conduc la demontarea părților constitutive ale persoanei, a articulării și funcționării lor.

Odată ajunsă la acest nivel deficitar, psihopatologia are puține cuvinte de spus despre psihismul uman. Dar parcursul de până la acest nivel, evoluția spre, atingerea și parcurgerea orbitei psihotiforme, sunt profund edificatoare pentru a medita asupra structurii acestuia.

## Anexa la Capitolul 10

### Indiferența în normalitate și psihopatologie

Dispoziția anxioasă a angoasei și dispoziția indiferenței, a detașării de lume și de alții, sunt două trăiri – sau poziționări atitudinale existențiale - extreme. Angoasa, marchează iminența morții, a prăbușirii în direcția dispariției și aneantizării globale a persoanei. Indiferența, exprimă detașarea nerezonantă, obiectivantă și alienantă față de alteritate, față de lumea umană și față de sine; ca un fel de retragere și repliere pe sine, de reculegere, ce se desfășoară din însăși interiorul parametrilor existenței sale specifice.

Indiferența psihotică, pe care o întâlnește și o descrie psihopatologia odată cu apato-abulia schizofrenă, poate fi considerată drept capătul de linie deficitar, disfuncțional, al unei atitudini ce se întâlnește și în normalitate, având funcții adaptative. Așa ar fi hipercontrolul calm al situațiilor deosebite; sau trăsătura temperamentală caracterială a flegmaticului. În perspectivă psihopatologică, indiferența anemotivă și relațională se poate manifesta pregnant și la unele tulburări de personalitate, ca cea schizoidă sau antisocială (psihopatul Cleckely). În continuare, odată cu sindromul de depersonalizare derealizare disociativ, detașarea areactivă față de propriul sine identitar și față de propria lume umană e resimțită de însăși subiect ca stranie și nefirească. Iar în continuare, pe parcursul procesului de transpersonalizare psihotică, această „înstrăinare” deficitar disfuncțională se accentuează. Pe deoparte prin alienarea delirantă ce transformă subiectul identitar într-un personaj dintr-o lume fictivă. Iar pe de altă parte, prin dezorganizarea sinelui în însăși nucleul agenției sale ideatice și motivaționale. Se ajunge astfel la o stare deficitară, a unui psihism amotivațional, lipsit de ideatie fertilă, controlată și capabilă de sinteze, de dispoziții orientate spre manifestarea în lume, de intenționalitate structurată în raport cu situațiile ce-l întâmpină. Un psihism lipsit de coerență, centralitate și limite, care vegetează într-o stare apato abulică. Tablou ce a stat probabil în spatele etichetării de către Kraepelin a „demenței precoce”. Privind din perspectiva indiferenței, se poate face astfel o trecere în revistă a nivelelor de deficit disfuncțional psihopatologic care extrag subiectul din raportarea sa firească și structurată la situațiile actuale semnificative, trecând, progresiv, prin orbita psihotiformă, până la formele grav deficitare de schizofrenie.

Indiferența, în sens de reducere și control a reactivității, e o atitudine umană ce se întâlnește și în normalitate, fiind în anumite împrejurări necesară și utilă. Orice om ce se concentrează pe un proiect, trebuie să fie indiferent și nereceptiv față de “zgomotele” ce i-ar putea perturba obiectivul; față de ceea ce nu cade în aria sa de preocupări, filtrul atențional protejează subiectul de receptarea

informațiilor redundante. Cercetătorul științific trebuie să se afle într-o stare de calm și detașare afectivă, netulburat de nimic, pentru a se putea concentra observațional și ideatic asupra obiectului avut sub ochi.

Dat fiind că existența omului se desfășoară nu doar proiectiv ci și reactiv, uneori subiectul trebuie chiar să se apere activ de solicitări agresive. În împrejurări extrem de riscante, șansa supraviețuirii o au cei ce se pot sustrage pe moment – pot suprima, diminua, ignora, plasa în indiferență - aspectul major al stressorilor, fiind mai puțin reactivi la aceștia. Căci gravele suferințe la care poate fi supus omul îl pot la un moment dat secătuși sufletește. În acest sens în ICD-10 a funcționat o categorie diagnostică în cadrul tb. de personalitate ce avea în vedere persoanele ce au ajuns areactive, cu o afectivitate tocită, plată, monotonă, apatică, după expuneri îndelungate la orori, de ex. în lagărele de exterminare.

O altă perspectivă ne-o oferă apoi istoria civilizațiilor. Omul cultural a fost interesat de la începuturi, de posibilitatea de a se detașa, prin practici spirituale, de agresiunea trăirilor negative, a suferințelor, inevitabile în existența umană; preocupat de a ajunge să fie indiferent la ele. În această direcție s-au elaborat practicile indiene yoga, pentru ca subiectul, blocându-și dorințele și autocontrolându-și metodic funcționarea corporală, să se poată detașa de ciclul suferințelor. Buddhismul a preluat și amplificat această doctrină. Iar în cultura elenistică, filosofii dogmatice și scepticismul au dezvoltat speculații proprii pentru atingerea “ataraxiei”, a indiferenței față de condiția “pathică” a existenței omenești.

Normalitatea existenței personale e marcată și de o importantă variabilitate individuală, mai ales în ceea ce privește reactivitatea la situații. Faptul a condus la dezvoltarea caracteriologiei, care are și ea importanță în comentarea problematicii indiferenței. În sistemul umoralist hipocratico galenic, flegmaticul era considerat un om mai puțin impresionabil decât sangvinul sau colericul; om ce se dedică cu calm activităților realizatorii. În caracteriologia actuală, sistematizată de doctrina celor Cinci Mari Factori (FFM) ce s-a impus la sfârșitul sec. XX, regăsim dimensiunea similară a “conștiințiozității”, caracterizată prin: tendința spre realizare, deliberări, organizare, disciplină, eficiență, competență și simț al datoriei. În schimb, o altă dimensiune a acestui sistem caracterizant are în vedere instabilitatea emoțională, cu sensibilitate reactivă crescută. Dar autocontrolul reacțiilor la solicitările situaționale, a stărilor emotiv afective, implică intens relaționarea interpersonală. Împreună cu sociabilitatea, cu variantele atașamentului intimant și empatic și cu modalitățile habituale de relaționare interpersonală, acest autocontrol se înscrie printre elemente de bază ale tipologiei temperamental caracteriale. De altfel, el stă și la baza comentării tulburărilor de personalitate.

Chenar 95

### Rezumat al parametrilor sociabilității și reactivității emotive

Sociabilitatea se referă la deschiderea subiectului spre contact, coparticipare, comunicare, cooperare și interinfluențare cu alții. Ea exprimă: - interesul pentru contact cu persoane umane și comunicare nonverbală și verbală cu acestea; - atractivitatea socială, asertivitatea și impresionabilitatea socială, eventual dominația și manipulativitatea celorlalți. Relaționările interpersonale de durată se desfășoară pe diagrama intim/public, între polul atașamentului dual și poziționării la diverse distanțe psihice, în cadrul rețelelor sociale. În zona publică mai intervine statutul și rolul social; iar la capăt, se plasează străinii și persoanele anonime („oricine“, persoanele statistice). Între subiect și ceilalți funcționează procese de apropiere, de raportare constantă, de îndepărtare sufletească. Iar dinamica e structurată de parametrii Circumplexului Interpersonal, ce are drept axe ortogonale: dominație versus sumisiune și deschidere-agreabilă versus desafilere-opozitivă.

Reactivitatea afectivă emotivă se manifestă în raport cu situații noi, în general și interpersonal social. Ea poate fi marcată de curaj/versus anxietate; sau de îndrăzneală/versus rușine retractilă (cu sensibilitate la evaluarea publică). Iar reactivitatea empatică presupune deschiderea spre rezonanță afectivă (și comprehensivă) și intimitate. Reactivitatea afectivă poate fi comentată apoi din perspectiva atașamentului, a „acordării” subiectului la ambianță, în raport cu o persoană anume, cu ceilalți și cu alte aspecte ale lumii sale umane; a „rezonanței” sale față de aspectele fenomenale care îl „ating” și îl „marchează”. Adică, îl afectează, ducând la implicarea sa în rezolvarea situațiilor astfel create. Toate aspectele atașamentului presupun o „adeziune” bazală a subiectului în raport cu alteritatea (situația, celălalt, lumea) aspecte pe care autori mai recent i-au denumit „sentiment existențial”. Relaționarea interpersonală mai presupune luarea în considerare a punctului de vedere a celuilalt, pentru posibilitatea cooperării, dialogului și a comportamentului responsabil.

Modalitățile sociabilității și ale reactivității afective sunt competențe și disponibilități ale persoanei pe care ea și le câștigă ontogenetic, prin maturarea potențialităților genetice, experiențe relaționale, educație, exerciții. Aceste disponibilități se pot apoi actualiza dispozițional în funcție de circumstanțele situaționale. Ele participă astfel la derularea evenimentelor actuale, a proiectelor și preocupărilor, ce constituie pânza de fond a psihismului persoanei, între actualitatea trăită și fundalul identitar.

Indiferența psihopatologică se evidențiază în cadrul caracteriopatilor în primul rând prin anemotivitatea reactivă a psihopatului. Aceasta vizează atât lipsa anxietății și rușinii, cât și deficitul emotivității empatică, a milei, compasiunii și remușcării. Zona de relaționare a intimității e absentă; la fel ca și cea a atașamentului interpersonal semnificativ. În schimb, se menține o performanță sociabilitate captativă și manipulativă (comportament „cuceritor-fermecător”), dublata de interese egocentrice, hedonice. În acest context „răceala afectivă

empatică și emoțională” („inimă de gheață”) poate ajunge până la indiferența cruzimii sadice (“Callous Unemotivity”).

Alta TP. în care indiferența se impune ca majoră este cea a schizoidului. În acest caz ea se manifesta global, ca lipsa de interes hedonic față de lume și de relaționările cu alții, cu dezinteres și față de sine; inclusiv față de părerea altora despre sine. Subiectul solitar poate avea preocupări abstracte și esoterice pentru experiențe inedite. Propensiunea asertării de sine și sentimentul identității și delimitării sinelui, sunt deficitare. Acest profil al Tb. P. schizoida a fost destul de puțin studiat empiric. Dar el are o lungă tradiție în psihopatologie, de aproape un secol (de la Kretschmer), fiind corelat și cu persoanele introvertite, timide și evitante. În ultimul timp s-a discutat despre apropierea acestei cazuistici tradiționale de persoanele retrase ce se întâlnesc în spectrul familial al autiștilor dezvoltamentali, care au un bun intelect și o suficientă dezvoltare a limbajului comunicațional; dar sunt neinteresați de relaționări sociale și orientați spre preocupări tehnice sau abstracte. Pentru apropierea de autism ar pleda mai ales comportamentul ritualic și eforturile de delimitare.

Rămânând în aria TP. se poate menționa întreg clusterul C; dar mai ales TP. OP obsesiv compulsivă - ananacastul – care e și el hiporeactiv la situații, cu dificultăți de atașament; ținându-i pe alții mereu la o „distanță oficială” prin comportament formalist.

Dacă trecem acum dincolo de tulburările de personalitate, tranziția spre orbita psihotiformă se evidențiază destul de pregnant prin patologia dispozițională de tip maniaco-depresiv (externalizat) și depresiv (internalizat). Odată cu impunerea anormală a unor astfel de stări dispoziționale, se produce o prăbușire, o condensare a edificiului multinivelat al psihismului, în care multiplele linii evolutive ale proiectelor și preocupărilor identitare se intersectau, în spatele actualității trăite; căreia îi asigurau o libertate de manevră. Cine e în permanență euforic, dezinhibat și expansiv ca maniaco-depresivul, nu mai are cum să reacționeze emotiv la situații noi și provocatoare, cum să fie atent la suferințele celor apropiați și să rezoneze la ele. Și la fel stau lucrurile în cazul depresiei, al anxietății majore, a disforiei iritabil-beligerante etc. În raport cu manifestările din toate tulburările dispoziționale afective, poziționarea indiferenței are însă o particularitate. Ea nu angajează subiectul în nici-o direcție specifică de raportare și manifestare față de situații și alții, menținându-l într-o expectație observațională, neaderentă și neangajată. Faptul e evidențiat de sd. de depersonalizare/derealizare discociativă, în care subiectul se resimte ca un observator extern al propriului corp, a propriului trecut și prezent, ca detașat și neaderent față de lumea din jur și față de alții. Totul îi apare ca făcând parte dintr-o lume paralelă, la care subiectul nu aderă și în care nu se simte implicat. Această particularitate a „detașării” de situații și de lume, nu anulează însă apartenența indiferenței la clasa dispozițiilor atitudinale; ci doar o plasează într-o poziție aparte. Faptul e valabil și în perspectiva dispozițiilor (atitudinilor) interpersonale, el evidențiindu-se în cazul TP marginală (borderline).

Aceasta se caracterizează prin oscilații rapide și nemotivate a atitudinilor relaționale: subiectul trece cu rapiditate de la sumisiunea în care-și idolatrizează partenerul la o atitudine de dominanță cu rejecția acestuia, apoi la suspiciune, ulterior la autocondamnare cu autoagresiune... și, în final, la o indiferență distantă. Iar odată cu această detașare indiferentă, se instituie și trăirea unui gol interior, cu sentimentul anulării propriei identități; deci, trăiri depersonalizante. Condiția TP. marginale, care indică o deficiență de coerență nucleară a sinelui, poate avea variante accentuate, marginal psihotice.

Mergând mai departe, alunecarea psihopatologică pe filierea delirului nu cultiva însă indiferența. Încă de la nivelul delirurilor monotematice, prezentul său se diluează la maximum, absorbit de inflația crescătoare a tematicii preocupării privitoare la condiția sa; fapt care condensează și anulează fundalul liniilor suprapuse ale proiectelor și preocupărilor; la fel ca în dispozițiile anormale maniacale și depresive. Iar odată intrat în lumea delirantă, fie cu accente paranoide de persecuție fie megalomane sau autodepreciative, subiectul-personaj e tot mai mult absorbit de relaționarea sa cu personajele acestei instanțe fictive, într-un univers de tip narativ magic, marcat de semnificații aparte. Alienarea delirantă a sinelui se manifestă apoi și în zona intimității relaționale, prin sentimentul preluării acesteia de către o agenție străină, care-i supraveghează secretele și îl manipulează, dintr-un câmp învăluitoare al instanței personajelor. În ansamblu însă, psihopatologia delirantă propriu-zisă se desfășoară în afara poziționării atitudinale a indiferenței.

Celălalt drum spre psihoză, ce se realizează pe filierea dezorganizării depersonalizante, menține însă atitudinea distanțării față de o lume ce se cere hipercontrolată. Încă de la nivelul prepsihotic al anormalității obsesionale, subiectul se distanțează de neprevăzutul situațiilor solicitante, tinzând să țină în permanență „totul sub control”, într-o lume nesigură, ce-i apare marcată de incertitudini. Lume la care el se raportează doar proiectiv, printr-o permanentă tendință la acțiuni; decise cu multe îndoieli, atent pregătite, organizate și hipercontrolate. Iar atunci când nu mai acționează, obsesivul anancast e cuprins de golul plictisului depersonalizant, într-o lume ce i se pare că „nu e în ordine” („all right”). Dezorganizarea schizofrenă vizează planul acțiunii mai departe de indecizia și incertitudinea din obsesionalitatea psihastenă gravă. Dar, mai ales, ea se desfășoară la nivelul ideoverbal al motivării și elaborării acțiunilor mentale și comportamentale, al actelor comunicante expresive și verbale, al redactărilor comunicaționale. De fapt, dezorganizarea afectează cogitația ideo verbală la nivelul său bazal, suprapersonal, conceptual semantic; pe care orice subiect îl asimilează odată cu însușirea limbajului narativ critic. Ceea ce e perturbat în toate aceste cazuri e aspectul formal, de coerență centrală “aperceptivă”, care menține la un loc ansamblurile structurate, funcționale și semnificante; inclusiv în instanța limbajului.

Pentru psihismul personal, structura de baza e însă cea a sinelui identitar, biografico caracterial, intențional și reflexiv, autogenerativ și sintetizator; sine care



în permanență se autopercepe și se autoreglează. Deficitul dezorganizant afectează de fapt și coerența acestui sine personalistic identitar, care stă în spatele raportărilor active la situațiile actuale, a proiectelor și preocupărilor. Iar dacă sinele identitar își pierde conturul, coerența, intenționalitatea și centralitatea, raportarea sa semnificativă la situații nu mai are cum să se producă. Astfel încât se ajunge la apato abulia indiferentă a depersonalizării anonimizante. Observația cazuistică identifică însă multiple stări intermediare, pe care studiile scolii din Bonn și Copenhaga le-au comentat. În plus, cazuistica schizofrenă propriuzisă, poate fi marcată mai mult sau mai puțin și de o simptomatologie halucinator delirantă și de control.

Drumul sinuos pe care ne conduce dispoziția indiferenței e plin de învățăminte, el indicându-ne faptul că, atât alteritatea cât și narativitatea conceptuală a limbajului sunt elemente constitutive ale persoanei identitare; pe care o cunoaștem prin manifestările sale situaționale din lume. Faptul ne retrimite la lecita pe care ne-o poate da psihopatologia autismului developmental. În cadrul acestuia, nu se dezvoltă adecvat structurile funcționale care susțin relaționarea interpersonală și comunicarea, directă și lingvistică cu alții. Toate aspectele sociabilității, reactivității emotive și atașamentului sunt, în diverse grade, deficiente; iar limbajul narativ critic, care ancorează subiectul în teoreticul cultural, e și el subdezvoltat. Autistul e hipersensibil la schimbările spațiale ambientale, desfășurând stereotipii și ritualuri de delimitare fizică; cu interes pentru constructivism și aritmetică. Sa-r putea formula că, raportarea autistului la alții și situații, exprimă și ea un mod al indiferenței. Dar această condiție autistă, pusă alături de toate celelalte trecute în revistă în această Anexă, ne sugerează multiplele dimensiuni ale psihismului specific al persoanei umane.

În concluzie s-ar putea formula că, angoasa, problematizarea ordinii lumii și indiferența, învăluie trăirile persoanei normale; aspect asupra căruia factologia psihopatologică ne atrage atenția.