

**MIRCEA LAZARESCU**

**ZECE MARI SINDROAME  
ALE PSIHOLOGIEI  
și echivalentul lor în normalitate**

**MARTIE 2023**

## CUVÂNT ÎNAINTE

29.03. 2023

Psihopatologia descriptivă, prezentarea semnelor, simptomelor, sindroamelor bolilor psihice, s-a constituit în sec. XIX prin studierea amănunțită a cazuisticii de suferinzi mentali internați în azile; și, se poate considera că până la mijlocul sec. XX ea era încheiată. În prezent această simptomatologie e prezentată în manuale și tratatele de psihiatrie 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 psihiatric 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 țintit 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 ei fiind foarte apropiată de condiția existenței cotidiene a celor normali. Iar pe parcursul sec XX psihanaliza și doctrinele fenomenologico existențialiste au dezvoltat constant tema tranziției între normalitate și modalități de a fi patologice ale psihismului persoanei. În aceste condiții, în ultimele decenii s-a insistat asupra “continuumului” dintre manifestările psihopatologice și stările normale – inclusiv 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 a 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: de temperament, preocupări prevalente, stări subclinice, hobby-uri, 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 manifestarea excentrică a unor structuri funcționale mai vechi filogenetic, care sunt doar implicate, mai mult sau mai puțin vizibil, în manifestările psihice normale, adaptative; și în mare măsură acoperite de structuri mai noi filogenetic și sintetizatoare. Esențial a fost considerat mai ales faptul că, starea psihopatologică derivă din structuri funcționale utile și adaptative în normalitate, ce rezultă din evoluția complexificatoare filogenetică a antropogenezei. 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 maniacală ș.a. pot fi analizate metodic și comprehensiv din această perspectivă. Primele capitole abordează psihopatologia predominant nepsihotică, iar de la Cap. 7 - consacrat delirului – cea predominant psihotică. Problema care e ridicată e aceea că, tablourile psihopatologice așa cum le constată psihiatrui în practica lor, ar putea fi ele însele un fel de „documente antropologice de tip arheologic”; care pot provoca spre cercetări, în direcția unei tot mai adecvate înțelegeri a organizării psihismului specific persoanei umane.

Lucrarea de față e animată de această intenție. În ea sunt prezentate aspecte descriptive ale psihopatologiei clinice, în marginea a zece clase sindromatice de bază pentru clinica psihiatrică. Dar se va ține seama și de doctrinele psihologico

psihopatologice cognitivă, fenomenologică, personologică, developmentală și de optica teoriei vulnerabilitate/stress. O atenție specială e acordată evoluționismului, care abordează psihismul uman din perspectiva metamorfozelor sale pe parcursul antropogenezei și istoriei culturale. În plus, 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 schematic privitor la psihismul persoanei, așa cum s-a constituit el de-a lungul antropogenezei și istoriei culturale și cum e relevat de deficitul disfuncțional psihopatologic al psihiatriei actuale, e schițat în Anexa finală. În primul Capitol e prezentată succint perspectiva de abordare a lucrării de față, care trece dincolo de circumscrierea sindroamelor prin suma simptomelor, considerând că acestea exprimă variante deficitare și distorsionate ale unor structuri funcționale normale și adaptative ale psihismului persoanei; care, ar merita să fie avute în vedere, circumscrie și poziționează într-un cadru unitar al acestuia. Trecerea în revistă a grupajelor sindromatice e orientată de apropierea lor de „orbita psihotiformă”, sindroamele propriu zis psihotice – centrate de delir – fiind comentate în a doua parte a lucrării. Capitolele au și ele câte o anexă, în care sunt comentate fenomenologic predominant aspecte teoretice, privitoare la infrastructura organizațională a psihismului; anexe a căror lectură e puțin mai pretențioasă și pot fi citite și separat.

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

## CAPITOLUL 1. PSIHOLOGIA ANTROPOLOGICĂ

29. 03. 2023

### 1.1. Nebunia e intrinsecă condiției umane

Nebunia i-a intrigat pe oameni și le-a ridicat probleme majore nu doar în perspectivă medicală, ci și atunci când ei se înălțau pe culmile meditației privitoare la fundamentele a ceea ce există. Astfel, la puțin timp după Renaștere, René Descartes, încercând să reia firul speculației filosofice grecești care-și încheiase ciclul prin sistemele dogmatice și prin sfidarea îndoielii sceptice inițiată de Phyrron, scria:

„.....Dar, poate, deși câteodată simțurile ne înșală cu privire la unele lucruri neînsemnate și mai îndepărtate, sunt multe altele despre care nu ne putem defel îndoii, chiar dacă sunt scoase tot din simțuri: 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 – și altele asemănătoare. Și în ce fel oare s-ar putea tăgădui că mâinile aceste și întreg corpul de față sunt ale mele. Doar dacă, poate, nu m-aș asemui cu nu știu care nebuni, ale căror creiere sunt atât de tulburate de aburul apăsător al fierii cele negre, încât ei afirmă neconștient fie că sunt regi, când de fapt sunt cât se poate de săraci, fie că sunt înveșmântați în purpură când de fapt sunt goi, fie că au corpul de argilă, că toată ființa lor e un dovleac, ori că sunt alcătuiți din sticlă; dar aceștia sunt smintiți, iar eu însumi n-aș părea mai puțin nebun dacă aș lua vreo pildă de la ei”. (Rene Descartes, Discurs asupra metodei, trd.C.Noica, Ed. ).

Continuându-și demersul argumentativ, Descartes ajunge la concluzia sa finală: singurul lucru de care nu se poate îndoii omul care meditează speculativ asupra temeiurilor, este însăși faptul că „*el se îndoiește*”; deci cugetă: “Dubito ergo cogito. Cogito ergo sum”. Și astfel, nebunia, ca ipostază a existenței omenești, se dovedește a nu putea fi evitată în cel mai profund raționament 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 evoluat însă în paralel cu alta, care despărțea tranșant alienarea psihopatologică de cursul vieții cotidiene normale; atitudine care în perioada instituirii „ordinii rațiunii” în Europa modernității, a condus la claustrarea nebunilor în mari câmpuri de concentrare, alături de alte persoane ce tulburau ordinea publică. Atitudinea claustrării în astfel de „Hopitaux Generale” a fost precursora apariției azilelor de neuropsihiatrie în sec.XIX, în care alienații mentali au putut fi studiați metodic, timp îndelungat. Faptul a permis descrierea simptomelor și sindroamelor psihopatologice; iar spre sfârșitul aceluia veac și a nosologiei psihiatrice. În sistemele nosologico nosografice ale acelei vremi, bolile psihice erau delimitate predominant pe baza identificării unor sindroame, etiopatogenia ce putea fi incriminată jucând un rol secundar. 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 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.

În prezent e acceptată o fluență între structura constitutivă a psihismului uman conștient și cadrele nosologice ale psihiatriei, idee care e susținută și de doctrina spectrelor maladive, ce 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, fiind cultivate în același timp și de tragedie și comedie – cele câteva grupe sindromatice majore pe care se bazează clinica psihiatrică actuală (Chenar 9) 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, ca psihopatie. La fel pot fi privite lucrurile în cazul unor convingeri puternice, lipsite de argumente raționale, de gelozie sau persecuție, ce pot conduce la diagnosticul de tulburare delirantă monotematică. 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; care se întâlnește în sindromul maniaco-depresiv. Desigur, variantele psihopatologice ale acestor trăiri comportamentele au un profil aparte; iar respectivul „sindrom” e resimțit deseori neplăcut, subminând performanțele subiectului în colectivitate, decontextualizându-l social. Astfel încât, el ajunge să fie diagnosticat medico psihiatric ca având tulburări depresive, anxios

fobice, de personalitate dizarmonică (psihopată), delir monotematic, tulburarea obsesiv compulsivă sau starea maniacală.

Descrierea simptomatologică a sindroamelor și simptomelor e făcută de obicei în tratatele de psihiatrie și în monografii, lucrările dedicate special psihopatologiei descriptive, clinice, fiind rare.( ). Una din principalele aspecte ale psihopatologiei descriptive este diferențierea dintre sindrom și simptom – ultimul fiind înțeles ca afectarea unor funcții psihice izolate. Comentarea sindroamelor se referă în schimb la perspectiva unor grupaje simptomatice ce se întâlnesc frecvent împreună. O astfel de abordare se cere însă dublată de acceptarea unei coerențe specifice proprii fiecărui sindrom important; și a unei semnificații specifice a acesteia, derivată din trăiri psihice normale.

În lucrarea de față ne propunem să parcurgem zece astfel de clase sindromatice ale tulburărilor psihice, pornind de la criteriile de diagnostic din actualele sisteme internaționale DSM-5 și ICD-10 (...); și să urmărim în paralel echivalentul lor în normalitate, prin comportamente adaptative corespunzătoare. În prezentul capitol introductiv vom schița problematica unei astfel de abordări pornind de la cazul depresiei – care va fi reluată ulterior, alături de sindromul maniacal, în cadrul bipolarității.

## **1.2. 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 importanțele și uneori gravele stări psihopatologice de care se ocupă psihiatria.

Când psihiatria în sec.XIX psihiatria și-a făcut loc 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, elaborat în primul rând pe baza pe baza simptomelor și sindroamelor. Medicina clinică ce se constituia în acel secol, se afla în avangarda științelor pragmatice, bazate pe cunoștințe empirice - așa cum preconizase Fr.Bacon în Renaștere. Doctrina umoralistă a antichității greco-romane care fusese reactivată în Renaștere, s-a transpus progresiv în concepții ce făceau trimitere la anatomia și fiziologia organelor din corpul uman; iar în consecință, la o fizică a solidelor, la chimie și în cele din urmă chiar 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; ce ar sta și la baza marilor sindroame prin care aceste boli se exprimă clinic. ( ); viziune pe care tradiția i-o atribuie lui Virchow. Semiologia medicală se constituie în acest veac tot mai mult prin referința la anatomia și funcționalitatea organelor corpului omenesc; și așa au rămas lucrurile până în prezent, în toate specialitățile, fie că se preocupă de tratarea ochilor sau urechilor, a gâtului, dinților, plămânilor, inimii, rinichilor ș.a.m.d.

Doar psihiatria nu se putea însoți integral cu această mișcare, cu toate eforturile sale de a se referi la disfuncțiile creierului. Descoperirea determinării unei părți din simptomatologia psihică a bolii denumită „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 problematicii clinice a psihiatriei. Căci patologia organului corporal denumit creier era, practic, monopolizată de neurologie. Fapt cu care marii psihiatri ai vremii, precum Charcot, erau de acord.( ). Pentru dezvoltarea acestei probleme e necesar a privi mai atent cum s-au petrecut lucrurile în perspectiva lor istorică.

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 – susținând analiza și comentariul bazelor cunoașterii și ale comportamentului etic - se mutase acum, în sec. XIX, în direcția unei științe empirice, experimentale, de laborator; bazându-se pe doctrina scoțiană a facultăților psihice și pe asociaționism.( ). Principalele facultăți psihice avute în vedere erau: cea cognitivă, cea volitivă și, mai nou, cea afectivă. Fiecare facultate era subdivizată apoi în funcții, astfel încât se putea discuta despre: gândire, memorie, fantezie, decizie liberă, impulsuri, emoții, afecte 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; fapt ce a continuat chiar și după apariția în sec.XX a unor doctrine psihologice, 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 ale psihologiei și psihopatologiei descriptive, care s-au văzut obligate să comenteze: atenția, orientarea, percepția, vigilitatea conștientă, memoria, gândirea, motivația ș.a.m.d.; menținându-se până în zilele noastre. Dar o astfel de abordare descriptivă a semiologiei psihopatologice prin apel la psihologia funcțiilor, nu putea da socoteală de coerența și specificul de semnificație a sindroamelor; deoarece “tabloul clinic” al acestora se distribuia între diverse sectoare ale acestora.

Observarea îndelungată de către specialiști a pacienților internați în azilele de neuropsihiatrie, a condus în sec.XIX, inevitabil, la identificarea unor pattern-uri de trăiri și manifestări anormale relativ constante; care au fost denumite “unități de analiză” (...). Așa erau halucinațiile, delirurile, depresia, fobiile, deteriorarea cognitivă, (demența) stuporul etc. 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, fapt important de menționat, deoarece terminologia a fost inițial exprimată de limbile respective. Treptat s-au decantat termeni acceptați internațional. De fapt, o serie de bolnavi

Chenar 1

### **Psihologia celor trei facultăți psihice**

- Facultatea cognitivă reunește următoarele funcții - 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 mnestică. Tot de funcțiile cognitive ar ține 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.

- Facultatea volitivă reunește: - motivația; - deliberarea și decizia (cu sintetizarea influențelor din partea altora); proiectarea, implementarea și realizarea unui obiectiv prin comportament persistent, cu rezistență la „zgomotele” perturbatoare și la influențe negative; evaluarea și corectarea acțiunii în cursul desfășurării sale și în perspectiva consecințelor. Comunicarea poate fi comentată și din perspectivă volitiv comportamentală.

- Facultatea afectivității e uneori corelată cu cea pulsională, coparticipând la motivație. Ca aspecte particulare se comentează: - emotivitatea circumstanțială și controlul ei; pulsunile instinctiv-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), a persoanei, sociabilitatea și relaționările interpersonal sociale.

aveau deja etichete terminologice 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 (e.g. dementia, frenetis, stupor, letargia etc.). În sec.XIX se reactivează și se impun în medicina psihiatrică expresii precum: delirul, paranoia, halucinațiile, fobia, obsesia, astenia. 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 psihopatologiei clinice.

După această paranteză centrată pe terminologie, 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, convingerea aberantă a delirului paranoiac ș.a.m.d.

Psihologia științifică - cantitativ experimentală - ce s-a dezvoltat în această vreme, centrată pe funcții, nu prea era de ajutor pentru a înțelege de ce și cum un om ajunge să fie convins, de ex., 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 a comportamentului uman relațional, dimensionat prin parțial pe moralitate - nu răspundeau unor astfel de exigențe. Variatele orientări și doctrine psihologice ale sec. XX, de la etologie la configuraționism și cognitivism și până la psihologia relațiilor interpersonale, au susținut câmpuri sistematizate fructuoase pentru cercetări. Dar nu au putut oferi nici ele o imagine globală și coerentă a psihismului uman normal, care să se constituie pentru psihopatologie ca un referențial, în perspectiva studierii tulburărilor pe care aceasta le constata. De

abia spre sfârșitul sec.XX au început să se agrege sinteze trans-doctrinare în domeniu, așa cum a încercat psihologia și psihopatologia developmentală și a ciclurilor vieții; sau cum pretinde cea evoluționistă (culturală).( )

Deși situația din știința psihologiei era în sec. XIX cea comentată mai sus, 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. Faptul presupune desigur că, o structură funcțională firească și adaptativă a psihismului uman ajunge în anumite împrejurări într-o stare disfuncțională. De aceea încă din acel veac s-au încercat abordări centrate pe o apropiere între stări psihopatologice și trăiri din viața de zi cu zi. Așa a fost trimiterea la somnul cu vise, pe care a propus-o spre mijlocul veacului Moreau de Tours și alți psihiatri; bazându-se pe faptul că în unele boli infecțioase febrile și în sevrajul alcoolic, realmente pacienții manifestau trăiri de tip oneiroid. În aceeași direcție au fost studiate și trăirile depersonalizant halucinatorii particulare ce apar după consumul unor substanțe psihoactive, precum hașișul. Acest model al “disoluției câmpului de conștiință vigیل” corelat cu „eliberarea” unor conținuturi mnestic-imaginative (oneiroide), a continuat să fie cercetat până spre mijlocul sec.XX. Dar el acoperea doar o zonă limitată a problematicii psihopatologice.

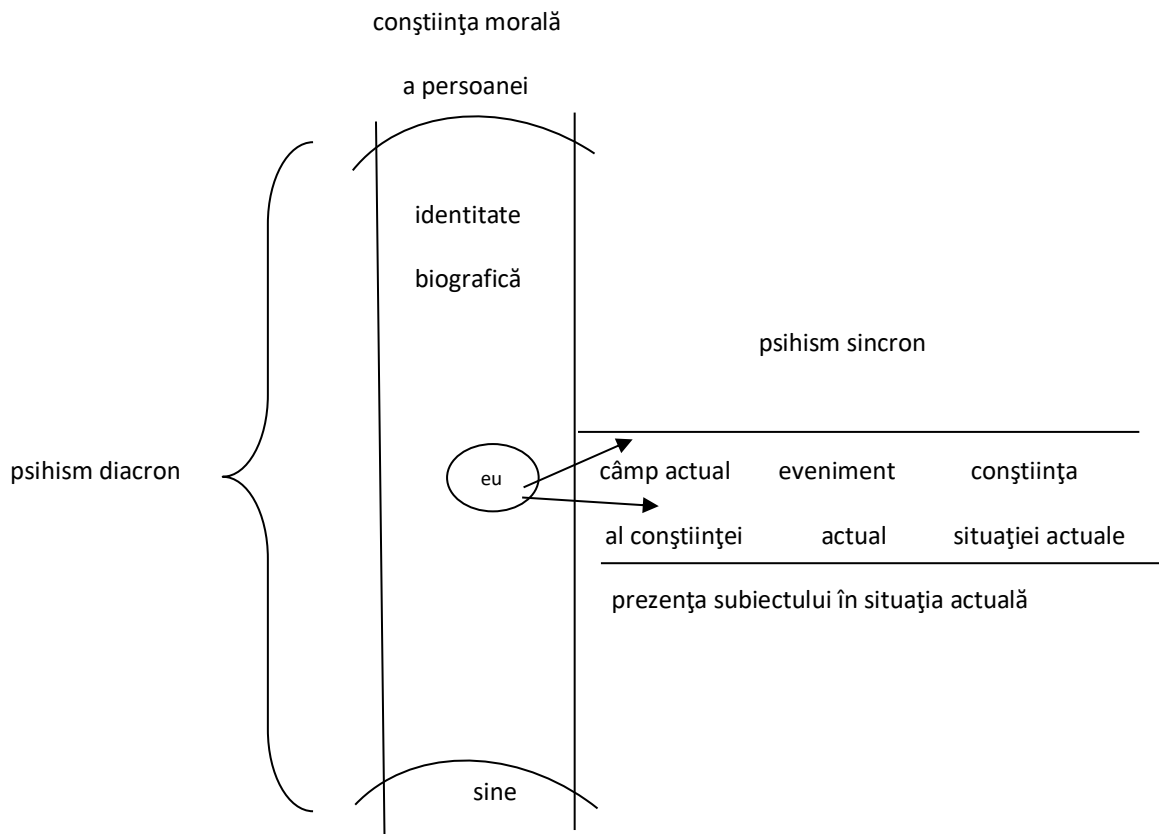
O altă idee lansată în sec. XIX se corela evoluționismului. Neurologul britanic Jackson a sugerat acceptarea faptului că, prin evoluție, creierul uman (și psihismul) a câștigat treptat noi funcții, superioare și integratoare, care coordonează funcționarea structurilor cerebrale mai vechi filogenetic.( ); iar noile structuri mai complexe, ar fi mai sensibile la noxe în raport cu cele mai vechi, mai simple și stereotipe dar mai rezistente. Simptomatologia (psiho)neurologică clinică s-ar realiza prin faptul că, în urma noxelor, unele funcții superioare nu se mai manifestă; ceea ce se exprimă în simptomatologia deficitară al bolii. Iar pe de altă parte, se impun cu pregnanță funcții mai simple, vechi, primitive, care erau

acoperite sau integrate (implicate) în funcțiile superioare; și care acum se afirmă direct, nestingherit, nefiltrat, persistent, deranjant. În aceste condiții se conturează simptomatologia, incluzând 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 Clerambault); fiind reactivată u hotărâre spre mijlocul veacului XX de către psihiatrul francez H. Ey. ( ). Acesta susținea, în spiritul jacksonismului, că trăirile psihopatologice exprimă un aspect al minusului psihologic, al deficitului, care „eliberează” o simptomatologie pozitivă ce era latentă. El a reluat și perspectiva „disoluției câmpului de conștiință” al actualității trăite vigili; pe care a dublat-o însă – pentru a caracteriza ansamblul psihismului uman normal ce stă în spatele manifestărilor psihopatologice - 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 fenomenologic psihanalitic, el face totuși trimitere la “un organism psihologic conștient” - care ar dubla organismul biologic. Instrumentarul psihologic al acelei vremi de la mijlocul sec. XX, nu permitea însă dezvoltarea mai amplă a unei astfel de idei; care să introducă o analogie între structura funcțională psiho-corporală a individului biologic și cea a psihismului specific uman. Ideea ar putea fi însă reluată în discuție acum, odată cu dezvoltarea psihopatologie evoluționiste (culturale); ce integrează și perspectiva cognitivist fenomenologică și pe cea a ciclurilor vieții.

În concluzie: prima jumătate a sec.XX a găsit lumea occidentală cu o medicină psihiatrică ce avea o semiologie aproape complet constituită, bolile fiind integrate într-o sistematică nosologică coerentă elaborată de către Kraepelin, stabilită pe baza observării cazuisticii azilare. Dar, așa cum era formulată și privită pe atunci, această simptomatologie era dificil să fie derivată direct din disfuncția organului creier, într-o modalitate paralelă tulburărilor neurologice

## 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”**



Iar corelarea cu fenomenologia trăirilor comportamentale normale era în mare măsură blocată de însăși atitudinea alienării azilare. Totuși, odată cu începutul sec. XX, ceva esențial din atmosfera științifică din jurul psihismului uman a început să se schimbe.

### **1.3 Jaspers și reacția psihopatologică depresivă (de doliu) la începutul secolului XX.**

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 tradiția lui Kant, ca fiind cel al unei persoane morale, libere și creatoare, deschisă spre transcendență; și centrată de un eu conștient reflexiv, orientat spre relații interpersonale duale, în mijlocul socio-culturii. În Psihopatologia sa el acordă un important rol metodologiei de obținere și sistematizare a informațiilor privitoare la starea și condiția unei persoane umane, ce ar putea fi bolnavă psihic. După autor, referința s-ar putea face la: trăiri subiective (fenomenologie), manifestări psihice măsurabile (atenție, memorie, inteligența operativă etc.), expresivitatea emotivă comunicantă situațional, date biografice și comportamentale obținute din variate surse. Ideea de bază era ca bazându-se pe astfel de informații, psihopatologul să poată construi tabloul unui “caz tipic exemplar”, cu referire la câte un domeniu al psihopatologiei ( e.g. al histeriei, depresiei, maniei, delirului etc.). Referința la „caz” se impunea pe atunci în cadrul nou lansatei paradigme a 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 psihiatrii în activitatea lor practică și de cercetare, privitoare la o temă psihopatologică majoră.

Pornind de la ideea lui Dilthey a comprehensiunii interpersonale empatice, Jaspers introduce printre posibilele entități psihopatologice ale nosologiei psihiatrice și „reacțiile comprehensive anormale”. Noi putem înțelege – susținea el - că un alt om devine trist atunci când îi moare o persoană apropiată, deoarece fiecare dintre noi am fi reacționat în același fel, fiind capabili de a ne transpune prin empatie, în situația de viață a celuilalt. În unele cazuri însă tristețea (depresia)



ce apare reactiv în astfel de împrejurări, e exagerată ca intensitate și durată, manifestându-se particular; de aceea o putem eticheta ca anormală, psihopatologică. Și la fel gelozia, spaima sau revolta după o frustrare. Se deschidea astfel poarta pentru stabilirea unei legături între unele sindroame psihopatologice și trăiri umane firești, reactive.

Reacția comprehensibilă anormală face parte dintr-o suită de modalități dinamice ale psihopatologiei clinice pe care Jaspers le-a comentat, între acestea incluzându-se și: - dezvoltarea anormală; - procesul psihopatologic delirant-dezorganizant (al „delirului primar”, diferit de cel organic din demență); - faza (sau episodul) unei patologii cu evoluție ciclică (ca în boala maniaco depresivă); - defectul developmental și postprocesual.

În continuarea viziunii lui Jaspers privitoare la anormalitatea reacțiilor psihopatologice, tot la Clinica din Heidelberg, K. Schneider va comenta ulterior zece tipuri de „personalități psihopate”, în termenii limbajului cotidian, nepsihiatric; referindu-se la oameni cu „anormalități caracteriale de fond”, din cauza cărora suferă și îi fac pe alții să sufere; fără a fi propriu zis niște bolnavi psihici. Persoane care, sunt mai predispuse și să facă reacții anormale, anxioase, depresive, explozive etc. Anormalitatea psihopatologică e astfel localizată nu doar la nivelul reacțiilor situaționale ci și la cel al structurii de fond, caracteriale a persoanei. Reacțiile și personalitățile anormale au rămas până azi categorii nosologice psihiatrice.

În aceeași atmosferă intelectuală de început a sec.XX, psihanaliza lui Freud a dezvoltat și ea o viziune aparte asupra stărilor psihopatologice, care ar rezulta din intervenția unor mecanisme intrapsihice (subconștiente) conflictuale; care, în principiu, sunt aceleași în normalitate și în psihopatologie. Pentru depresia psihopatologică referința lui Freud era de asemenea la doliu, implicând și sentimentul de culpă caracteristic acesteia; ce se manifestă uneori intens și

prelungit la unele persoane, datorită nevoii de a „metaboliza”, treptat,- prin „travaliul doliului” - aspecte ale unei relaționări inconștiente aparte, avute cu persoana de atașament dispărută (ce fusese „încorporată” în propriul psihism).

Reacțiile anormale comprehensive – pentru care depresia și anxietatea s-au impus de la început ca un model - au fost studiate apoi tot mai mult. S-a acordat atenție corelației dintre semnificația evenimentului și tipul de reacție: - în fața iminenței unui pericol, se instituie o reacție anxios fobică.., - în urma unei pierderi, una depresivă, etc. A fost studiat apoi faptul că reacția anormală poate fi favorizată de cumulum recent și/sau biografic de psihotraume din aceeași clasă,... de particularitățile temperamentale înnăscute,... de momentul ciclurilor vieții în care subiectul se află,.. de lipsa factorilor protectivi etc. Treptat, doctrina vulnerabilitate/stres a studiat cum același eveniment psihotraumatizant poate avea, la diverse persoane și în variate momente ale vieții, repercusiuni reactive diferite ca intensitate și mod de manifestare. Oricum, în apariția și evoluția unei reacții psihice, un rol important îl joacă nu doar prezența și semnificația unui eveniment stresant, ci și „disponibilitatea de a reacționa” a subiectului. Iar aceasta implică faptul ca modelul unei manifestări reactive depresive, anxioase, de suspiciune etc., să preexiste, ca „pre-dispoziție”, în subiect; astfel încât contextul reactogen de fapt doar „îl actualizează”; desigur, uneori într-o manieră aparte. Există persoane „flegmatice” cu reactivitate emotivă minimă la anxietate și depresie și altele intens reactive; până la cazuri în care „disponibilitatea depresivă” a subiectului ajunge să se impună intens, aparent fără niciun motiv semnificativ, în manieră psihopatologică.

Tema reacțiilor psihice anormale și problematica depresie s-au menținut pe tot parcursul sec. XX în centrul dezbaterilor psihopatologice; ilustrând faptul că, pe această direcție de cercetare se pot contura aspecte semnificative privitoare la însăși constituția specificului psihismului omenesc.

#### **1.4. Depresia psihopatologică și standardizarea diagnosticării ei.**

Revenind la reacția anormală de doliu la care făcea referire Jaspers și Freud, se cere avut în vedere că depresia ce constituie nucleul acesteia nu este o tulburare psihică oareșcare. Ea figurează printre cele mai vechi suferințe psihice, recunoscută încă de medicina greco-romană sub denumirea de melancolie. Melancolia hipocratică, reetichetată în sec.XIX ca 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 pe atunci una din cele două “psihoze endogene” ce se plasau în centrul nosologiei psihiatrice sistematizată de către Kraepelin.

Depresia psihopatologică 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, se gândește doar la trecut și vinovăție, se autodepreciază și se preocupă de moarte. Dincolo de acest cadru general cu care suntem intuitiv familiarizați odată cu tristețea normală, în psihopatologie avem nenumărate variante de intensitate, moduri de manifestare. De aceea diagnosticul psihiatric de stare depresivă – care frecvent se instalează nereactiv - se cere oareșcum standardizat, pentru ca un episod anume să fie cât mai adecvat circumscris; și astfel înțelegerea dintre medicii terapeuți și cercetători să funcționeze.

Către sfârșitul sec.XX s-a impus tot mai mult în psihiatrie standardizarea procedurilor de diagnostic și evaluare a stărilor psihopatologice, în cadrul unei orientări comportamentalist cognitiviste, care făcea apel la „definiții operaționale” ( ). Ideea că psihopatologia se organizează ca un „construct teoretic” de referință, a fost formulată încă de Jaspers, tocmai pentru a diferenția demersul științific al acesteia de relaționările spontane ale vieții cotidiene; și ea a fost susținută ulterior pe măsura dezvoltării argumentate a sistemelor nosologico-nosografice și a tratatelor de psihopatologie descriptivă. ( ). În această perioadă însă, înțelegerea

psihopatologiei ca și construct teoretic s-a generalizat și s-a impus în prim plan, urmărind idealul științelor cantitative exacte. S-au introdus astfel în psihopatologie liste de simptome, interviuri structurate și semi-structurate; toate orientate spre evaluări cantitative cât mai exacte și reproductibile; iar în manualele de diagnostic, categoriile nosologice precum depresia, mania, fobiile etc. beneficiază de definiții operaționale.

În această perspectivă, un sindrom cum e cel depresiv este caracterizat în primul rând printr-o „listă de itemi” sau simptome (subiective, expresive, comportamentale), pe care un examinator urmează să le identifice prin proceduri riguroase și reproductibile. Lista și numărul acestor itemi poate varia; deoarece procedura de diagnostic se poate centra doar pe simptomele cele mai specifice și frecvente sau poate avea în vedere și simptome mai rare și mai puțin specifice. Pentru exemplificare putem menționa scala de evaluare a lui Beck pentru depresie care propune 20 itemi, fără o ierarhizare a acestora: tristețe subiectivă; pesimism; sentimentul eșecului (bilanț); incapacitate de a se bucura (anhedonie); vinovăție; sentimentul necesității de a fi pedepsit; autodeprecieri (însatisfacție față de sine); autoacuzare; autoagresiune (tendințe suicidare); plâns; retragere (izolare socială); nehotărâre; părere nefavorabilă față de sine (fizic); dificultăți în muncă; tulburări de somn; fatigabilitate; inapetență; pierdere în greutate; preocupări (îngrijorare) față de starea fizică; absența libidoului. O altă scală des folosită în depresie este cea a lui Hamilton, care are o variantă cu 17 itemi și una mai amplă cu 24 itemi. Instrumentul cu care s-au efectuat studiile OMS asupra depresiei, SADS, avea 40 itemi. Cel mai elaborat instrument standardizat de evaluare a depresiei, CODE-DD (1980), avea 90 itemi, permițând diagnosticul după criteriile unor diverși autori.

În perspectiva unei evaluări cantitative, se cere ca itemii să fie explicit formulați, eventual descriși; și prezența unora stabilită prin întrebări mai mult sau mai puțin structurate, pe care investigatorul este invitat să le folosească. Pentru

fiecare item se introduce apoi și o evaluare numerică: de ex. 0 = absent; 1 = prezent ușor; 2 = mediu; 3 = sever (gravitatea este și ea de obicei precizată și exemplificată). Scala de evaluare se aplică unor pacienți ce sunt deja diagnosticați și sub tratament, obiectivul ei fiind circumscrierea profilului simptomatologic de la un moment dat și gravitatea acestuia; pentru aceasta evaluatorul (sau însuși pacientul în caz de autoevaluare) marchează la fiecare item o cifră ce califică intensitatea, obținându-se astfel și o notă globală. Rezultatul global obținut la repetarea evaluării indică amplificarea sau reducerea intensității depresiei.

Instrumentele de evaluare pot ținti nu doar un anumit sindrom așa cum e depresia; ci un întreg grupaj de sindroame care frecvent se manifestă împreună, sincron sau diacron. De ex. ele pot include și simptome din aria anxios fobică, obsesiv compulsivă, astenică, relațional senzitivă, paranoidă etc.; sau și simptome din serie maniacală, pentru a se surprinde un eventual viraj bipolar. Apoi, instrumentele de diagnostic standardizat pot viza și o zonă amplă de psihopatologie; sau chiar ansamblul ei. În acest sens s-au elaborat interviuri semistructurate pentru diagnosticarea, cel puțin orientativă, a majorității entităților nosologice cuprinse în DSM-III-5 sau ICD-11.

În manualele de diagnostic circumscrierea unui cadru nosologic e exprimată cât mai succint și explicit, prin criterii de includere și excludere. Astfel, în DSM-5, definiția operațională a depresiei majore cere prezența continuă timp de cel puțin două săptămâni, a minimum 5 din 9 itemi din următoarea listă - obligatoriu fiind ca unul să fie dintre primii doi: 1) Dispoziție depresivă aproape tot timpul; 2) Scăderea interesului pentru aproape toate activitățile. Urmează : scăderea în greutate, tulburarea de somn, inhibiție psihomotorie (sau agitație), anergie, sentimentul lipsei de valoare sau vinovăție, scăderea capacității de a se gândi, de a se concentra și decide, gânduri recurente de moarte. Simptomatologia identificată trebuie să exprime o evidentă modificare a felului de a fi anterior; să dureze cel

puțin 2 săptămâni, să inducă suferință și disfuncție socială. Diagnosticul episoadelor depresive în DSM-5 poate avea diverse intensități și durate, ele putând fi marcate de o serie de „specificatori”. În ultima ediție a manualului, întreaga patologie de tip depresiv e plasată într-un capitol special, sugerându-se astfel că ea exprimă o disfuncție specifică a unei structuri funcționale constitutive a psihismului persoanei.

Abordarea diagnostică pe care o dezvoltă sistemele standardizate cuantificate, inclusiv în cazul depresiei, este desigur foarte utilă pentru circumscrierea unor cazuri bine identificate în vederea tratamentului și urmării evoluției lor clinice; și pentru procesul didactic sau cercetarea științifică. Totuși, varietatea opțiunilor pentru includerea itemilor în lista caracterizantă e uneori deconcertantă, neindicând destul de clar nucleul formal în jurul căruia toate aceste manifestări simptomatice se organizează; sau din care decurg. Adică coerența sa de sindrom, de „câmp semiologic specific”, ce derivă dintr-o trăire umană cu sens. Ori, o astfel de abordare nu e imposibilă, dacă se acceptă și o perspectivă fenomenologică.

Standardizarea diagnostică psihiatrică – inclusiv cea privitoare la psihopatologia depresivă – a fost oficializată prin manualul american DSM-III-5; care, a susținut și o concepție aparte asupra sindroamelor psihopatologice ce se cer diagnosticate, rezumabilă astfel: „ Un pacient X are o tulburare (sindrom) Y (e.g. depresiv, schizofren); și nu: „Pacientul X este Y (e.g. este un depresiv, schizofren)”. Această perspectivă decontextualizează însă sindromul ce se cere diagnosticat (recte depresiv), desprinzându-l de corelația sa cu trăirile firești, cu biografia pacientului, cu circumstanțele în care el se manifestă cu sens adaptativ; nelăsând speranțe pentru a căuta echivalentul său în normalitate.

Menționatele inconveniente ne sugerează să nu ignorăm tentativele de abordare fenomenologică ce s-au încercat către sfârșitul sec. XX. Fenomenologia

psihopatologică - care face apel la trăirile subiectiv conștiente cu sens ale persoanei - a propus la un moment dat (Tattosian, 1979) ca în loc de „sindrom depresiv” definit prin suma simptomelor înregistrabile, să se vorbească despre un coerent „fenomen depresiv” anormal. Iar acesta ar putea fi sesizat global plecând de la însăși posibilitatea umană de a trăi stări depresive, în contextul existenței sale de zi cu zi. Fenomenalitatea proprie depresiei ar consta într-o specifică desprindere de lume pe axa temporalității, a trăirii prezentului situațional: depresivul se resimte ca lipsit de viitor (de speranțe) și de prezent (anhedonie, dezinteres social), în cadrul unei suferințe (pasivități) triste, ce-l repliază pe trecut; spre meditații despre slăbiciunea sa și inexistență. Pornind de la această configurație, în varianta sa psihopatologică fenomenul depresiv se prezintă simplificat și rigid, cu accent pe aspectele formale ale unei inhibiții psihice bradipsihice și retractile, autonomizându-se ca apariție și manifestare, blocând cursul derulării vieții cotidiene și crescând riscul de moarte.

Astfel de sugestii pot fi reluate în prezent, când neofenomenologia colaborează fructuos cu cognitivismul și neopsihanaliza; iar raportarea persoanei conștiente la situațiile actuale e privită ca având în fundal o identitate biografico caracterială, încorporată, circumscrisă social și dotată cu variate disponibilități de raportare circumstanțială și de relaționare adaptativă. Nucleul formal al unui fenomen depresiv anormal, ce extrage subiectul din „prezența sa la actualitatea situațiilor problematice comunitare” ar putea fi indicat - pe lângă parametrii fenomenologici menționați ai disfuncției temporale și suferinței subiective – și prin trimiterea la o configurație de itemi semiologici tradiționali, care nu neglijează dimensiunea biopsihologică a persoanei umane normale, cu referință la: O inhibiție generalizată retractilă, bradipsihică, anergică însoțită de o autovalorizare negativă; cu o repliere centripetă pe sine, pe propriul corp și trecut și cu orientare spre moarte (Chenar 4). Dintr-un astfel de nucleu formal ar decurge toți itemii

semiologici de caracterizare clinică din scalele de evaluare. Astfel, dezvoltând ideea circumscrisă mai sus, se poate formula că:

Esențialul stărilor depresive umane, normale și anormale, constă în faptul că subiectul se simte și este blocat în raportarea sa față de situațiile actuale, prin anularea orizontului viitorului, lipsa de interese față de prezent (de plăceri și de bucurii) , cu repliere pe propriul trecut; într-o izolare inactivă relațional. marcată de inhibiție bradipsihică, retractilă și anergică, cu scăderea stimei de sine.

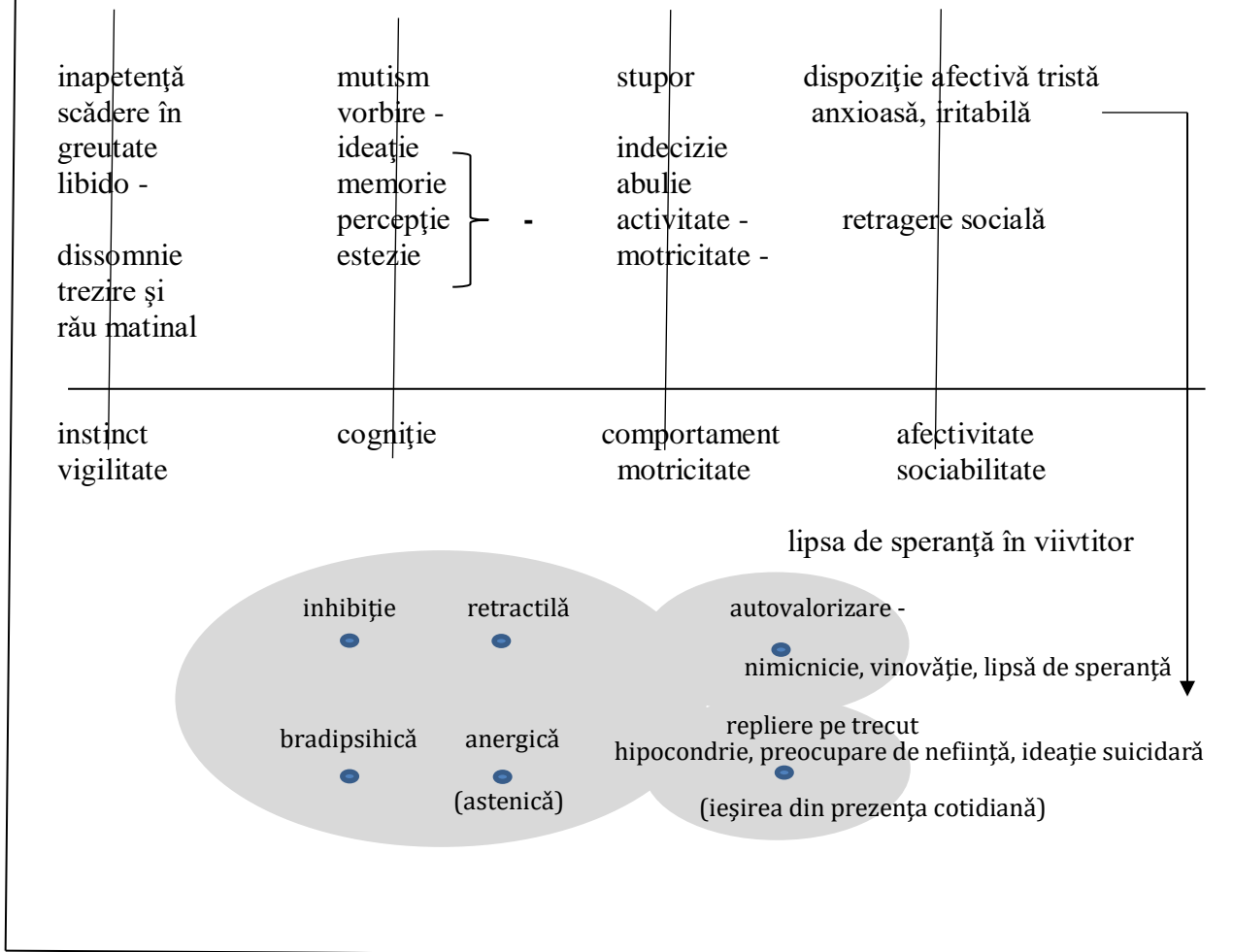
În reacțiile depresive comprehensibile acest model existențial apare ca răspuns la trăirea unei semnificații de pierdere sau eșec; în urma căreia, respectiva stare „ se instalează” firesc. După cum în raport cu alte semnificații situaționale se pot instala reactiv stări anxios fobice, de furie combativă sau de elatie expansivă. Moduri de reacție care, au și ele variante psihopatologice; dar se bazează pe actualizarea unor alte structuri funcționale dispoziționale, ce au alte scheme formale de organizare a manifestărilor psihice. (Interpretarea acestor stări ca doar „reactive” va fi comentată în continuare).

Revenind la abordarea standardizată a diagnosticului, reafirmăm perspectiva conform căreia, pentru toate sindroamele majore s-ar putea găsi, alături de listele de simptome ce le definesc în manuale, câte o trimitere spre scheme de trăiri și moduri de organizare psihică firești, normale, relativ formalizabile și comentabile fenomenologic, din care ele derivă. Trăiri și moduri de existență ale persoanei ce ar



## Chenar 3

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



putea fi considerate ca și „organe” funcționale ale „organismului - sau corpului - său psihic particular”. Căci, gândirea medico-psihiatrică 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 strânsă corelație cu aceasta:

„care e semnificația antropologică, pentru persoană, a însăși stărilor depresive normale?”... din care Jaspers deriva reacția depresivă psihopatologică.

### **1.5. Semnificația adaptativă a reacției depresive. Psihologia și psihopatologia evoluționist 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 trimiteri spre o infrastructură formală a psihismului uman studiată de psihologia cognitivă și neofenomenologică, răspunsul tinde însă să se schimbe; și aceasta, mai ales 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 normală un model comportamental adaptativ? Pentru a răspunde la o astfel de întrebare se cere schițat 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, au 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 de execuție mai performante; cât, mai ales, la selecția și transmiterea genetică a unor modele comportamentale adaptative de supraviețuire și multiplicare, tot mai elaborate, flexibile și performante; comportamente susținute și coordonate la nivelul individului, desigur, prin rețelele neuronale ale sistemului nervos central; fapt ce a evoluat în paralel cu procesul de telencefalizare. E vorba de strategii de raportare la situații care, fiind

frecvent salutare, ajung să se selecționeze transgenerațional; astfel încât indivizii să le aibă ușor „la dispoziție” în recuzita lor comportamentală, pentru a le utiliza la nevoie, pe parcursul vieții lor, între naștere și moarte.

Respectivele modele comportamentale, ar fi deci 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 specifici, dezvoltându-se ulterior diferențiator. Dintre acestea fac parte, desigur, majoritatea comportamentelor considerate tradițional ca instinctive; inclusiv conduitele corelate obținerii alimentelor, rutului, maternajului, pregătirii ambianței pentru noua generație, ascunderea în fața pericolelor, confruntarea masculilor pentru o poziție dominantă în grup etc. Și la fel, pentru migrația în timpul iernii – la unele specii; iar pentru altele, pentru hibernare. Un comportament precum cel de hibernare, se caracterizează printr-o retragere inhibată ce se instalează ciclic în perioada anotimpului rece; și deoarece atunci resursele sunt reduse, el este adaptativ pentru individ, acesta consumând mai puține alimente. Până la un punct situația e similară în odihna consecutivă unui efort fizic epuizant; sau în retragerea inhibată ce însoțește rănirea și boala, reducând solicitările și favorizând vindecarea. În psihobiologie a mai atras atenția „reflexul de moarte” (totstelreflex) și sumisiunea consecutivă înfrângerii dintr-o confruntare; comportamente care reduc agresivitatea agresorului. Astfel de manifestări reactive au fost comparate cu inhibiția bradipsihică a oamenilor deprimați după o înfrângere sau un eșec; deci la capătul încheierii nefavorabile a unui comportament activ combativ, a unui proiect. Noi considerăm de obicei că în aceste cazuri retragerea depresivă e o consecință a demoralizării indusă de nereușită, cu scăderea stimei de sine. Dar această retragere, ce durează oareșce timp, favorizează de fapt și refacerea energetică; precum și - mai ales - reculegerea subiectului pentru a-și reorganiza strategia proiectelor sale

de viață; astfel încât el să opereze în viitor cu o mai adecvată utilizare a resurselor, în vederea succesului.

Modele psihobiologice pe care evoluționiștii le-au invocat, chiar dacă sunt parțial sugestive, nu sunt suficient de convingătoare pentru considerarea retragerii depresive inhibitate specifică omului ca o strategie adaptativă. Dar psihologia evoluționistă are o abordare mai largă, care ține cont și de modificările profunde ce s-au petrecut în psihismul uman pe parcursul antropogenezei și a istoriei culturale.

Psihismul lui homo sapiens și-a dezvoltat o complexă capacitate de operare cognitiv intelectuală pe modele ale realității, susținută de limbajul articulat. Creierul său e dotat cu structuri funcționale de tip modular, care-i permite să-și însușească și să utilizeze acest limbaj, în multiple direcții ce-i complexifică psihismul. Alți moduli psihocerebrali stau la baza memoriei sale, ca suport al identității biografice; și a reactualizării utile a datelor acesteia, în cadrul percepției și rezolvării situațiilor problematice actuale. Funcțiile cognitive sprijină atât acțiunea cât și relaționarea subiectului cu alții. Din perspectivă antropogenetică merită invocate acum, în marginea interpretării depresiei, trei aspecte specifice: a) funcțiile executive; b) cele ale cogniției sociale; și c) cele ale operării pe modele metareprezentationale (Chenar 5).

a/ Funcțiile cognitive executive susțin acțiunile cu scop, care se realizează în timp, pe baza unui proiect ce se derulează prin etape succesive; și care e în permanență controlat informativ de către subiect, inclusiv prin informații inverse. Angajarea în acțiuni și proiecte vizează o situație viitoare; astfel încât temporalitatea trăită e intens implicată în această perspectivă. Sindromul depresiv - ce apare deseori în condiții de eșec în realizarea proiectelor - e în esența sa caracterizat prin incapacitatea de a mai concepe viitorul, de a mai avea așteptări și speranțe; și prin retragerea inhibată a subiectului din prezența sa la actualitate, cu

lipsă de dorințe și dezinteres față de orice nou proiect. Replierea pe trecut și neființă, inhibiția abulică, dau contur acestui sindrom. În schimb în sindromul maniacal – care e opusul simetric a celui depresiv – subiectul apare ca marcat de ”elație”, el angajându-se nesăbuit în proiecte viitoare nerealizabile. Implicarea subiectului într-o acțiune realizatoare stă la baza structurării prezentului său situațional, ce se detașează pe fundalul multiplelor proiecte și preocupări în care el e continuu implicat în lumea sa umană, structurată prin norme și valori; inclusiv a celor ce decurg din statutul și rolul său social, din relaționarea sa persistentă cu alte persoane.

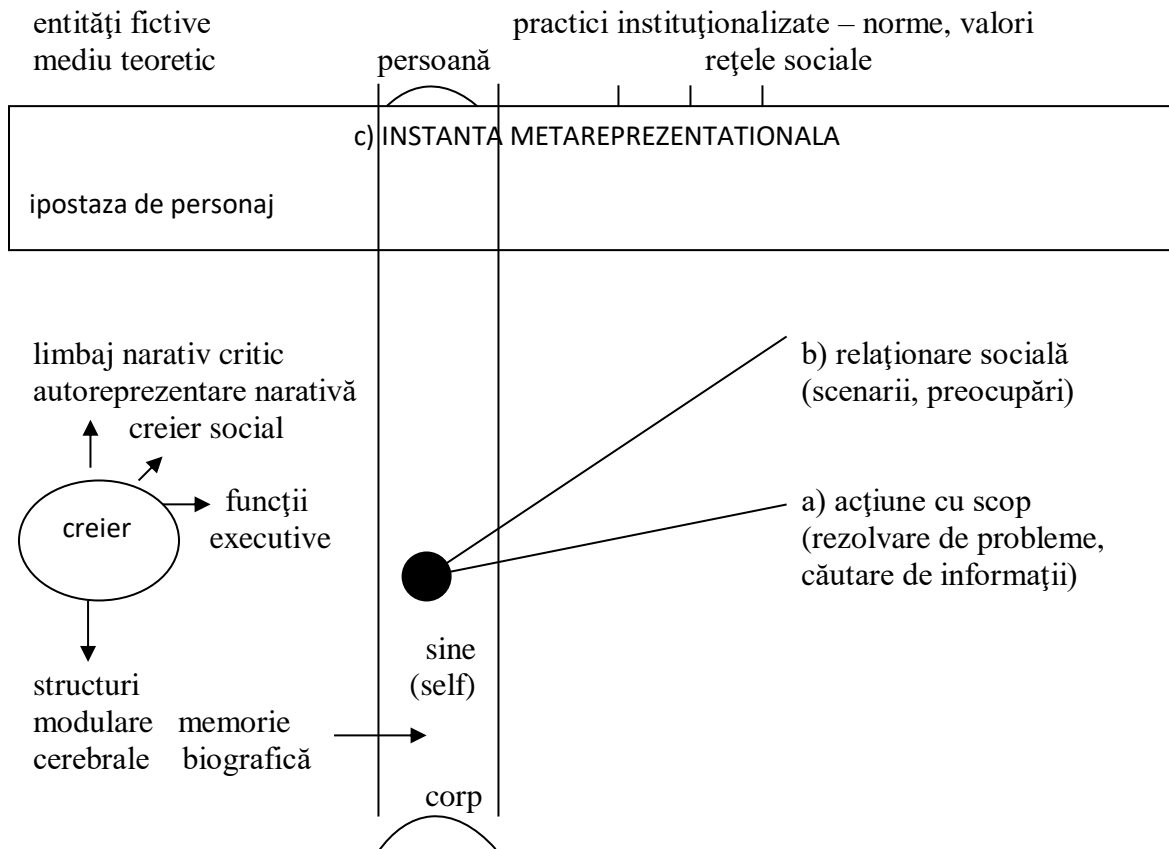
b/ Funcțiile cogniției sociale stau la baza unei alte dimensiuni fundamentale specifică psihismului uman, ce se manifestă în aria relaționărilor interpersonal sociale, marcate de atașament și distanțări sociale. Iar depresia doliului se manifestă exemplar în împrejurările pierderii unei persoane de care subiectul e atașat.

Evoluționiștii consideră că, cogniția socială a devenit extrem de importantă pentru homo sapiens, în condițiile în care acesta trăia, în perioada preagricolă, în grupuri mici, în savana africană; căci excluderea din grup echivala cu moartea. Desigur, dezvoltarea cogniției sociale a fost favorizată la om și de modelul de transmitere genetică de tip K, cu copii puțini și investiment parental major. Precum și de nașterea sa „prematură”, datorată creșterii în volum a creierului; astfel încât maturarea encefalului se petrece acum în intimitatea prezenței mamei și a mediului familial.

Principalele competențe ale cogniției sociale includ: capacitatea de a recunoaște figura umană în general; recunoașterea expresivității stărilor emotive și atitudinale; interesul pentru contactul cu figurile umane și „sociabilitatea” în general. Apoi, identificarea figurii persoanei de îngrijire, fapt care susține

Chenar 4

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



Evoluționismul cultural analizează câteva aspecte specifice ale psihismului uman precum:

- 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 introjectarea imaginilor altora.
- c) La homo sapiens se dezvoltă limbajul conversațional și cel 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; și o modelare metareprezentatională, în care realitatea dată e reformulată în scenarii probabiliste (centrate de autoreprezentarea sa ca personaj) asupra căruia operează cu probabilități, pentru soluționarea problemelor actuale, teoretice și practice.

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 psihism. Mama va reprezenta de acum încolo pentru sugar un personaj esențial, securizant. Copilul sesizează când ea pleacă, reacționând anxios; dar și-o poate și reprezenta, cu valențe securizante, când ea nu este efectiv prezentă fizic. Se realizează astfel, filo-ontogenetic, structura unui psihism care se bazează pe un atașament intim puternic cu persoane apropiate, în vederea siguranței în investigare și acțiune. Cognația socială bazată pe „creierul social” dezvoltă și alte competențe, ca de ex. capacitatea subiectului - ce se instituie la 3 ani -- de a intui situațional opiniile și intențiile altuia perceput („mentalizarea” sau Teoria Minții - ToM); fapt ce stă la baza cooperărilor din cadrul practicilor instituționalizate, ce se bazează pe norme și valori. Dar și aceasta se articulează strâns cu funcția atașamentului. Pe parcursul vieții de adult oricine ajunge în poziția de intimitate a atașamentului, se poate contopi cu psihismul subiectului într-o relație duală; fiind integrat în structura acestuia după modelul infantil al introjecției imagoului îngrijitorului apropiat. Astfel încât, pierderea unei astfel de persoane, ajunge să echivaleze efectiv cu pierderea unei dimensiuni constitutive proprii, cu o amputare existențială; condiționând depresia doliului. Întreaga existență psihică a persoanelor, cu toate proiectele și preocupările sale, se realizează într-un mediu interpersonal social, între zona intimă de atașament și cea publică, oficială; și ea e presărată cu pierderi, cu perioade depresive.

c/ 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 parametrilor situației problematice actuale, modelați într-un plan metareprezentational. Proces ce e susținut de limbajul natural și codurile

semnificante adiacente. Pe astfel de modele sunt derulate și evaluate strategii probabiliste, înainte de implementarea acțiunii efective; precum și pe parcursul derulării acțiunilor și proiectelor, a preocupărilor, în paralel cu selectarea și căutarea continuă de informații în variate baze de date; inclusiv prin autocontrol feed-back. Iar pe de altă parte, instanța modelelor articulează psihismul individual cu planul teoretic cultural al antroposului, susținut și el de limbaj. Iar inserția sa în acest plan cultural, modelează și ea trăirile subiectului, inclusiv cele de tipul depresiei.

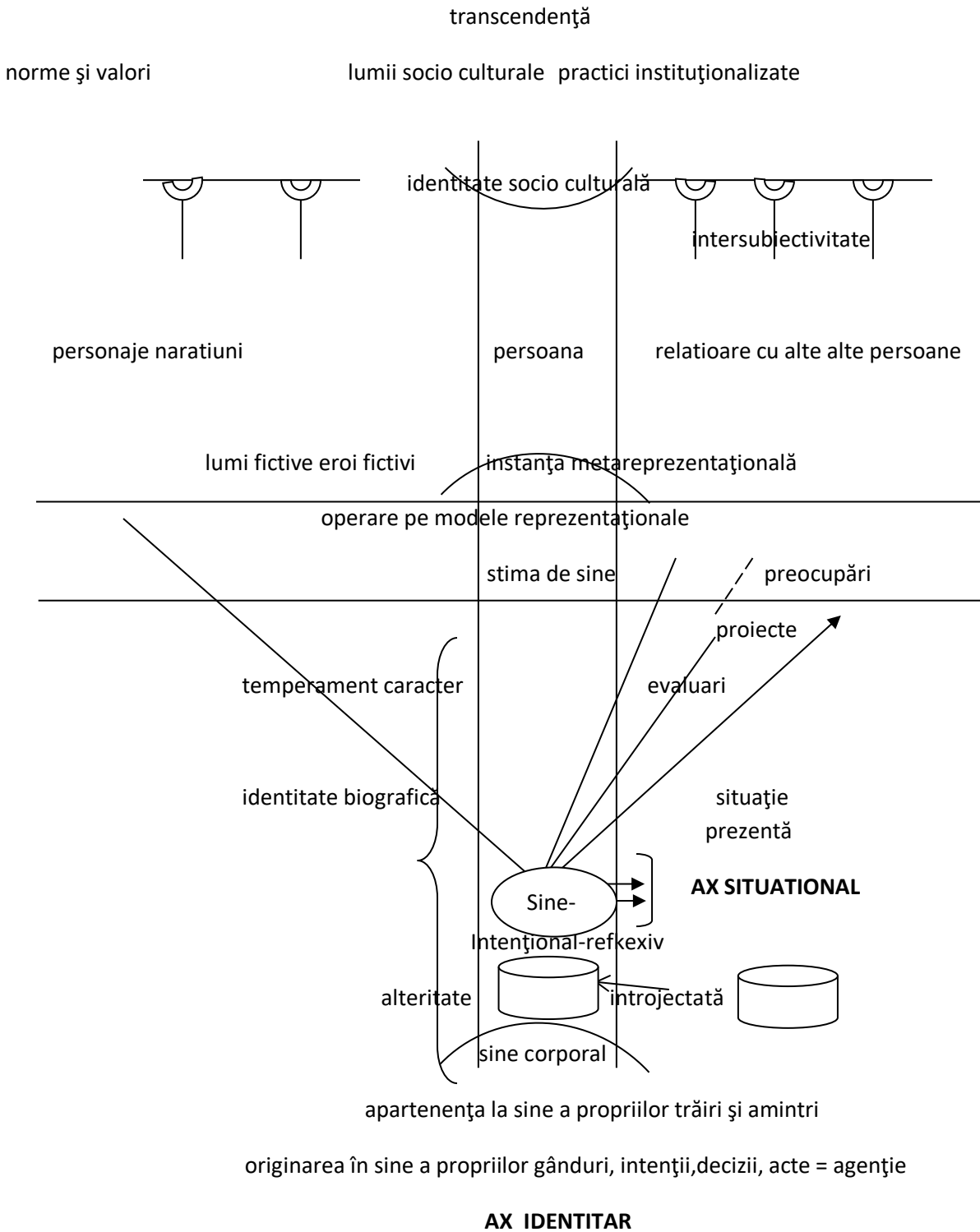
Limbajul narativ critic și evaluativ ce s-a dezvoltat mai ales în ultimii 150.000 ani i-a permis omului, cel puțin în ultimii 70.000 ani, operarea cu realități fictive (zei, bani, norme, concepte, entități aritmetice etc.). Subiectul ajunge astfel în ultimii 10.000 de ani nu doar capabil de comunicare trans-situațională (istorică și la distanță); ci și de implicarea sa într-o instanță teoretică cultural-spirituală, în raport cu care se desfășoară ritualurile sacrale; și în care se inseră miturile, legendele, istorisirile și narațiunile fictive, ce cuprind în scenarii conflictuale diverse personaje și eroi. Se constituie astfel o „lume specific umană” ce cuprinde mituri, istorisiri, opere de artă, teorii științifice și speculații filosofice. Lume structurată prin practici instituționalizate, ghidate de norme și valori. Persoana umană, dimensionându-se prin inserția într-o astfel de lume specială, câștigă noi valențe structurale, care-i modelează trăirile în general; și inevitabil, pe cele depressive.

Înainte de a comenta pe scurt aceste aspecte ale depresiei e se dimensionează prin specificul lumii sale umane, se cere subliniat și faptul că, istoria culturală în care omul a fost cuprins la capătul antropogenezei, nu doar a modelat în continuare psihismul persoanei - diferențiindu-l până la varianta pe care o întâlnim și o putem comenta în zilele noastre; ci a condus și la studierea lui, încă din



**Chenar 5**

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



antichitate. În urma unei tradiții milenare și a cercetărilor psihologice dezvoltate de-a lungul sec.XX, s-ar putea aproxima – pentru uzul comentariilor psihopatologice - un model schematic al structurii acestuia (dezvoltându-se sugestia lui Ey – Chenar 2), prin conjuncția a două axe ortogonale: a) Un ax identitar biografico-characterial, înrădăcinat în propria corporalitate și integrat în rețelele socio culturale proxime și publice; care e centrat de un sine intențional reflexiv, resimțindu-se distinct de lume, alții și situații. și b) Un ax al raportărilor la situații problematice actuale, cu angajări în proiecte și preocupări de durată (Chenar 6). Această schemă orientativă e propusă pentru a ghida expunerea și analizele psihopatologice care vor urma.

### **1.6. Aspecte specific umane, inclusiv culturale, ale depresiei**

Revenind la reacția depresivă, se cere comentarea acesteia și din perspectiva specificului psihismului uman, care integrează moștenirea psihobiologică între parametrii psihoantropologici, de existență într-o lume culturală.

Se poate accepta, desigur, că retragerea inhibată din depresie urmează și vechi modele biologice, așa cum ar fi hibernarea, epuizarea, boala, pericolul, înfrângerea într-o confruntare; la care se adaugă eșecurile și pierderile suferite de către subiect, între care esențială e cea a unei persoane de atașament.

În ceea ce privește doliul, acum nu mai putem însă ignora faptul că, el nu doar afectează o relație interpersonală intimă și profundă; ci și că se manifestă în atmosfera unei colectivități culturale date. Când moare o persoană apropiată, la înmormântare participă întreaga familie, rudele, cunoștințele, oficiindu-se o slujbă religioasă. Subiectul îndoliat resimte astfel că e integrat într-o comunitate spirituală care-l protejează; și care-i va respecta perioada oficială de doliu. Comunitate care crede tradițional într-o viață de după moarte; în care ”personajul” celui decedat va persista (cultul strămoșilor fiind una dintre cele mai vechi practici ritualice

culturale). Această ieșire din „prezența la prezentul comunitar cotidian” va fi reprodusă apoi simbolic de cel îndoliat, tocmai prin retragerea sa temporară din participarea curentă la viața comunității. Dar retragerea inhibată și neparticipativă de model depresiv, se poate realiza la om și în multiple alte împrejurări; în toate ea funcționând cu valențe de suport pentru refacerea persoanei afectate, în vederea revenirii ei pe o orbită cât mai firească de existență.

Rămânând la capitolul pierderilor și privind dintr-o perspectivă larg antropologică, acestea nu se reduc pentru un subiect la persoane de atașament și la bunuri materiale; deși acestea joacă, desigur, un rol important în suferințele omenești. Omul își poate pierde pe parcursul existenței sale idealurile, speranța în ceva mai bun, valorile de care s-a atașat; sau, patria, poziția sa socială, stima de sine, onoarea, respectul celorlalți, autoevaluarea sa pozitivă; toate aceste situații derivând din dinamismul specific existenței sale. Atât eșecurile sociale cât și evenimentele cu impact moral negativ pot induce trăiri de tip depresiv, negative și internalizate, exprimând scăderea stimei de sine, rușine. Sentimentul de culpă se însoțește și el de un fundal dispozițional depresiv major, cu retragere în solitudine, repliere pe sine, inhibiție biopsihică globală, uneori ideeație suicidară.

Faptul de a putea ajunge depresiv în urma unui eșec, al unei pierderi diverse, a unei înfrângeri combative dar și morale, e înscris în structura desfășurării dinamice a psihismului omenesc, ca o posibilă manifestare adaptativă de retragere strategică temporară; cu repliere pe sine, într-o dispoziție sau postură de reculegere și reevaluare, a unui om aflat într-o situație dificilă, problematică. Iar semnificația acestei retrageri ar fi cea de favorizare a unei perioade de regenerare și refacere; nu doar energetică ci mai ales sufletească, morală, existențială, pentru noi șanse și eventualități de proiecție în viitor. Timp de retragere ce se cere respectat, ca un firesc episod al ciclurilor vieții unei persoane. Depresia ce e suferită în cazul eșecurilor, pierderilor și mai ales a doliului, nu e determinată doar de semnificația

evenimentului – care, de fapt, e o secvență dintr-o desfășurare, uneori ciclică -, ci de o intervenție “organismică”, instrumentală (organ = instrument) a unei disponibilități – a unei dispoziții anume – a psihismului persoanei; care intervine corespunzător,.. într-un moment ce o pretinde. Căci „a fi capabil de reacție depresivă” (adaptativă) e o caracteristică a normalității psihice a individului, a persoanei umane. Individ la care se activează cu această ocazie o structură psiho-afectivă și comportamentală care, manifestându-se, îl protejează pentru o perioadă de timp. Instrument pe care, avându-l la dispoziție, subiectul îl lasă în astfel de împrejurări să urce la suprafață; pentru ca el să poată face față situației. Iar astfel de „utilizări” ale disponibilității de a fi depresiv, se petrec în permanență - chiar dacă nu cu decizia subiectului - ca strategii circumstanțiale în diverse secvențe ale vieții sale personale. Inclusiv în planul existenței sale culturale.

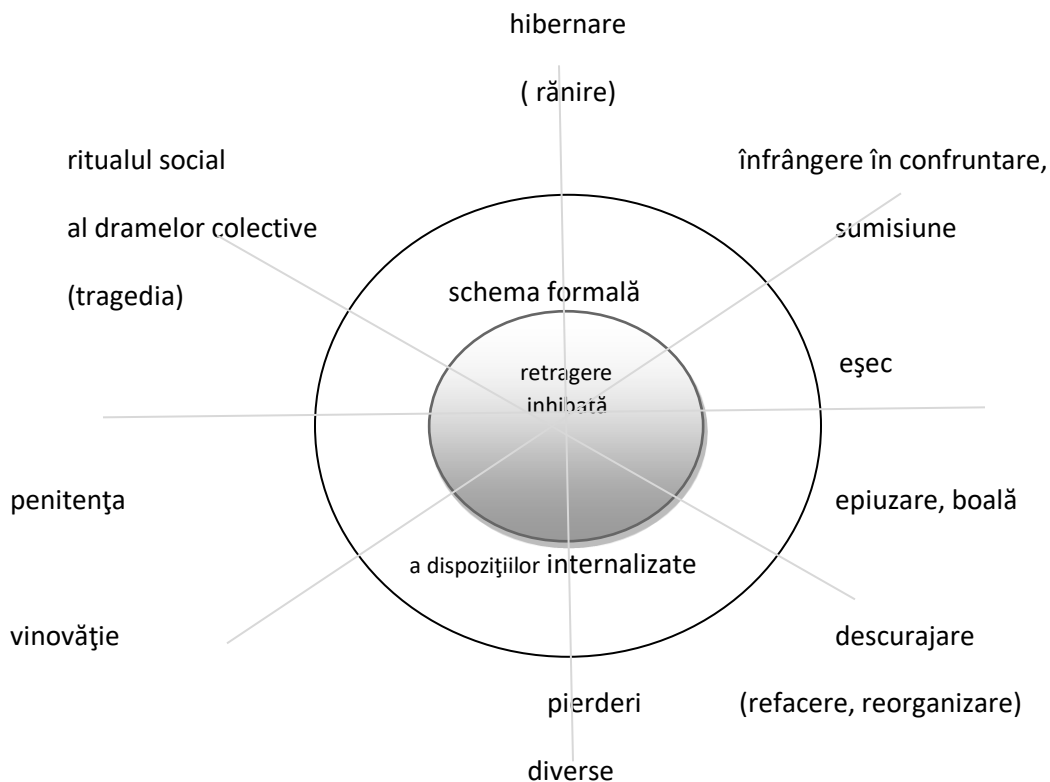
În perspectivă psihoantropologică nu ar trebui ignorat faptul că tematica situațiilor de suferință, chin, depresie, disperare etc. e prezentată și dezbătută și în tragedii, antichitatea utilizând în mod curent în acestea o „mască a suferinței”; iar spectatorii implicându-se cu pathos în respectivul scenariu – ce se referă la personaje, interpretate acum de actori -, trăind deseori un „catharsis”. Și la fel, scenariile tragice se desfășoară în literatura la care subiectul are în mod curent acces, în filme; nefiind exclus ca propriile evenimente tragice să fie transpuse și desfășurate în astfel de narativități publice. Atmosfera tragic-depresivă se întâlnește până și în ritualurile sacrale, ce cultivă frecvent perioade de sobrietate, post și reținere de la relaționări sociale, odată cu actualizarea unor secvențe mitice ce trimit la episoade de pătimire ale zeului (e.g. postul Paștelui). Ca să nu mai vorbim de situațiile în care se impune doliu național.

Oricum, de-a lungul unei vieți obișnuite, un om are nenumărate ocazii în care își poate exercita – și astfel „exersa” în multiple variante psiho-antropologico culturale - disponibilitatea sa pentru trăiri „internalizate” de tip depresiv. (Chenar

7). Se cere avută astfel în vedere o dispoziție psiho antropologică internalizat-depresivă specific umană, ce completează moștenirea biologică cu ofertele și experiențele lumii socio culturale. Astfel încât, în fiecare persoană e de așteptat să regăsim, mai mult sau mai puțin dezvoltat, un „instrument dispozițional depresiv”; un fel de ”modul”, la care subiectul face apel, de obicei preconștient, în varii coniecturi psiho-socio-culturale ce invocă sau pretind depresia; ca parte din recuzita desfășurării cursului unei existențe umane firești. Ceea ce urmează să clarifice psihopatologii se referă la tranziția acestui modul psihoantropologic al tristeții periodice firești, din varianta sa de organ - structură funcțională - a unei manifestări adaptative flexibile și nuanțate, în ipostaza de organ aflat în disfuncție.

Chenar 6

**Circumplex al modalităților psihoantropologice care configurează schema dispozițiilor internalizate ale psihismului normal, ca o “disponibilitate” pentru stări depresive**



„Modul al depresiei” psihopatologice, ce se manifestă acum aberant, nesolicitat, intens, rigid, dezadaptativ; care ajunge să-și subjuge pentru anumite perioade de timp întreaga existență a psihismului.

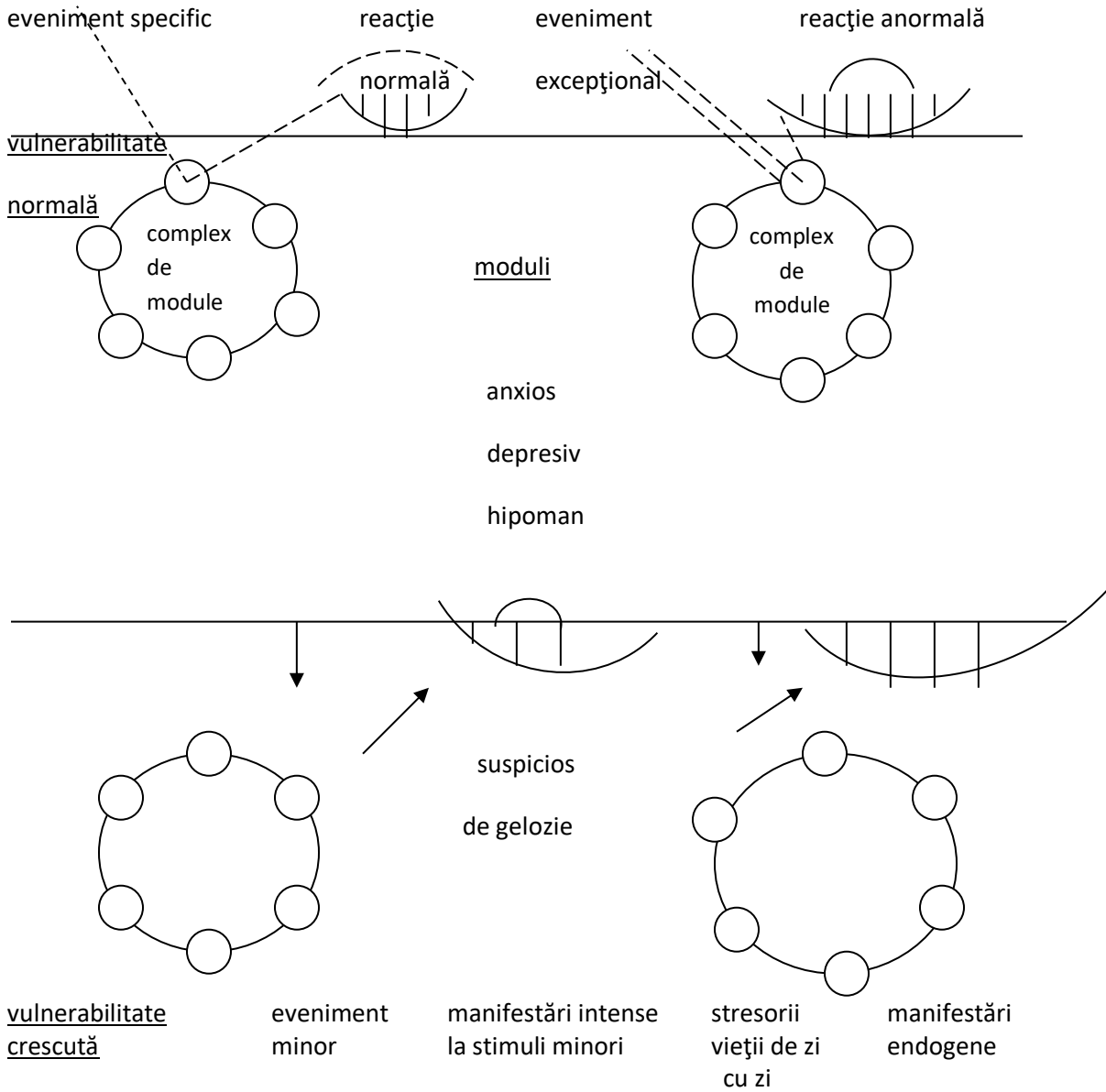
**1.7. Modulii bio-psiho-antropologici dispozițional-comportamentali ar putea fi înțeleși ca „organe (instrumente) funcționale” ce se află în dotarea și la dispoziția persoanei identitare; și care sunt actualizate situațional în împrejurări anume, în vederea unor manifestări adaptative (de tip anxios, depresiv, combativ, euforic-sărbătoresc, al suspiciunii sau rușinii etc.). În psihopatologie, respectivii „moduli” se manifestă aberant: nesolicitați de situații actuale, intens, rigid și simplificat, 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 au rădăcini în biopsihologie, putându-le reîntâlni și în psihopatologie: în varianta sindromului maniacal sau a sindromului de anxietate generalizată. Ne vom opri puțin la ultima, din perspectivă biopsihologică, evoluționistă.

Ne putem imagina situația – împrejurarea – în care un tânăr animal ierbivor se deplasează 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, pentru a fi pregătit ca, la nevoie, să descifreze din timp indicii de pericol; și să reacționeze prompt și adecvat, prin confruntare sau fugă. O astfel de stare de vigilitate particulară poate fi trăită și de un om aflat în condiții similare (de ex. singur, noaptea, iarna, rătăcit într-o pădure în care ar putea fi lupi); iar odată cu actualizarea, cu instalarea unei dispoziții anxioase, subiectul hipervigil trăiește cu intensitate un prezent punctiform, flancat de iminența unui pericol iminent, insuficient de clar precizat, pentru întâmpinarea căruia el se menține, hipervigil, în

Chenar 7

**Modul de manifestare normal și anormal al unor moduli psiho-antropologici**



tensiune. În astfel de împrejurări se activează desigur, la animal dar și la om, un „modul psiho-comportamental” – sau o dispoziție – anxios fobică. Iar dacă respectiva montare a vigilității tensionate, însoțită de hiperatenție investigatorie, neliniște, furtună vegetativă și aprehensiune a unui pericol iminent, apare la un om fără motiv, manifestându-se o perioadă de timp intens și dezadaptativ, putem vorbi de o „tulburare de anxietate generalizată”. Spre deosebire de starea depresivă, anxietatea se manifestă cu alte particularități de raportare la situația actuală, prezentul fiind comprimat spre iminența unui viitor imediat periculos; iar raportarea față de alții nu e una a detașării; ci de căutare a sprijinului și suportului comunitar. Faptul că dispoziția anxietății generalizată și depresia se manifestă uneori ca trăiri neplăcute, disfuncționale, decontextualizante, nu anulează rostul adaptativ al mecanismelor ce le stau în spate.

Orice subiect are la dispoziția sa „disponibilitatea” de a se monta situațional, nu doar în direcție depresivă sau anxioasă, ci și într-una combativă, de luptă, când evenimentul o cere; împrejurare în care el se opune agresiv unei alte persoane, concentrându-se focalizat asupra împrejurărilor în care confruntarea are loc, asupra detaliilor prezenței sale și a adversarului în ambianță. Sau, disponibilitatea de a intra într-o stare de euforie sărbătorească, dacă ajunge de ex. într-o societate de prieteni ce se pregătesc de carnaval; condiție și situație în care el se detașează în mare măsură, cu ocazia acestei participări, de problemele curente, contopindu-se în veselia unei sociabilități dezinhibate și gregare. Disponibilitățile persoanei de raportare adaptativă la situații pe parcursul derulării ciclurilor vieții sunt multiple, ele incluzând-o și pe cea pentru o muncă susținută cât mai eficientă, eventual creativă; iar altele pentru relaxare și contemplație. În alte coniecturi situaționale, în subiect se pot activa dispoziții de neîncredere, de gelozie față de partener; sau de suspiciune în raport cu eventuala sa persecuție din partea altora. Raportări care pun în prim plan relaționarea interpersonală; ce poate oscila între atitudinea dominator



manipulativă, cea sumisivă, cea a deschiderii colaborative, a neîncrederii suspicioase sau a indiferenței. Toate aceste posibilități sunt înscrise în structura identitară, temperamentală caracterială și biografică a persoanei, unele fiind bazate preeminent pe predispoziții emotiv temperamentale moștenite din biologie; iar altele, predominant pe modele de trăire și comportament însușite ontogenetic în lumea sa umană, depuse în fondul său mnestic biografic. În cadrul raportării persoanei la situațiile problematice, actualizarea disponibilităților sale poate fi uneori mai promptă și intensă, alteori mai lentă și slab manifestată. Oricum, subiectul se implică situațional cu propria-i identitate biografico caracterială, utilizându-și, de obicei controlat și responsabil, propriile disponibilități de raportare, acțiune și relaționare, pentru a rezolva problemele actuale.

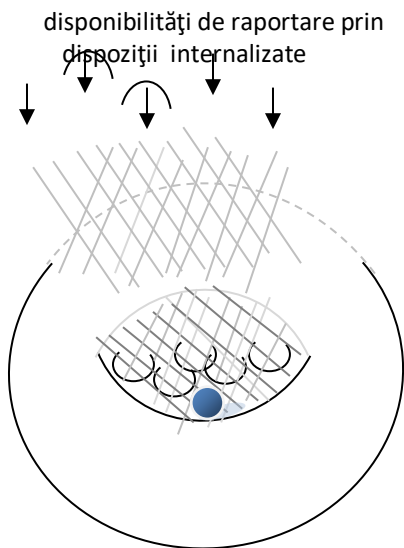
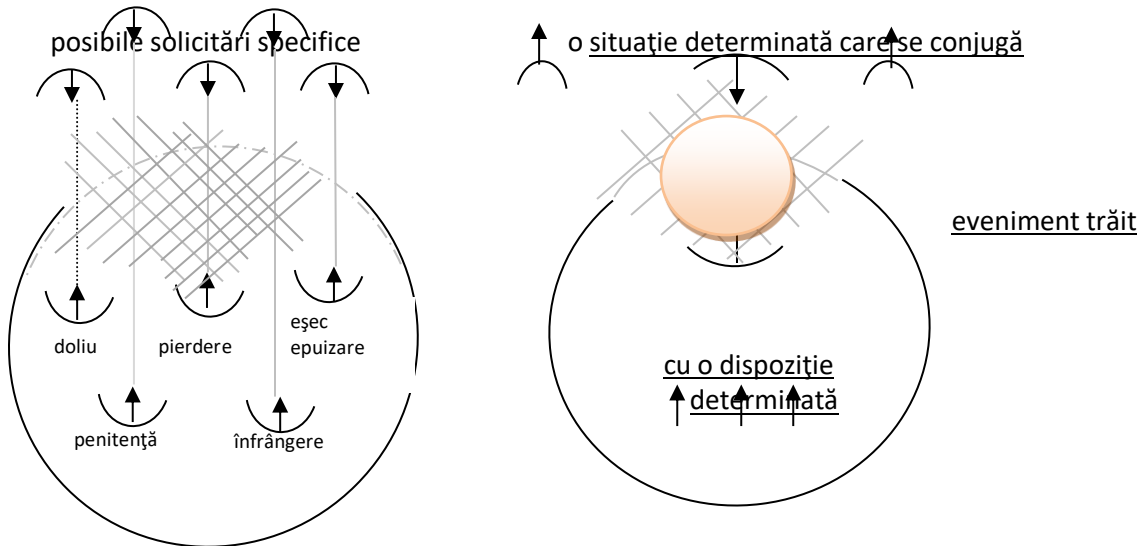
Psihopatologia se alimentează în mare măsură din astfel de disponibilități de montare dispozițională, ce susțin și funcționare reactiv adaptativă a persoanei la situații problematice; dar mai ales pe cea proiectivă, privitoare la situații deschise spre obiective viitoare. Cursul ciclurilor vieții etalează o vastă țesătură de trăiri situațional-evenimentiale susținute de stări dispoziționale adecvate. Disponibilități sau dispoziții care, pot ajunge însă și într-o stare disfuncțională, manifestându-se la stimuli minori, într-o manieră simplificată, dediferențiată, rigidă; fără conexiune cu datele ambianței, acaparând psihismul subiectului identitar, depășindu-i autocontrolul și libertatea de opțiune, decontextualizându-i existența. Astfel încât, el ajunge să fie în mod dismetric, psihopatologic depresiv, anxios, maniacal euforic, gelos, paranoid etc. O tulburare psihică, așa cum e cea depresivă, se poate centra în jurul schemei formale a stări dispoziționale bazale ce o definește, a cărei structură de manifestare normală o distorsionează; și care, în plus, poate aspira în coagularea ei elemente ale unor dispoziții conexe – așa cum sd. depresiei majore aglutinează frecvent contururi ale dispoziției anxioase, astenice (de epuizare, maladive), agresive (iritabile) de suspiciune, de control situațional exagerat etc.

Chenar 8

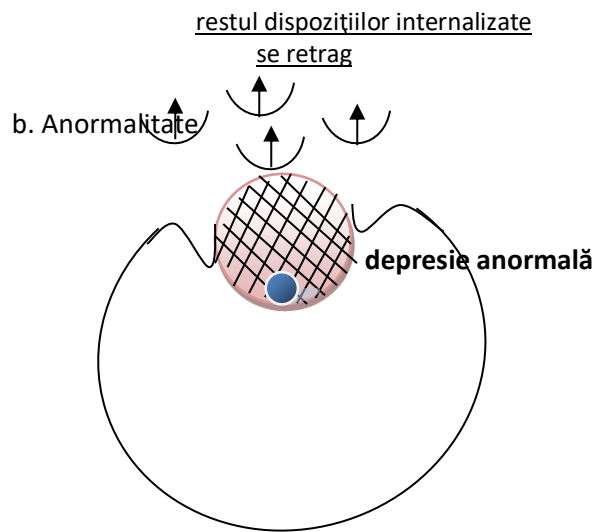
### Dinamica dispozițiilor internalizate

a) Normalitate

Conjunția diferențiată a unei disponibilități cu o situație corespunzătoare



ansamblul disponibilităților internalizate se agregă de-diferențiat într-o schemă formală (a depresiei) care tinde să se autonomizeze Intrapsihic



o situație minoră sau solicitările vieții obișnuite aduc în prim plan schema formală a dispoziției internalizate dediferențiată (a depresiei) ce se impune rigid, monopolizând și decontextualizând viața psihică subiectului

Tulburarea psihică nu vine din nimic. Ea modelează deficitar și deformativ ceea ce efectiv se află în alcătuirea psihismului uman normal, adaptativ, proiectiv și creator. De aceea tema “experimentului natural” al stărilor psihopatologice - despre care se vorbea încă din sec.XIX - poate fi considerată în continuare un ghid, care ar putea să ne călăuzească în studierea acestui psihism uman, rezultat din antropogeneză, istorie culturală și ontogeneză.

Revenind la problematica depresiei, reluăm observația că, pe parcursul desfășurării activ-proiective a vieții sale, un subiect experimentează nenumărate situații care favorizează actualizarea unei stări dispoziționale depresive (Chenar 7). Dar în normalitate de fiecare dată când aceasta se manifestă, trăirea sa de tip depresiv e impregnată, dincolo de cadrul său formal definitiv, de propria structură biografică a subiectului ce se implică situațional; precum și de specificul împrejurărilor ce o condiționează.

Când se intră însă în modelul psihopatologic endogen al „depresiei majore”, conotațiile experiențiale biografice personale și reflexul în trăire a circumstanțelor socio-culturale actuale, se estompează până la dispariție. Iar experimentarea depresiei se rupe de contextul preocupărilor și proiectelor în care în mod firesc e integrată – și care acum se apatizează -, afirmându-se nivelator, esențialmente prin caracteristicile sale formale de bază, suprapersonale; ce se manifestă stringent, intens, uneori caricatural. Așa e de ex. în depresie expresivitatea psihobiologică corporală (lentoare psihomotorie, inhibiție alimentară și erotică, disfuncții ale somnului și psihoritmului circadian), asupra căreia insistă abordarea comportamentalistă a DSM-III-5 și cea a scalelor de evaluare; iar proiectele și preocupările concomitente fiind acum excluse, se evidențiază și o autopercepție identitară deformată, marcată de autodeprecieri și/sau vinovăție. Deficitul distorsionant global al trăirii face ca un episod depresiv maladiv nici să nu se înscrie în biografie, rămânând o „pata albă” în istoria propriei vieți.

Întreaga clasă a tulburărilor dispoziționale invocate – anxioase, depresive, agresiv-combative, de elafie și euforie, de indiferență – marchează și afectează inevitabil și fundalul identitar, temperamental caracterial și biografic al persoanei, în care ele își au sediul; în structura căruia complexul dispozițional specific temperamentului caracterial al subiectului persistă, cu o proprie organizare funcțională; și întreșându-se cu elemente ale biografiei. Căci dacă se invocă disfuncționalitatea unor „organe”, se cere a nu se ignora faptul că, acestea au sens doar dacă sunt considerate părți intrinseci ale unui „organism” întreg. Menționatele stări dispoziționale se manifestă, de fapt, nu doar circumstanțial, ca reacții neprevăzute la evenimente cu semnificații anume. Ele se exprimă ca și moduri de afirmare a subiectului în diverse conjecturi, prin angajarea sa în preocupări ale cursului său existențial; integrate în ancorări interpersonale. (În ansamblul stărilor dispoziționale cazul depresiei e puțin particular pentru această perspectivă, dar și depresia se manifestă în mare măsură în corelație cu dinamismul proiectelor). Dispozițiile subiectului pot susține și modele îndelungate de raportare la ambianță, preselectând arii de preferințe, interes, relaționare, reactivitate; iar prin constelația manifestării lor preeminente, pot chiar caracteriza persoana.

Ceea ce presupune însă tot timpul evantaiul personalizat al stărilor dispoziționale ale unei persoane, este învăluitoarea coerență a unei structuri identitare, biografico caracteriale; centrată printr-un sine intențional reflexiv, ce-și resimte agenția ca autonomă. Identitate prin care el își menține o constantă distincție față de alții, situații și lume; cu care în același timp colaborează și se interpătrunde (Chenar 5 ).

**1.8. Persoana identitară din spatele raportărilor situaționale și afectarea sa psihopatologică; tb. disociative și obsesiv compulsive.**

Psihopatologia nu se încheie la nivelul manifestării situaționale distorsionate a stărilor dispoziționale, nucleul său „psihotic” afectând preeminent zona identitară, de fond, a structurii biografico caracteriale a persoanei; ce stă în spatele raportărilor situaționale actuale, a interrelațiilor, proiectelor și preocupărilor circumscrise în timp, alimentându-le. Psihismul uman nu poate fi comentat comprehensibil fără a se avea în vedere această dimensiune bazală, ce susține identitatea și autonomia persoanei valorizante. În continuare vor fi semnalate coordonatele de bază ale acesteia, ce vor fi abordate progresiv pe parcursul expunerilor ulterioare.

Identitatea biografico caracterială a persoanei e centrată de un sine intențional, reflexiv și autonom, prin care subiectul resimte în permanență că „trăirile și trecutul său îi aparțin”; și că el este autorul (ultim) responsabil de gândurile, deciziile și actele sale, patronul propriei sale „agenții”. Identitatea persoanei structurează unitar și ierarhic, printr-o proprie coerență centrală, durata mnestică a biografiei; și în același timp, instanța disponibilităților sale temperamental caracteriale, asigurându-le un contur expresiv specific. Această unitate identitară asimilează, în plus, și imagourile introjectate ale persoanelor de atașament de pe parcursul ontogenezei; cu care subiectul ajunge astfel să se relaționeze „intrapshic”, mai armonic sau mai conflictual. În sfârșit, tot structura sa identitara îi asigură subiectului delimitarea în raport cu situațiile, alții și lumea.

Bazându-se pe fundalul său identitar, subiectul se relaționează intersubiectiv cu alții în cadrul rețelelor sociale proxime; iar în cadrul celor publice, prin intermediul unor statute și roluri sociale. În plus, el se proiectează într-o lume umană teoretico culturală, populată cu entități fictive și personaje. Lume ordonată prin logos, norme și valori, în care se desfășoară straturi concentrice de narativitate culturală și teorii științifice. (Chenar ).

Structura identitară proprie definește orice individ uman, pe parcursul existenței sale dintre naștere și moarte, el manifestându-se constant ca „o persoană anume”, pentru sine și pentru alții. Identitatea „individuată” a persoanei e circumscrisă și prin parametrii socio culturali, ce pot fi incluși într-un curriculum vitae: numele, strămoșii, locația de existență, statutul sau educativ profesional și marital familial, evenimente importante și creații etc. Ea e susținută apoi și de identitatea sa psihocorporală; a cărei unicitate se exprimă prin multiplii markeri – de la aspectul morfologic și fiziognomic la amprenta digitală sau a irisului și până la cea imunitară și genetică. Din perspectivă psihocorporală, individul uman posedă - prin creierul său - o serie de predispoziții și potențialități, ce susțin participarea sa la întâmplările de pe parcursul vieții sale; creier în care se depozitează și datele sale mnestice. Subiectul trăiește continuu evenimente situaționale cu sens, ce se înscriu ulterior în memorie; și care sunt reactualizate apoi sub diverse forme; inclusiv prin vise, reverii, expuneri narate și scrise. Iar în perspectivă subiectivă, el se resimte ca având o identitate autopercepută valoric, axată de un ideal și o stimă de sine. O identitate unică, marcată de „individuație”.

Coerența și identitatea cu sine a persoanei are la bază o permanentă sinteză, care e funcțională de la prima constituire și afirmare a „eului conștient” ca un sine delimitat și relaționat, în jur de 3 ani. Începând de la sfârșitul primului an de viață, copilul „introjectează” în propriul psihism imagoul persoanelor de atașament; devenind apoi capabil să intuiască perceptiv, în situație, intențiile și evaluările altuia – competența „mentalizării” -; fapt fundamental pentru acțiunile cooperative zilnice. Deși identitatea și autonomia subiectului se păstrează constant, el împărtășește cu persoanele intime unele preferințe, intenții și decizii ; rămânând însă selectiv în raport cu recomandările, sugestiile și imperativele altora și cu sistemul normativ deontic socio cultural. Această autonomie selectivă a agenției sale responsabile, - ce se manifestă pe axa relaționărilor intim/public -,

caracterizează și ea propria identitate. Deciziile sale libere gravitează însă în jurul unor aproximări duplicitare.

Structura identitară menționată mai sus comportă variații tipologico caracteriale și valorice; dar și anormalități. Psihopatologia înregistrează parțiale perturbări ale identității în manifestările etichetate ca „Tulburări de personalitate”; ce se desfășoară printr-o continuă problematizare sau tensiune a relațiilor interpersonale și a conduitelor normativ-sociale, în mijlocul existenței cotidiene. Dar disfuncții ale instanței identitare se manifestă mai ales în contextul psihopatologiei psihotice. În afara acesteia, ea mai poate fi regăsită în două mari sindroame: cel al tulburărilor egodistone obsesiv-compulsive și cel al tulburărilor disociativ-identitare; care include în clasificările actuale și sindromul de depersonalizare/derealizare.

Sd. de depersonalizare/derealizare constă în esența sa, din sentimentul subiectiv al pierderii identității proprii – ”eu nu mai sunt eu”-, cu o detașare față de propriul trecut, prezent și viitor; precum și față de însăși propriul corp, care pare a fi văzut uneori „din afară”, dintr-o ”lume paralelă”. Ambianța și ceilalți oameni sunt percepuți ca „ireali” parcă ar fi „în vis, la teatru sau „după un clopot de sticlă”. Sindromul are multe variante, implicate în diverse arii de psihopatologie.

Tulburările disociative exprimă un deficit identitar ce e resimțit cu o atitudine de pasivitate și de sumisiune față de alteritate, însoțit de un comportament hiperexpresiv captativ. Ele se pot manifesta printr-o amnezie globală, subiectul ne mai amintindu-și propria-i identitate; sau parțială, cu referire doar la unele evenimente biografice, de obicei psihotraumatizante. Poate fi vorba și de episoade limitate în timp în care subiectul se deplasează, într-o stare de vigilitate reflexivă diminuată, în diverse locuri, pe care eventual le cunoștea parțial; ne mai amintindu-și ulterior episodul. Tulburarea de identitate disociativă constă în doua sau mai

multe modalități diferite de a se manifesta în plan psihosocial, de obicei alternativ; subiectul neavând conștiința explicită a dublei sale personalități. Tb. de transă constă dintr-o alterare relativ pronunțată a vigilității, cu îngustarea percepției ambianței, mișcări și vorbire restricționate și automate, cu sentimentul că totul se petrece în afara controlului personal. În tulburarea de transă cu posesiune, apare în plus sentimentul că sensul firesc al identității personale e înlocuit printr-o “identitate care-l posedă” - spirit, demon sau zeu; subiectul resimțind că mișcările și comportamentul îi sunt controlate de acest agent manipulator. Simptomatologia tulburărilor disociative se desprinde din cea a histeriei din vremea lui Charcot, perioadă în care majoritatea simptomelor se dovedeau sensibile la hipnoză. Dar histeria lui Charcot includea și tradiționala criză de leșin convulsiv; precum și simptomele de conversiune corporală pseudoneurologice, pe care DSM-5 le plasează în altă clasă diagnostică.

Tb. obsesiv compulsivă (TOC) evidențiază, deasemenea, un deficit personalistic identitar constând dintr-un sentiment al dedublării subiective, predominant în aria agenției. Simptomatologia TOC se manifestă - în oglindă față de cea disociativă – printr-un exagerat autocontrol hiperreflexiv, însoțit de ținerea la distanță a alterității. Pacientul resimte un conflict egodiston, conștiința fiindu-i parazitată de idei și intenții de act nedorite, deseori agresive, ce izvorăsc din propria agenție, împotriva cărora luptă fără succes; și în raport cu care dezvoltă acte compulsive. Ideția obsesivă se poate referi și la sentimentul contaminării sau la disconfortul indus de dezordine. Tb de personalitate OC evidențiază clar o raportare anormală față de propria agenție, prin preocupări excesive în raport cu munca, cu deliberarea, proiectarea și implementarea acțiunii; subiectul e chinuit de incertitudini, indecizii, eventualități, verificări, detalii. În patologia OC tb. de depersonalizare/derealizare se manifestă prin sentimentul unui gol și plictis



interior, cu nevoia de a-l umple mereu prin acțiuni. Iar realitatea ambientală apare ca ”nefiind chiar așa cum trebuie”, „lucrurile nefiind chiar la locul lor”.

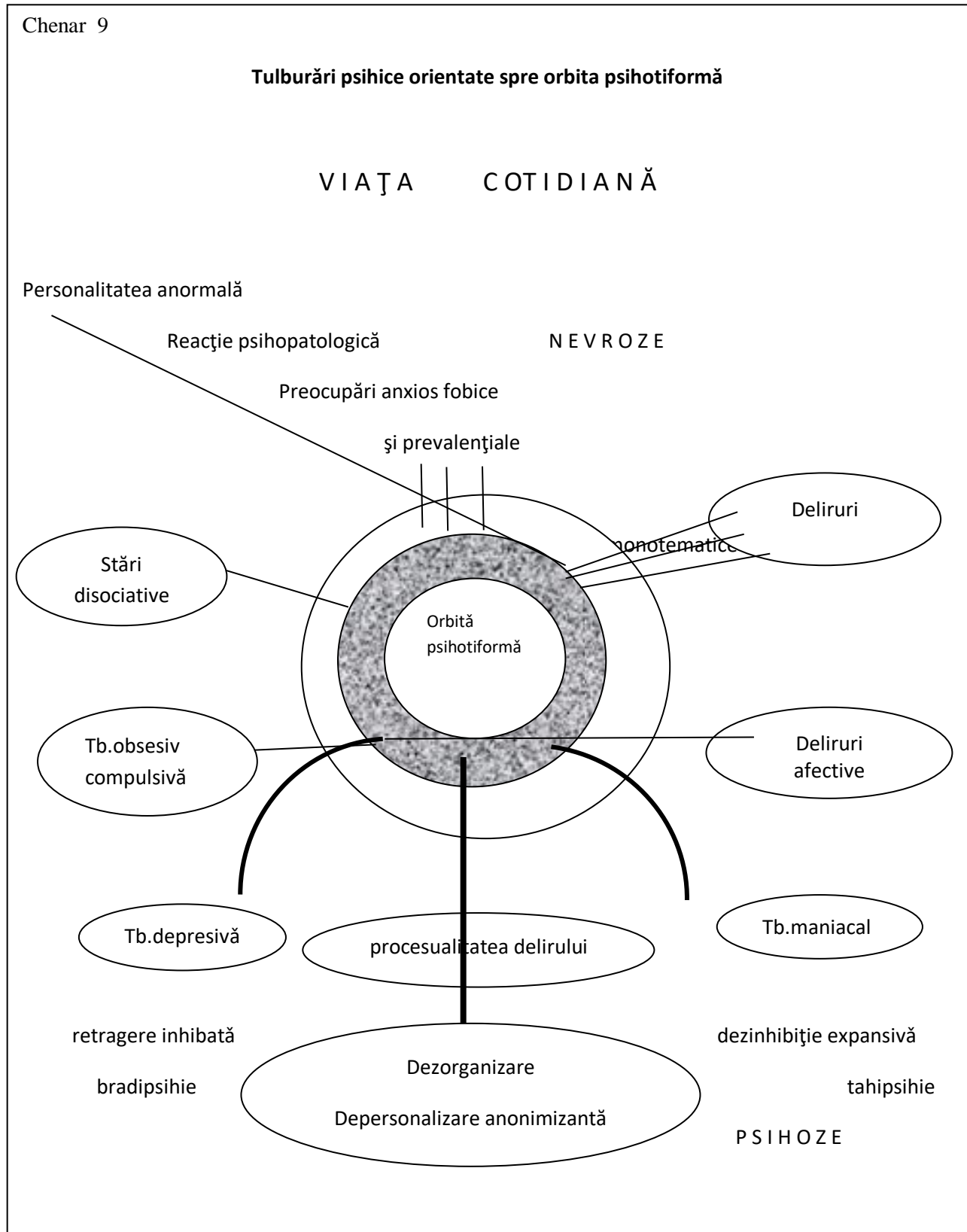
Dedublarea psihismului ce se manifestă și e resimțită în tb disociative și cele obsesiv compulsive, distorsionează uneori destul de grav raportarea persoanei la situațiile ambiantei, la alții și la lumea umană. Această relaxarea dedublantă a identității, bazată pe o parțială depersonalizare/derealizare, exprimă o etapă pe drumul spre „orbita psihotiformă”, atât în direcția transpersonalizării delirante cât și în cea a dezorganizării deficitare.

#### **1.10. Diferențierea clinică clasică dintre nevroze și psihoze; orbita psihotiformă în perspectiva psihopatologiei antropologice (evoluționist culturale)**

În lucrarea de față vor fi aduse în discuție zece mari clase de sindroame psihopatologice, (Chenar 8), așa cum sunt: cele internalizate anxioase fobice și cele externalizate conflictual-interpersonale; apoi cele disociative, obsesiv compulsive, maniacale, depresive, delirante, halucinatorii, depersonalizante, dezorganizante, deficitare. 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 și până în prezent. Iar amândouă au rădăcini în psihobiologie; precum și corespondențe în viața normală a oamenilor. În tristețea doliului și alte trăiri și comportamente internalizate în cazul depresiei, în euforia sărbătorească și alte trăiri și comportamente externalizate, expansive, realizatoare, în cazul maniei. Dar, depresia psihopatologică – la fel ca și anxietatea sau mania - e un sindrom cu manifestări antro-po-medice 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, printre cele etichetate ca „nevrotice” - e.g. tulburarea anxios depresivă, cea obsesiv depresivă, asteno-depresivă etc. Iar altele printre cele psihotice, - e.g. episoadele 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 introducerea termenului de psihoză.( ). Deoarece nevroza era pe atunci un concept destul de vag - ce se aplica atât unor tulburări psihice care nu erau neapărat instituționalizate (histeria, hipocondria, neurastenia) cât și unor tulburări neurologice cu substrat neuropatologic greu de precizat - ca epilepsia, coreea etc. - expresia de psihoză a fost atașată de la început - și apoi tot mai mult - tabloului clinic al pacienților internați în spitale, clinici, azile. Acesta cuprindea bolnavi cu delir halucinator, vorbire și comportament bizar, stări de agitație sau nemișcare, precum și alte sindroame majore, ce au fost descrise progresiv; până s-a ajuns la dg. de schizofrenie. Dat fiind faptul că etiopatogenia acestor tulburări, deși bănuită organică, era greu definibilă, majorității li s-a aplicat și eticheta de “psihoză endogenă”; concept care a centrat sistemul nosologic a lui Kraepelin și în general pe cel psihiatric, până la DSM-III(1980).

În sec.XX s-a menținut eticheta de psihoză pentru cazurile în care tulburările psihice erau pronunțate, pacientul nu înțelegea corect realitatea situațională și nu se putea autoadministra adecvat, impunându-se internarea; condiție ce a fost numită - pornindu-se de la o formulare a lui Janet - ca „deficit în testarea realității”. Acest deficit, împreună cu „intensitatea (pronunțată) clinică” a simptomelor, au fost cele două criterii exterioare care s-au au fost invocate constant pentru circumscrierea stărilor psihotice, până către sfârșitul sec.XX. Nosologia psihiatrică a sec. XX era centrată pe cuplul nevroze/psihoze. Nevrozele, care au fost mare parte din timp interpretate preeminent prin concepția psihanalitică, includeau: histeria, tb. obsesiv compulsivă, tb. anxios fobice și asteno depresive (inclusiv cu preocupări asupra stării corporale). În grupul psihozelor se includeau: schizofrenia, parafrenia, delirurile persistente, bufeurile psihotice scurte, boala maniaco-depresivă, tb. schizo-afective. În plus, nosologia psihiatrică mai comenta :Tb de personalitate; tb. psihice reactive; tb. condiționate organic cerebral; adicțiile și tb. psihice corelate

(inclusiv impulsive); demențele și tb, psihice ale vârstei a treia; tb, psihice developmentale. Manualul american DSM-III(1980) a scos din terminologia

Chenar 10

### **Zece mari sindroame ale psihopatologiei**

#### **Tatonări în jurul orbitei psihotiforme**

1. Patologia anxios fobică internalizată; alertă în fața unui viitor periculos iminent, neprecizat și comportament evitant în raport cu zonele fobogene, cu asigurare;
2. Anormalitatea comportamentelor externalizate iritabil agresive și conflictuale (sd.opozitiv provocator, impulsiv-exploziv, tb. de conduită, psihopatia);
3. Tb. disociative: subiectul pasiv se simte dedublat ca identitate și agenție, neputând controla zone importante ale psihismului (memoria, identitatea, agenția, motricitatea); el își predă sumisiv identitatea agențială unei alterități, în stare cvasi-hipnoidă.
4. Tb. obsesiv compulsivă : subiectul se simte dedublat egodiston printr-o idee care invadează involuntar, cu exagerat autocontrol analitic a comportamentului și situației
5. Tb. dispoziționale bipolare: tb. maniacală, ca impunere a schemei formale a dispozițiilor externalizate, ce proiectează subiectul expansiv și euforic într-un viitor a toate posibil, sprijinit fragmentar de un prezent hedonic; - tb.depresivă, ca impunere a schemei formale a manifestărilor internalizate, care trimit subiectul inhibat, bradipsihic și trist spre un trecut vinovat și neființă; e blocată „prezența la prezent” și speranța în viitor.

#### **Orbita psihotiformă**

6. Delirul, ca absorbție a subiectului de o ipostază a sa de personaj, cuprins într-un scenariu aberant dintr-o lume narativă fictivă; „lume delirantă” care îl absoarbe într-un cerc al unei realități fantastice, paralel cu cea a vieții cotidiene.
7. Tulburarea percepției situaționale, ca distorsiune a formei și semnificației informațiilor receptate și ca neoformații perceptivă (halucinații auditive); autopercepția anormală sesizează trăiri deficitare ale cursului ideativ și ale propriei poziționări în situație și lume.
8. Tb. de depersonalizare și transpersonalizare. Subiectul se simte detașat, neaderent, străin de propria sa identitate (corporală, mnestică și situațională), de ambianță și de alții; iar ceilalți și lumea din jur par a se preschimba.
9. Tb. dezorganizării ideo verbale și comportamentale. Se pierde arhitectonica procesului de gândire și comunicare, precum și sinteza gramatical semantică a limbajului narativ conceptual, cu refugiere în abstracții goale de conținut; motivația comportamentală e lipsită de logică, comportamentul e neobișnuit, neadecvat, bizar.
10. Sindroame deficitare; subiectul anergic, amotivațional, alogic și abulic, trăiește pierderea identității și agenției, în direcția unei depersonalizări anonimizante.

psihopatologică termenul de nevroză, menținându-l pe cel de psihoză; însă doar cu o circumscriere vagă, ce includea cele două caracteristici menționate mai sus; la care s-a adăugat o precizare semiologică, în sensul trimiterii spre cinci clase sindromatice: delir, halucinații (necriticate), dezorganizare ideo-verbală (pronunțată), dezorganizare psihomotorie (catatonie) și „sindrom deficitar”.

Sindroamele psihotice invocate în DSM-5 se întâlnesc cel mai pregnant în simptomatologia schizofreniei, care pe parcursul sec.XX a ajuns la un moment dat să fie considerată chiar ca prototipul psihozelor. Se mai cere menționat că psihopatologii anglo saxoni au propus și o polarizare a semiologiei psihotice între: - simptome pozitive (productive) și:- simptome negative (deficitare); la care s-a mai adăugat apoi dimensiunea dezorganizării ideo-verbale. În jurul schizofreniei nucleare – delirant halucinatorie și dezorganizant deficitară – gravitează multiple tablouri clinice schizofreniforme și delirante persistente.

Situația ce a rezultat pentru psihopatologie odată cu circumscrierea din DSM-III-5 a patologiei psihotice este însă una ambiguă, ce întreține neclarități; și aceasta deoarece, atenția centrându-se doar asupra simptomatologiei, nu s-au organizat dezbateri clinico-teoretice privitoare la descifrarea perturbării „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 prin delir, creează nelămuriri ce ar necesita și ele comentarii.

Aspectul ce ar trebui clarificat e, de fapt, cel al însăși instanței psihismului persoanei care se perturbă în această ”patologie psihotică”; și a modului în care ea se produce. Iar dacă nu avem un răspuns tradițional satisfăcător în această direcție, el ar trebui căutat, prin referință la modelările psihismului uman ce se prefigurează treptat în această direcție, chiar pornind de la psihopatologie. Dintre acestea un

candidat de prim ordin este axul identitar biografico-caracterial al persoanei, centrat de sinele (eul) incorporat și circumscris socio cultural, ca fundal pentru raportările situaționale și relaționările interpersonale actuale, pentru angajări în proiecte și preocupări. Perturbarea specifică psihozelor se petrece în afara tulburării vigilității conștiente de tip hipnic-oniroid, care e de obicei condiționată de suferințe organice cerebrale, stări toxice infecțioase. Ea se plasează și dincolo de cadrul „reacțiilor psihopatologice comprehensive”, care e centrat pe trăirile corelate unor situații cu semnificație aparte – deci, la un pol opus fundalului identitar. Pe de altă parte, „Tulburările de Personalitate” mențin subiectul în fireasca sa raportare la situații actuale, dar printr-un stil de relaționare interpersonală tensionat și dizarmonic, deseori cu încălcarea normelor sociale. Perturbările stărilor dispoziționale – e.g. anxioase - deformează cadrul raportărilor situaționale actuale în diverse grade, menținându-se însă stabil cadrul identitar de fond al persoanei; deși, în formele accentuate ale depresiei și maniei, „ieșirea persistentă din cadrul situațional” de raportare la lume, se poate impune. Perturbările controlului agenției ce le întâlnim în tulburările disociative și obsesiv compulsive pot uneori avansa până în avantcamera psihozei.

Ceea ce e cu evidență deficitar în sindroamele psihotice, e menținerea unui fundal identitar suficient de organizat, pentru a putea sintetiza și organiza cadrul formal al situațiilor actuale; prin intermediul cărora subiectul rezolvă, colaborativ, probleme circumstanțiale, angajându-se în proiecte și preocupări comunitare. Sindroamele psihotice ne relevă un psihism cu o structură identitară distorsionată, fixat fragmentar pe elemente specifice ale lumii sale umane, dezintegrat însă din sinteza situațională a rezolvării problemelor și colaborărilor, înscrise în proiecte, reocupări și relaționări de durată.

A existat și există opinia că tabloul clinic cel mai specific psihozei este cel din condiția delirantă schizomorfă, în care, subiectul manifestă o convingere de

neinfluențat în idei aberante, bizare. Dacă suntem atenți la tematica acestor idei, constatăm cu evidență că suntem trimiși spre credința pacientului într-o nouă condiție identitară, de personaj cuprins într-un scenariu neobișnuit, plasat într-o lume fictivă. Uneori convingerea delirantă e direct centrată pe ideea transformării sale identitare în sensul că „a devenit un rege,.. Napoleon,.. Secretar General ONU, ..trimisul special al lui Dumnezeu pe pământ,.. inventatorul elixirului nemuririi, ..spion internațional în relație cu șefii de guverne, etc”. Alteori, accentul este centrat pe o tematică identitar relațională, transpusă și ea într-o ambianță socio culturală aparte : „că e persecutat de Mafia internațională, de către extraterestri, posedat de diavol, iubit de stele de cinematograf, înșelat de soție cu sute de persoane oficiale etc”. Sau, el se resimte plasat într-o condiție valoric identitară specială, de „cel mai păcătos om din istorie”, „de om grav bolnav ce va contamina cu EBOLA întreg continentul”. Ori, cum exemplifica Descartes, e convins că „.... e format din sticlă sau s-a transformat într-un dovleac”. Subiectul se transformă astfel, odată cu metamorfoza sa delirantă, într-un personaj aparte, dintr-un scenariu fantastic.

Condiția de personaj este și ea, la fel ca starea dispozițională depresivă și cea anxioasă, una latent funcțională în psihismul oricărui om. Căci sentimentul identitar și circumscrierea publică a identității se clădește, în cele din urmă, pe potențialul narativ al biografiei. Evenimentele actuale odată trăite, ele se depun în memoria biografică; a cărei durată resimțită stă la baza sentimentului de identitate; de unde pot fi reactualizate și narate, subiectul apărând astfel ca personaj. Tot sub formă de personaj apare el în comentările - caracterizante sau de bârfă - pe care alții le fac despre el; și desigur în memorii și biografii, CV-uri și autobiografii. Extinzându-se până la acest nivel, condiția sa de personaj se poate articula și cu narativitatea publică, culturală și istorică. Ca în cazul personalităților celebre; dar și în delir.

În patologia deficitar disfuncțională a delirului, ipostaza de personaj a subiectului se extrage caricatural din condiția sa potențială; și, mixtându-se cu scenarii din planul narativității culturale și mitico fantastice, se impune în mod aberant în prim planul preocupărilor; ca și convingere de nestrămutat a subiectului într-o nouă condiție identitară, aflată în relaționări aberante cu eroii unei lumi fictive, de tip narativ. Iar această nouă identitate delirantă îi absoarbe acum toate preocupărilor, îi modifică receptarea situațiilor și comportamentul. Ca în cazul lui Don Quijote.

Problematica a delirului psihotic mai prezintă încă aspect important, analizat deja de Jaspers: înțelegerea sa ca instaurându-se prin procesualitatea depersonalizant-traspersonalizantă a „delirului primar”. Sindromul de depersonalizare/derealizare includea – deja de la descrierea sa în sec XIX – sentimentul pierderii identității cu sine și a detașării de lume; care-i apare subiectului ca străină, ca în vis, „ca la teatru”, ca într-o existență paralelă. În varianta comentată de Jaspers, în perioada instalării delirului apare un sentiment de stranie și centralitate, cu senzația că întreg cadrul situațional devine fluctuant, că nimic din ceea ce se petrece nu e întâmplător; toate fiind parcă semnale că ”urmează să i se întâmple ceva special”. Iar pe acest fundal, o percepție aparent banală poate clarifica brusc pacientului mutația sa pe o nouă scenă mundană, într-o nouă condiție identitar-relațională: de personaj dintr-un scenariu aberant al unei lumi de tip fictiv, delirantă.

Întreaga problematică a delirului – sindrom considerat ca central pentru psihoze - oricât de aberant se manifestă, proiectează și fixează totuși persoana între parametrii specifici lumii umane, susținută de logosul său narativ; chiar dacă într-o poziție stranie. Delirul se poate corela, desigur, și cu stări dispoziționale excesive – de relație euforică în care se consideră trimisul lui Dumnezeu pentru a distruge diavolul..sau trăirile anxios fobice din convingerea de persecuție paranoidă. Dar



specificitatea sa se derulează constant în dimensiunea antropologică a psihismului persoanei.

Mentținându-ne în aria strict specifică psihozelor – pentru care schizofrenia a fost considerată prototipică – se poate reaminti faptul că atunci când a circumscris această tulburare în 1911, Bleuler a caracterizat-o prin două expresii din aria neologismelor: ca „autism dezorganizant”. Dezorganizarea psihică – „schizo” în greacă „spaltung” în germană – e comentată în ultimele decenii mai ales prin manifestarea sa în plan ideo verbal și în argumentarea acțiunii (care e susținută de acest plan). Raportarea unei astfel de simptomatologii a dezorganizării ideo verbale la eventuali precursori bio-psihologici nu are însă nici un sens, de vreme ce animalele sunt lipsite de limbaj articulat, narativ și semnificant, critic și conceptual; și ele nu-și argumentează comportamentul. În plus, trimiterea ce o făcea Jaspers, tot în perspectiva dezorganizării, la pierderea coerenței identitare, a centrării, delimitării și controlului agenției persoanei în psihoza schizofrenă, e și ea fără obiect în perspectivă psihobiologică; deoarece vizează, la fel ca ipostaza de personaj, identitatea biografico caracterială a persoanei culturale a omului.

Cât privește autismul, Bleuler înțelegea prin acest termen o închidere a schizofrenului într-o lume proprie, ne-relațională, bizară, dereistă, stranie, incomprehensibilă. Evident e vorba acum de „lumea personală” a subiectului, structurată lingvistico narativ și relațional normativ; ce e acum marcată de dezorganizare ideo verbală. Autismul a fost ulterior comentat de Minkowski în Franța și în varianta unor personalități particulare, „schizoide”, caracterizate prin apragmatism, „geometrizarea gândirii” și interes crescut pentru speculații filosofice sterile. Circumscriere ce se îndepărtează de asemenea de orice analogie cu psihobiologia. Către sfârșitul sec.XX autismul a fost abordat predominant din perspectiva unei tulburări developmentale, care blochează la copil achiziția

competențelor de cogniție și comunicare interpersonal socială, emotiv lingvistice și de atașament. Deși acest profil sindromatologic e diferit de abordarea lui Bleuler, el se referă evident tot la perturbarea unor funcții specific umane, fără echivalent în biologie.

Se cer spuse câteva cuvinte și despre simptomele halucinatorii, înțelese ca „percepții fără obiect de perceput”, care se pot manifesta în toate ariile senzoriale. Pentru psihozele endogene sunt însă caracteristice mai ales cele auditive, constând în voci ce discută despre subiect, comentându-l; manifestări audio-verbale ce sunt evident specifice omului; care e capabil și de dialog interior sau de monolog (în ansamblul lor, trăirile halucinatorii includ și pe cele de tip oneiroid, similare „visului cu ochii deschiși”, mai apropiate de condiția biopsihică a somnului cu vise). Halucinațiile audio verbale comentative ne apropie însă de intimitatea subiectivă a trăirilor pacientului, putându-se conjuga cu simptomele de „transparentă și influență psihică”; ce constau în sentimentul și convingerea că alții, necunoscuți, îi cunosc și manipulează pacientului gândurile intime.

Patologia psihotică actuală comentează și o suită de simptome deficitare, în planul ideății, motivației, comportamentului și relaționărilor. Tabloul clinic al acestora trimite spre un psihism ce e resimțit de către pacient ca vid și amorf, lipsit de gânduri, motivații, emoții, sentimente, relaționări și comportamente cu sens; menținându-se totuși, aparent paradoxal, un anumit grad de reflexivitate lucidă, chiar speculativă. În termenii psihopatologiei tradiționale s-ar putea vorbi în aceste cazuri de o „depersonalizare anonimizantă”. Adică de o situație în care, în urma prăbușirii dezorganizante a structurii edificiului organizat biografico caracterial al persoanei identitare, e anulată capacitatea subiectului de a mai fi „el însăși”; de a mai avea o identitate cu un conținut și o formă anume, centrată de un sine intențional și reflexiv, autogenerativ și sintetizator, capabil de a colabora cu alții

într-o lume umană susținută de logos. Și totuși, reflexivitatea conștiinței se păstrează...!!.. însoțită uneori chiar de o „grandiozitate solipsistă”.

Scurtul comentariu de mai sus asupra principalelor sindroame specifice psihozei ne plasează, cu evidență, într-o zonă aparte a psihismului persoanei conștiente, specifică antropologiei. Una ce se desfășoară la nivelul nuclear al coerenței structurii sale identitar-biografice, centrată de sinele intențional reflexiv; în contextul unei lumii umane intersubiective, dimensionată prin logos, norme și valori. E o zonă în care nu mai sunt pregnante articulațiile cu psihismul biologic, - despre care se poate vorbi cu sens în marginea tb. dispoziționale ale depresiei, anxietății, agresivității etc. Iar păstrarea unor urme de luciditate reflexivă chiar și în forme grave de schizofrenie deficitară, ne provoacă și mai mult să fim atenți la specificitatea conștientă al acestui psihism. Motiv pentru care mai adăugam o observație, a unui psihopatolog fenomenolog.

Fenomenologia, ca metodă de investigare filosofico psihologică, a fost edificată în sec. XX de către filosoful german E.Husserl. Acesta sugera că la fiecare om, înțeles ca o persoană conștientă, am putea identifica și un nivel psihologic profund, al unui „ego transcendental”. Nivel ce e implicat și intervine atunci când subiectul adoptă o atitudine teoretică, de cercetare științifico matematică, de speculație filosofică etc.; manifestându-se creator în aceste arii abstracte. Și el sugera filosofului începător - care ar încerca să se familiarizeze cu această dimensiune fenomenologică a persoanei capabilă de gândire teoretică - să încerce deliberat a „pune între paranteze” implicarea sa în aspectele firești ale „lumii vieții cotidiene - Lebenswelt” -, încercând o coborâre metodică până în abisurile menționatului nivel conștient reflexiv bazal. În anii 70 ai sec. trecut, psihopatologul Blankenburg a sugerat că, ceea ce se petrece în unele psihoze schizomorfe – trimiterea sa fiind făcută la forme pauci-simptomatice de schizofrenie hebefrenă - ar reprezenta tocmai o ”cădere” de-diferențiatore a

psihismului unui om obișnuit, din firescul existenței și inserției sale zilnice în mijlocul lumii sale comunitare, pe acest nivel transcendental bazal al egoului conștient; prezent și el, latent, în fiecare om. În același sens ar pleda preocuparea față de abstracții vide și filosofări oculte ale unor schizofreni, pe care a comentat-o Minkowski. E semnalată astfel manifestarea la psihotici, în manieră neproductiv absurdă, a unor dimensiuni reflexive și teoretic speculative; care, la marile personalități din științe, filosofie, cultură, mistică, stau la baza creativității lor spirituale; desigur, în contextul unui psihism bogat, diferențiat, puternic. Minusul de-diferențiator al psihozei ar putea implica și această instanță profundă, transcendentalo-transcendentă din abisul subiectivității sale, complementară instanței personajelor narativității, care operează la nivelul narativității culturale.

Coordonatele psihopatologice ale psihozei nu pot fi descifrate prin limitarea la paradigma de cercetare a psiho-biologiei; și nici a structurilor psihismului care, precum cele dispoziționale, derivă din acestea. Ea pretinde abordarea dimensiunii identitar conștiente specifică psihismului persoanei, ce se afirmă în planul narativ teoretic al culturii. Faptul nu anulează însă interesul pe care-l poate stârni perspectiva evoluționistă; care ne provoacă acum să ne concentra și asupra antropogenezei și a metamorfozării specificului psihologic al omului cultural, din ultimele sale milenii

Comentarea psihopatologiei prin cele zece mari grupaje sindromatice o vom începe cu cele nepsihotice, anxios fobice și ale comportamentelor conflictual dissociate (corelate și Tulburărilor de Personalitate), introducând polarizarea între tb. internalizate și externalizate. Apoi, se vor comenta tb. dissociative și obsesiv compulsive, care marchează deja structura identitară, afectând relaționarea interpersonală și autonomia agenției; în manieră sumisiv hipovigilă în tb. dissociative și de autocontrol hiperreflexiv în TOC. Comentarea în continuare a patologiei bipolare centrată pe episoade maniacale și depresive, evidențiază

deficite disfuncționale în care se impune câte o schemă formală a dispozițiilor externalizate și internalizate, perturbând major raportarea la situații; și plasând psihismul personal în marginea universului psihozei. Domeniu al psihozelor în care se va intra ulterior, prin delir.

## Anexă la Cap. 1

### Schiță a parametrilor structurali ai psihismului persoanei umane.

#### Spațialitatea antropologică.

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 să o exprime. 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, trimiterea la sistemul facultăților psihice pe baza căruia s-a constituit în sec.XIX semiologia psihiatrică nu mai e suficient de operațională, dacă privim nu doar din perspectiva clinicii medicale ci și dintr-una psiho-antropologică. 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 acestui veac, în urma multiplelor cercetări și elaborări psihologice realizate de diverse școli doctrinare. Vom invoca de aceea o sinteză deja menționată - propusă spre jumătatea sec.XX de către Ey (Chenar 2 și 7) - care ținea cont, pe atunci, de experiența cercetărilor comportamentale și configuraționiste, ale psihanalizei și ale fenomenologiei; invocând în același timp sugestiile evoluționiste ale lui Jackson. Acest proiect a lui Ey sugera două axe ortogonale complementare de analiză : - conștiința situației actuale; și, - conștiința diacronă a persoanei morale. Perspectiva celor 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) și cea evoluționist culturală. În toată această 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 7 și 12) a cărui coordonate ar pute fi rezumate (hiperconcentrat) în felul următor :

a/ **Perspectiva diacron identitară a persoanei.** Aceasta e centrată de sinele intențional reflexiv al unității și coerenței delimitative a identității persoanei (Chenar 12 ); unitate ce integrează un pol corporal, o dimensiune a duratei biografice caracteriale și un alt pol, al circumscrierii socio-culturale. Prin agenția sinelui care emerge din acest fundal, - fiind deci „incorporată” și manifestându-se din centrul planului psihobiologic - subiectul se angajează vigیل, autogenerativ și sintetizator, în raportări situaționale active și autocontrolate. Adică, în situații actualmente trăite, în mijlocul unei lumi umane ( ce se suprapune peste una fizico biologică bazală) centrată de persoane, afirmându-și autonomia în contextul unor multiple condiționări (=„gândurile și acțiunile mele îmi aparțin mie”). Situațiile evenimentiale problematice odată trăite și rezolvate, se depun în fondul mnestic, participând la diacronia structurată a duratei biografice. Ele se mențin apoi constant în acest fundal, susținând efectivitatea și resimțirea identității biografice caracteriale (eu=eu, cu această biografie); și determinând informațional prezentul operațional trăit și cel proiectat sau visat. Identitatea persoanei se dimensionează apoi și în cadrul raportărilor sale față de alții, cu introjectarea imaginilor persoanelor de atașament și realizarea unor „legături” intime; precum și în contextul ancorării sale în planul teoretic al culturii, în „instanța personajelor”, a rezolvării de probleme abstracte și a sondării speculative a fundamentelor. Psihismul identitar al subiectului, așa cum se edifică el pe parcursul biografiei, e perceptibil și comentabil de către alții, conturând dimensiunea sa temperamentală caracterială; ce exprimă constelația sa de disponibilități actualizabile și stilul său de manifestare. În plus subiectul se autoevaluează și se autocaracterizează constant, etalând o anumită stimă de sine și încredere în sine.

b/ **Perspectiva sincronă a trăirilor circumstanțiale** se configurează prin implicarea sinelui intențional reflexiv în rezolvarea situațiilor problematice actuale; ce sunt integrate, întotdeauna, în preocupări și proiecte de durată. Raportarea la o situație actuală presupune: - orientarea vigیلă într-o ambianță fizico biologică și o lume umană determinată; care, în esență, e în mare măsura familiară și deja cunoscută de subiect în parametrii ei de bază; - implicarea sa intențională în situație printr-o atenție selectivă centrată, care decupează și descifrează perceptiv nemijlocit informațiile accesibile, evaluate ca importante; ce sunt în permanență corelate cu datele mnestice și integrate într-un proces de cogitație; - actualizarea unor disponibilități (dispoziții) afectiv comportamentale și relaționale adecvate, care-l poziționează atitudinal corespunzător situației; - iar în această apertură, agenția sa proiectează un plan de acțiune, de rezolvare efectivă a situației problematice actuale; ce urmează a se desfășura după coordonatele “funcțiilor cognitive executive”; însoțite de un permanent autocontrol, în colaborare cu alții și prin implicarea normativității socio-culturale. Iar o situație problematică odată

trăită și rezolvată, se înscrie în memoria biografică; de unde poate fi reactualizată și narată. Raportarea la situațiile actuale se află sub controlul autonomiei agenției personale, chiar dacă e multicondiționată.

Cele două axe menționate sunt susținute de o instanță metareprezentatională, ce e organizată cu sprijinul limbajului narativ critic; instanță prin care, subiectul evaluează și operează pe modele probabiliste ale realității date; și în care el se autoreprezintă ca personaj. Ansamblul psihismului persoanei implică continuu, în manifestarea sa, o structură spațio temporală specifică; și o organizare formală ce pune în joc structuri conceptuale bazale, ce gravitează în jurul unei „coerențe centrale ierarhice”; probleme ce vor fi abordate progresiv, în text și în anexe.

Psihismul persoanei conștiente se edifică progresiv pe parcursul ontogenezei, în paralel cu maturarea organismului și creierului său, prin experiențele și învățărilor ce le trăiește, într-un mediu 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, integrând etape formatoare succesive, se amplifică abilitățile, competențele și împărtășirea sa din cunoștințele generale despre lume ale comunității sale. Se conturează astfel în propriul psihism, o imagine de ansamblu a lumii în care el trăiește și pe care o centrează; având în permanență și o autoreprezentare critic valorică despre sine. Cursul vieții unei persoane dintre naștere și moarte, incluzând acțiunile și realizările sale, î-l determină ca având un contur unic și irepetabil, „individuat”.

Persoana identitară se află în permanență în relații intersubiective, de atașament, raportare și comunicare cu persoanele din rețelele sociale în care e inclus. În zonele intime el poate constitui împreună cu unele dintre acestea un “câmp dual” de rezonanță și interinfluențare. Iar în arie publică, subiectul se relaționează cu ceilalți prin anumite statute și roluri sociale, participând la practicile instituționalizate ale comunității sale culturale, ordonate prin norme și valori. Persoana este în permanență invocată, narată și caracterizată public printr-o ipostază de personaj.

Cât privește ”lumea umană” care înconjoară persoana identitară, aceasta e susținută de mediul lingvistic narativ semnificativ și organizațional-matematic constitutiv – de dimensiunea teoretică a acestuia -; fiind populată cu realizări tehnice, norme, valori și cu entități fictive. Dintre acestea fac parte nu doar personajele vieții cotidiene, istorice, fictive sau supranaturale; ci și concepte științifice, categorii, reguli, criterii și axiome de fundare filosofică sau simboluri transcendente. Psihismul individual e articulat definitoriu cu instanța teoreticului (cultural-spiritual, științific, filosofic); instanță care e reprezentată în propria-i structură psihică. Și el participă activ la derularea și îmbogățirea acestuia. Iar



Chenar 11

### Fundalul identitar al persoanei

se exprimă prin trei instanțe (1,2,3)

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

sine

Funcții metareprezentationale - personaje

Stima de sine  
autoevaluare

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

proiecte  
preocupări

2) Sinele  
identității  
biografico-caracteriale

sine

eveniment  
situație actuală  
prezent trăit

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

intimanță  
empatie

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

incorporare imgourilor  
persoanelor de atașament  
autodirecționare

Sine

1. Sinele fizic, corporal

- (parametrii obiectivi ai corporalității
- corpul trăit subiectiv)

uneori subiectul poate fi 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.

### **Spațialitatea psihismului persoanei.**

Psihismul persoanei umane este organizat și se desfășoară după parametrii unei specifice spațio temporalități, solidară cu cea a lumii sale umane bazată pe logos, care se manifestă deasupra celei biopsihologice. Psihopatologia implică și dezvăluie aspecte ale acesteia, ce vor fi comentate, progresiv, în corelație cu stările psihopatologice. Se va începe cu problematica spațialității, ce se exprimă major în psihopatologia anxios fobică (ce va fi abordată în următorul capitol).

Comentarea tradițională a spațialității abordează teme precum: - Cea a locului – topos - ca referențial al poziționării a „ceva” în lume, printr-o „locție” determinabilă; în raport cu care se desfășoară orientări, direcții, distanțe, drumuri de parcurs etc. - Problematika interiorității, centralității, limitelor și exteriorității, a proximității, familiarității și stranieții elementelor lumii avute în vedere. – Caracteristicile de „teritoriu”, câmp, mediu, extindere, tărâm, instanță etc. a realității vizate, etc.

Psihismul persoanei umane se dezvoltă pe fundalul moștenirii psihobiologice. Ca o primă specificitate, la om se poate identifica poziția și mersul biped, însoțit de o privire frontală, manipulări și vorbire articulată. Apoi, omul există într-o „lume umană specifică” bazată pe logos, în care el dezvoltă comportamente ghidate de norme și valori. În acest context, evoluția sa de-a-lungul antropogenezei și istoriei culturale a condus la un individ ce se manifestă ca o persoană conștientă, ce-și percepe continuu identitatea biografico-caracterială, circumscrisă social și înrădăcinată corporal. Trăirea de către persoană a spațialității include continua sa referință la propriul corp, ca sediu al interiorității psihismului său subiectiv; și ca centru de referință pentru raportările sale active, situațional-actuale și transactuale la lumea exterioară. Alte două caracteristici specifice ale spațialității sale trăite, se referă la modalitățile raportărilor interpersonal-intersubiective; și la manifestările sale în instanța lumii sale culturale specifice, dimensionată prin narativitate.

Subiectul își resimte propriul psihism – așa cum s-a menționat deja - ca bazat pe o identitate biografico caracterială, circumscrisă socio cultural, centrată de un sine intențional reflexiv și localizată în interioritatea propriei corporalități. El resimte că din subiectivitatea acestei „locții” iau naștere propriile sale gânduri, reprezentări, decizii, acțiuni, raportări, comunicări, mărturisiri; instituindu-se astfel un sentiment prereflexiv de centralitate și apartenență subiectivă la sine a trăirilor;

pe care le resimte ca „generate din sine” din agenția sa interior-subiectivă; și orientate spre afirmarea „în exterioritatea lumii”. Subiectul resimte constant și că poate păstra doar pentru sine unele trăiri și secrete personale. El se percepe ca distinct de lume și de alții, de mintea încorporată a celorlalți. Raportarea de orice fel la „exterioritate”, are în permanență o conotație de implicare a subiectivității sale intime, a propriul sine încorporat, ca la un criteriu axial de centralitate.

Un prim nivel de proximitate în lumea exterioară e cel al spațiului imediat înconjurător, în raport cu propria-i corporalitate; care, dincolo de îmbrăcămintea ce-i acoperă tegumentele, e cel din locuința sa permanentă, pe care o împărtășește de obicei cu familia. Spațiul intim, în care îmbrăcămintea sa e mai lejeră iar autocontrolul comportamental mai lax. Pornind de aici, el se deplasează spre zonele publice ale spațiului comunitar, în care se desfășoară munca sa organizată prin norme și valori, realizată în cooperare cu semenii. Spațiu public în care persoana se îmbracă și se comportă corespunzător, conformându-se normelor și tradiției, autocontrolându-se și manifestându-se „așa cum ar dori să fie receptat de către alții”. În spațiul public subiectul uman utilizează diverse unelte și instrumente care pot fi înțelese și ca o extindere morfo-funcțională a propriei corporalități într-un cadru al civilizației colective, ca un „corp extins suprapersonal” (iar propria locuință poate apare ca o ”piele lărgită”).

Prin proiectele și preocupările sale subiectul se ancorează în spațiul lumii fizice și umane „exterioară” – inclusiv interpersonală și cultural teoretică -, în care și desfășoară existența; pe care o cunoaște în coordonatele sale de bază și în raport cu care e în principiu orientat. Vizând obiective ce se plasează în locații determinate din lumea în care trăiește, el se deplasează spre acestea, parcurgând anumite drumuri, mai mult sau mai puțin cunoscute; drumuri ce se desfășoară în etape, fiind marcate de repere și distanțe spațio temporale. Pierderea reperelor poate condiționa rătăcirea sa, însoțită de anxietate. Iar între etape, distanțele se cer măsurate, cu anumite unități de măsură. Drumul poate fi familiar, ușor de parcurs; sau străin (necunoscut, nefamiliar), interzis, periculos. Pot fi folosite mijloace care facilitează parcurgerea sa; dar pot apare și dificultăți, obstacole, blocaje. Sau, seducția unor drumuri colaterale, tot mai ample ramificate, cu eventuala pierdere a reperelor pentru reîntoarcere la drumul principal. Pe parcursul drumului mai pot apare amenințări și pericole - versus susținere, protecție, sprijin; și, în sfârșit, uitarea sau devalorizarea obiectivului principal. O persoană angajată pe un drum – fizic, problematic, teoretic – evaluează și știe de obicei dacă se află aproape sau departe de obiectivul final; precum și când drumul său s-a terminat. Realizarea obiectivelor marchează amprenta pe care interioritatea subiectivității persoanei o poate lăsa în exterioritatea lumii ce-l înconjoară.

Spațialitatea relațională, interpersonal socială, se desfășoară pe dimensiunea dintre intim și public; atât în raportările situaționale cât și în cele prelungite.

Subiectul se află în relaționări apropiate afectiv, de obicei cu membrii familiei și cu unele cunoștințe; iar câțiva dintre aceștia sunt în legături de intimitate și interpătrundere afectivă cu subiectul, cu împărtășirea secretelor, preferințelor, dorințelor, deciziilor, gândurilor. În raport cu aceștia, subiectul se raportează cu atașament și rezonanță afectivă. Pierderea lor e trăită depresiv. Aproximarea altora de această zonă intimă e de obicei treptată, începând cu o cunoaștere circumstanțială; și trecând spre poziționări la distanțe tot mai mici. Iar în sens invers, persoane intime se pot îndepărta treptat afectiv de subiect, devenindu-i indiferente sau chiar ostile. Alte grupe de persoane se plasează constant la distanța medie a „celor cunoscuți”; apoi în poziție de persoane oficiale, de străini și de “oricine”. Subiectul poate resimți din partea altor atât ostilitate cât și afecțiune sau sprijin. Pentru persoană e important ca în împrejurări dificile, de pericol, să resimtă sprijinul „suportul”, ajutorul, celor apropiați și puternici.

Subiectul își păstrează controlul asupra secretelor pe care le deține în memoria sa, pe care nu dorește să le facă publice; și asupra deciziilor intime ale agenției sale. El e deranjat dacă persoane străine îi cunosc secretele și încearcă să-i influențeze gândurile și deciziile, pătrunzând în interiorul intimității subiectivității sale.

Poziționarea atitudinală a dispozițiilor afective interpersonale este și ea intricată cu problematica spațială menționată mai sus, putând oscila între: - deschiderea receptantă întru apropiere și apoi contopire; - tensiunea ținerii la distanță (cu suspiciune); - opozitivitatea confruntării beligerante; - atitudinea dominatoare (și manipulativă), cea sumisivă, indiferentă (răceala afectivă) etc.

Parametrii spațiali pe care-i implică drumurile ce le parcurge un subiect spre un obiectiv, se desfășoară în cadrul unor teritorii mundane, în care el intră în permanență în relații cu alte elemente ale lumii sale. Din această perspectivă, „teritoriile” – mediile, tărâmurile, „spațiile” - prin care se derulează drumurile sale, pot fi variate; de ex. un domeniu bio-fizic,...unul interpersonal social,...unul cultural artistic...unul abstract matematic etc.

În perspectiva lumii culturale a omului, un prim domeniu important pentru psihismul persoanei este spațiul narativității; în care el se poate proiecta ca personaj, cuprins într-un scenariu ce-i relatează evenimente biografice. Spațiu temporalitatea unei narațiuni se desfășoară în alt plan decât cel al evenimentelor fizice sau a celor trăite nemijlocit situațional; ea implicând și o cauzalitate specifică. Totuși, existența personală e strâns corelată cu narativitatea lingvistică: în cadrul vieții de zi cu zi, în structurarea memoriei sale identitare, în contextul

relaționărilor sale interpersonale caracterizante etc.. În cele din urmă, pentru fiecare persoana durata sa biografică e esențială pentru dimensionarea propriei identități. Dar odată cu transpunerea într-o narațiune, ca personaj, existența sa se poate articula cu cea a personajelor culturii comunitare. În plus, în aria culturii, se desfășoară și un plan al discursivităților teoretice abstracte, organizat logico-matematic; care e paralel, dar uneori și întretesut cu cel al narativității literare. Aria teoreticului cuprinde apoi și descrierile de tip științific, ce se organizează în teorii științifice asigurate logico-matematic, în spații n-dimensionale. Teritoriile teoretice transgresează imanența spațiului fizico-biologic.

Chenar 12

### Concepte și metafore spațiale

Loc/locație	deplasare către....direcție .....distanțe	Locație/loc
	Centru.....periferie (limite)..... context	
Aproape, proximitate	drum.....evaluări metrice	departe
	coordonate, vectori, repere	
	etape succesive (aflăte într-o anumită ordine de succesiune)	
propriu,...intim....familiar....		public,...oficial,...străin
exterior, mediu ambiant		limită orizont tanscedere
	înainte...aici ...după..dincolo de	
	(interior).. în...înăuntru ..... afară.... în afară (în exterior)	
a intra în	a ieși din (a da naștere)	a pătrunde în
	a se origina (întemeia) în..	

IDENTITATE.....ALTERITATE

Platon a comentat cinci “genuri supreme”: ființa, identitatea, alteritatea, repaosul mișcarea. Leibnitz a comentat spațio-temporalitatea din perspectiva relațiilor de ordine: -de concomitență pentru spațiu; - de succesiune pentru timp. El a menținut o abordare fizico-matematică pentru acestea, ce poate fi articulată cu cea prin care Aristotel a comentat timpul în Fizica sa, din perspectiva unui “acum” (fără dimensiune și structură), precedat de “înainte” și urmat de “după”.

Noica a comentat prepozițiile spațiale ale limbajului ca având valențe ontice: pe, sub, din, în, către, înspre, întru etc.

Problematica spațialității – și a temporalității – se corelează și cu cea a structurilor funcționale și cea comentată de doctrina coerenței centrale, ce gravitează în jurul conceptelor :  
 Unu- multiplu/    Întreg-part    Centru-periferie-limite-context    Ordine ierarhică    Structură funcțională    Organizare-organism    Limitare-infinit

## CAP.2 PSIROPATOLOGIA ANXIOS FOBICA

19.03.2023

### 2.1. Introducere.

Printre tulburările psihice pe care le tratează actuala medicină psihiatrică se numără și cele anxios fobice. Anxietatea se referă la sentimentul unui pericol neprecizat iar frica, la unul precizat, identificabil. Aceste tb. sunt grupate într-un macro-sindrom căruia i se acordă câte un capitol separat atât în manualul de diagnostic american DSM-5 cât și în clasificarea internațională OMS-ICD-11. Intuitiv este evident că anxietatea fobică psihopatologică se corelează cu trăirile firești de spaimă, anxietate, frică, care în normalitate sunt adaptative, în vederea semnalării pericolelor potențiale și reale; sens adaptativ care e moștenit din biologie. Felul în care se manifestă anxietatea și frica la om exprimă, desigur, specificul psihismului său; iar psihopatologia e o bună ocazie de a studia aceste particularități.

Simptomatologia anxios fobică, care de-a-lungul secolelor a fost inclusă în largă clasă a melancoliei, s-a impus în semiologia psihiatrică chiar de la începutul constituirii acesteia în sec XIX. În sec XX ea a prins contur clinic în primul rând în cadrul “nevrozelor” comentate de psihanaliza lui Freud, ce a diferențiat “histeria de angosă” de cea de conversiune, de nevroza obsesiv-compulsivă – derivată din psihastenia lui Janet – și de neurastenia lui Beard. În a doua jumătate a sec. XX, după dezvoltarea doctrinelor “eului”, a “atașamentului”(Bowlby) și a psihologiei interpersonale (Sullivan-Leary-Wiggins), tulburările anxios fobice au fost abordate din ce în ce mai frecvent de noua psihiatrie orientată comunitar. În acest context **anxietatea socială** și **agorafobia** s-au impus în vizorul psihopatologiei clinice și a terapiei psihologice, alături de **anxietatea generalizată** și **atacul de panică**.

Preocuparea crescândă față de psihopatologia developmentală a condus și la descrierea clinică a **anxietății de separare** și a **mutismului selectiv**. Acestor categorii nosologice li s-a adăugat grupajul tradiționalelor “**fobii speciale**”(spațiale, de animale, de sânge, injecții, boală, tunete, fulgere, apă etc. ) conturându-se astfel tabloul categoriilor incluse în **Clasa tulburărilor anxioase din DSM-5**.

Decupajul menționat mai sus nu cuprinde însă întreaga arie de manifestare a anxietății fobice din psihopatologie, aceasta exprimându-se și în alte contexte sau clase categoriale clinice bine definite nosologic, precum: -Tb obsesiv-compulsivă, prin anxietatea fobică de contaminare cu microbi și prin cea de a nu ceda obsesiilor compulsive agresive resimțite subiectiv; -.Tb prevalente corelate îngrijorării față de sănătate și boală (hipocondria etc.). - Reacția de stress posttraumatic, ce se instalează în urma unor psihotraume intense ce amenință viața sau lezarea gravă a subiectului și/sau a celor apropiați; - Preocuparea paranoidă - de obicei delirantă - centrată pe suspiciunea și convingerea în atitudinea ostilă, de amenințare și acțiuni nocive din partea altora, a instanțelor și entităților exterioare. - Episoade de anxietate generalizată de intensitate majoră ce pot apărea în stări de delirium, în debutul psihozelor sau comorbide cu alte sindroame.

Grupajul tb. anxios fobice din DSM-5 continuă tradiția nevrozei anxioase, centrat fiind pe manifestarea disfuncțională a dispoziției afective corelativă situațiilor periculoase, de amenințare. Prin comparație cu dispoziția depresivă - condiționată de pierderi și care extrage subiectul din prezența sa la lume repliindu-l pe trecut -, cea anxios fobică tinde să-l mențină într-un contact hipervigil dar tensionat cu prezentul ambiental și cu viața cotidiană. Faptul se datorează împrejurării că „obiectele”, situațiile și entitățile fobogene se plasează tocmai în mijlocul acestei lumi; iar dispoziția anxioasă ce anticipează confruntarea cu

iminența unui pericol, alertează subiectul pentru a fi pregătit în vederea detectării precoce a acestuia și a realizării unei retrageri protejate.

Depresia și anxietatea sunt însă frecvent comorbide, ele făcând împreună parte dintr-un grupaj al tulburărilor „internalizate”, din sistematizare clasică, a lui Achenbach; tulburări care exprimă inhibiție, retragere și repliere pe sine, uneori cu tendință crescută la control; grupaj internalizat ce reunește și unele aspecte ale epuizării astenice și ale tendinței obsesionale spre hipercontrol. Acestea sunt plasate în menționata sistematizare la un pol opus față de tulburările „externalizate”, ce se referă la comportamente insuficient controlate, impulsive („acting-out”), expansive, deseori conflictuale în raport cu lumea umană, cu alteritatea (și care vor fi comentate în Capitolul următor).

Studierea tb. anxios fobice e deosebit de instructivă pentru descifrarea psihismului uman, ea evidențiind modalități specifice ale distorsionării spațio temporalității acestuia. Deja din normalitate trăirile anxios fobice sunt comentate printr-un limbaj ce utilizează termeni din această arie, cu accent pe tematica spațială a proximității pericolului necontrolabil. Amenințările sunt expectate ca și conjecturi negative ce „se apropie” de subiect... iar acesta încearcă să ”le țină la distanță”,... să pună obstacole în calea lor,.. să le evite...să se retragă,... să se ascundă;... starea dispozițională anxioasă nu permite subiectului să „stea calm locului”, menținându-l în tensiune și neliniște psihomotorie; teritoriile, spațiile necunoscute, noi, apar ca anxiogene,... iar criza atacului de panică e resimțită cu sentimentul unei „căderi în gol”, în abis; sau a prăbușirii lumii peste subiect, sufocându-l. Agorafobia și Anxietatea socială, marchează două direcții esențiale ale fragilizării psihopatologice anxios fobice a persoanei: cea prin deplasarea fizică, departe de casa protectoare, în spațiu public, nefamiliar și aglomerat; și cea a expunerii performative într-un spațiu comunitar al evaluării critice.



## **2.2. Tulburările anxios fobice în sistematica nosologiei psihiatrice actuale.**

Tulburările anxios fobice vor fi inițial trecute în revistă prin prezentarea rezumativă a celor 7 categorii incluse DSM-5. Ulterior, după ce se va comenta manifestarea anxietății fobice la animale și om, prezentarea lor va fi reluată mai detaliat, din perspectiva deficitului disfuncțional al spațio temporalității psihice specifice psihismului uman.

**Tulburarea de anxietate generalizată (A.G.) constă dintr-o stare de excesivă și continuă aprehensiune că se va întâmpla”ceva rău”, de îngrijorare („worry”), ce se menține peste 6 luni inducând deficiență în funcționare și suferință (distres). Ea se obiectivează prin: neliniște psihomotorie, iritabilitate, tensiune musculară cu tresăriri, atenție mobilă cu dificultăți de concentrare, stare de rău vesperal cu dificultăți de adormire și coșmaruri, tulburări neurovegetative (tahicardie, extrasistole, transpirații, hiperpnee, reacții cutanate, balonări, eructații, micțiuni frecvente, uscarea gurii, amețeli, încețoșarea vederii, vertij, cenoștopatii, algii); subiectul e preocupat de sănătatea sa, nu poate sta singur. Expresivitatea e caracteristică. Atacul de panică (A.P.) 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 sau vertij și cădere în gol . 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, parestezii, dureri ).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: Fobiile de animale (păianjeni, șerpi, insecte, șoareci, câini, cai etc.); 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 developmentală 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 (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). 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.

### 2.3. Anxietatea și frica la animale și la om.

Frica e de obicei enumerată printre instinctele de bază ale animalelor, ea jucând un rol important în supraviețuirea indivizilor unei specii; care, în împrejurări periculoase se străduie să „scape cu viață”. La mamiferele superioare se poate cometa, mai ales la ierbivore, transmiterea genetică a unor pre-dispoziții pentru anumite frici specifice unei specii. Șoarecului îi este frică de pisică și oii de

lup; astfel încât, atunci când apar indici informaționali ai apropierei unui astfel de dușman periculos, individul și/sau grupul de congeneri proximi intră în alertă. Se instituie o tensiune biopsihică (anxioasă), ce pregătește organismul pentru detectarea diferențiată a oricărei informații corelată pericolului și pentru declanșarea promptă a comportamentelor de salvare: de fugă, ascundere și, eventual și la limită, de confruntare. Semnificația de pericol ce intră în joc în aceste împrejurări este una cu sens vital, ea semnalând posibila lezare sau chiar dispariția, moartea individului.

Frica poate fi chiar de la nivel biologic și învățată de indivizi, prin experiențe situaționale care-l condiționează în raport cu anumite tipuri de stimuli. Ea este întotdeauna raportată la „ceva” periculos din mediul (lumea) care-l înconjoară; ceva identificabil și localizabil spațio-temporal, ceva determinat și determinabil, care poate fi până la un punct recunoscut și evitat. Ceva, în raport cu care se pot elabora strategii de ocolire, de retragere, de protejare și ascundere. În schimb menționata alertă tensionată a anxietății ce însoțește frica și o precede, nu are decât un referențial de semnificație mundan generic și vag, constând în posibilitatea apropierei unui eventual pericol, care în primă instanță e necunoscut și neprecizat, inclusiv ca moment și loc de manifestare. De fapt, această tensiune anxioasă poate însoți și comportamentul explorator al individului sau grupului în teritorii noi, departe de vizuină și de aria spațială familiară din jurul acesteia, marcată prin semne specifice,.. în direcția unor locuri noi și fără repere familiare.

Atât în biologie cât și la om, viețuirea și existența individuală și a grupului său de congeneri proximi are, ca o condiție de normalitate și de prosperitate, cunoașterea și controlul (stăpânirea) unui teritoriu familiar. Acesta se organizează în jurul locului (toposului) de gestație, naștere, creștere - și uneori de educare - a puilor (copiilor); zonă spațială în care individul și grupul se simt în relativă siguranță. Perturbarea acestui control, fisurarea sau invadarea spațiului de locuire

și viețuire intimă și constantă, induce o stare de alertă tensionată, hipervigilă și neliniștită; care e similară alertei anxioase din explorarea teritoriilor necunoscute, potențial periculoase. În aceste împrejurări metabolismul se accelerează, sistemele perceptivă, decizionale și de execuție motorie intră în tensiune, mușchii încordându-se. Acest model comportamental e cel ce se manifestă ca simptomatologie specifică și în tulburarea de anxietate generalizată a omului. În sfârșit, la apariția bruscă a unui pericol, se declanșează emoția de spaimă; care, se plasează de obicei în continuitatea stării de surpriză în raport cu o informație nouă, neașteptată și necunoscută.

Toate modelele de raportare la situații anxiogene din biologie menționate mai sus, se reîntâlnesc și la om. Dar acum majoritatea fricilor se învață pe parcursul ontogenezei. În plus, ele devin extrem de complexe, prin particularitățile normativ reprezentative și discursiv narrative ale lumii sale culturale, care o dublează pe cea fizico biologică; și prin receptarea subiectiv reflexivă a trăirilor, proprie psihismului uman conștient. Referința rămâne însă, la fel ca în lumea animală, tot cea la pericolul vital; fapt ce apare cu evidență în trăirea atacului de panică în care subiectul resimte - conform relatărilor sale - „un sentiment al morții iminente”. Câmpul de semnificații al pericolelor se amplifică însă acum enorm, prin multiplele planuri ale „eventualităților” de afectare negativă a subiectului și prin amenințarea „pierderilor posibile” în lumea sa; iar protecția antianxiogenă e susținută de resimțirea sprijinului celor apropiați. Anxietatea fobică se desfășoară la om pe un amplu evantai de coordonate, ce se pot îndrepta spre subiectul conștient – ce-și resimte psihismul subiectiv „încorporat” -, din multiple direcții ale lumii sale.

Mai mult chiar, pentru om nu doar mediul înconjurător, ci însăși propriul său corp poate fi toposul, „locul” de urgență și resimțire a unor pericole statornice;

așa cum ne relevă bolile, infecțiile și posibilele accidente care, afectând corpul, îi pot induce suferințe și curma viața. De fapt, psihismul persoanei umane conștiente se dezvoltă pe fundalul biopsihic al corporalității sale; iar identitatea sa psihică implică definitiv, pe lângă parametrii biografici și ai circumscrierii sociale, și pe cei ai propriei corporalități; a cărei particularități se cer acum amintite.

Unul din aspectele de bază ce diferențiază corpul uman de cel al animalelor este poziția sa bipedă. Aceasta se corelează cu multiple alte particularități trupești ce au consecințe asupra psihismului, așa cum ar fi: - poziția aparte a laringelui, cu care se conjugă vorbirea articulată; - plasarea anatomică a vaginului, care condiționează nașterea prematură... pentru a permite creșterea creierului la dimensiunile proiectate genetic...iar ca o consecință, maturarea neuropsihică se derulează într-un mediu interpersonal lingvistic educativ; - eliberarea brațelor pentru prehensiune, fapt care, împreună cu privirea conjugată, permite manufacturarea uneltelor.etc. Postura verticală și mersul biped reorganizează apoi însăși ansamblul orientării omului în spațiu; aspect asupra căruia a atras atenția istoricul religiilor Mircea Eliade.

#### 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 amețala 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”.

Spațialitatea culturală a lumii specifice omului biped se organizează după o centrală axă verticală, ce-i deschide înalturile cerurilor pentru invocarea ierarhiilor sacrale. Căci, bazându-se pe logosul său narativ teoretic omul desfășoară - în marginea exploatării naturii și a organizării sale sociale - o lume secundă, care o metamorfozează pe cea a naturii fizico biologice și o dublează cu entități fictive, inclusiv cu zei. O lume în care, totuși, umblătorul individ uman se va deplasa în continuare nenumărate milenii „pas cu pas”; având în permanență nevoie de un teren ferm sub picioare. Iar privirea sa frontală va susține atât comunicarea față către față cu semenii (ochi către ochi, zâmbet către zâmbet, gură către gură), cât și confruntarea beligerantă cu aceștia. Chiar dacă modalitățile deplasării și raportării la ambianța fizică a omului se vor metamorfoza profund în vremea modernității, pentru omul individual modelul tradițional de raportare la ambianță – în care lipsește controlul asupra unui spate vulnerabil și asupra fermității terenului – persistă și în prezent; susținând trăiri anxioase. Condiția de fond a posturii biped-verticale ne explică și referințele spațiale prin care el își trăiește anxietatea fobică. De ex. faptul că, comentarea atacului de panică e făcută și în termeni de „prăbușire în abis”; iar în contextul confruntărilor sale cu alții pentru supraviețuire, subiectul uman resimte nu doar nevoia unui „teren ferm” sub picioare, ci și pe cea de „susținere” și „suport” din partea altora.... a unui „sprijin de braț” ..a unui „spate acoperit”..., a unor „repere de orientare” pentru comportamentul său salvator.

Pentru subiect, propriul corp se constituie însă și într-un spațiu special, delimitat de lumea exterioară prin tegumente, fanere și îmbrăcăminte. Spațiu pe care el îl percepe continuu, în permanență, ca suport al identității sale; spre deosebire de perceperea mereu variabilă a evenimentelor situaționale. Resimțirea constanței corporal-identitare funcționează ca un referențial de centralitate, pentru orientarea subiectului în spațiul ambiental; în perspectiva abordării perceptiv-active a elementelor situației prezente „acum și aici”; elemente ce pot fii mai

apropiate sau mai îndepărtate de sinele încorporat, mai ușor sau greu accesibile acestuia. Corpul persoanei mai poate fi apoi și sediu sau obiect al unor pericole ce se localizează în el; a problematicii pe care o ridică bolile, operațiile, transplanturile, protezările. Un pericol exterior poate viza, în primă instanță, lezarea propriului corp, rănirea sa; iar în prezent știm că microbii și virușii ajung să invadeze corpul, îmbolnăvindul. Prin injecții sau operații, medicii pătrund și ei în interioritatea acestuia.

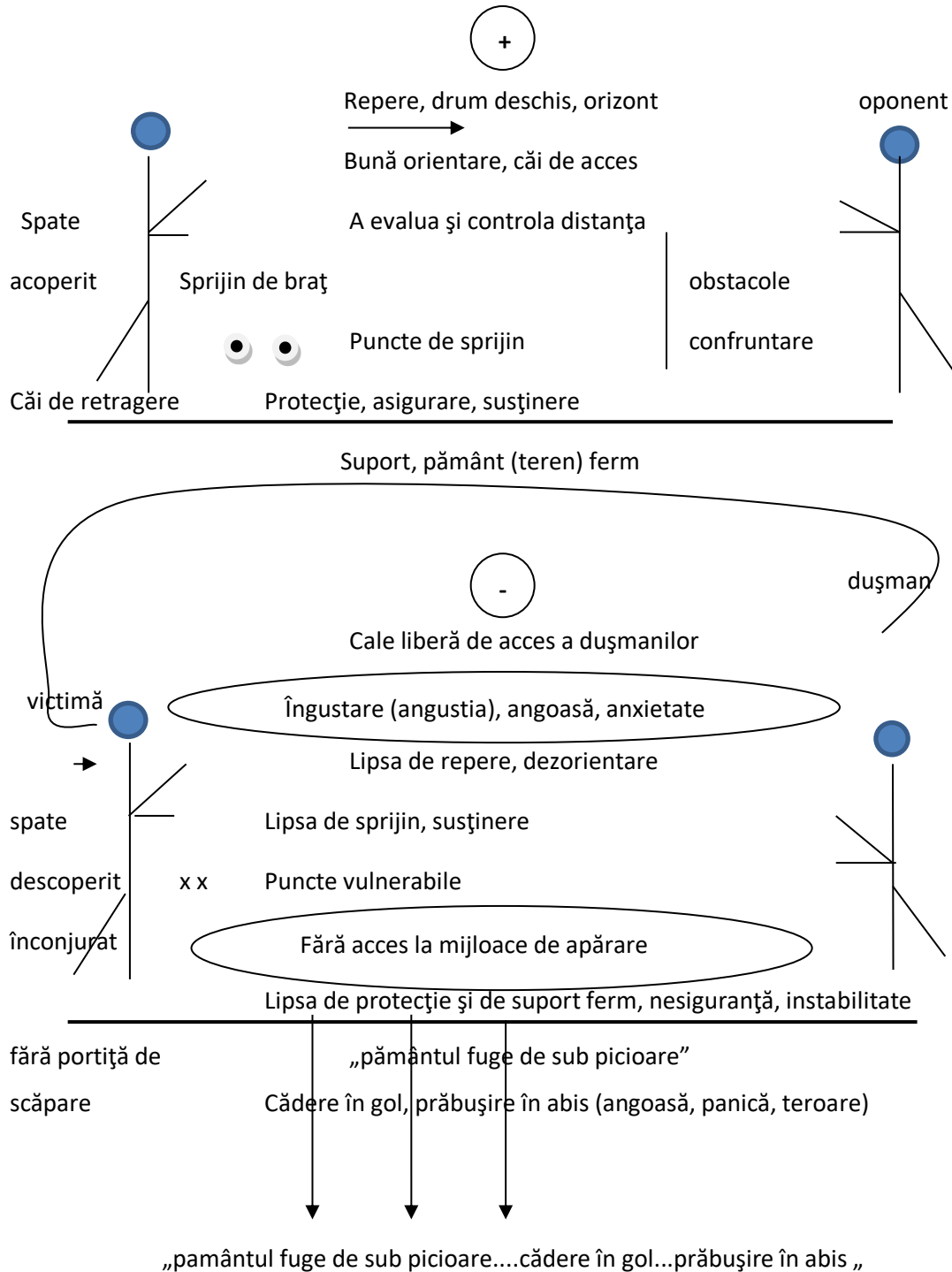
În plus, subiectul conștient resimte că el, nu doar „locuiește” continuu în toposul propriului său corp - care, prin agenția sa, îl instituie ca centru al lumii sale. Ci și că „aici se localizează” sufletul său intim, mintea sa, amintirile, gândurile și biografia sa; ideile, reprezentările, imaginările, reveriile...dar și secretele sale intime. Iar pornind de la marginile „subiectivității încorporate”, se desfășoară pentru el spațiul lumii exterioare, structurat prin zone perceptibile, familiare, cunoscute, îndepărtate și străine. La fel ca în biologie, unele arii ale lumii sale se află mai în apropiere, fiind protejate și familiare; iar altele sunt mai îndepărtate, nefamiliare, cu potențial periculos. Obiectele, ființele și situațiile ”fobogene” se plasează în aria acestei „lumi exterioare”. Iar pentru a-și realiza proiectele și preocupările, subiectul se angajează pe variate drumuri, în teritorii mundane mai mult sau mai puțin cunoscute, îndepărtându-se astfel de spațiul familiar și de cei ce l-ar putea ajuta, expunându-se unor pericole potențiale. Agorafobia se desfășoară pe acest fundal.

Tabloul prefigurat mai sus se cere însă nuanțat, prin faptul că subiectul există împreună și alături de alte persoane, ce sunt dotate cu o subiectivitate conștientă încorporată similară cu a sa; iar prin raportarea la acestea, se instituie câmpuri de inter-subiectivitate, ce au un regim spațio temporal special; care, se desfășoară între: - apropierea persoanelor intime și familiare, de obicei principalele surse de

Chenar 14

### Metafore spațiale pentru trăirea anxietății

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





protecție și sprijin în caz de pericol; și - depărtarea psiho-afectivă a persoanelor oficiale, a străinilor și dușmanilor; deseori surse de pericole potențiale.

Relaționarea intimă cu o altă persoană începe din copilărie, ea stând la baza procesului de „atașament”; care e constitutiv atât pentru identitatea propriului psihism (eu=eu) cât și pentru relaționarea comprehensivă cu identitatea altei persoane, prin capacitatea de „mentalizare” (Theory of Mind); proces ce se circumscrie în jur de 3 ani, după dezvoltarea cogniției sociale. La vârsta matură „apropierea” de intimitatea subiectivă a altuia și realizarea unui atașament reciproc, e un drum ce se parcurge treptat, prin succesive etape.

Precum și invers, „îndepărtarea” de relaționarea și atașamentul intim cu cineva, „răcirea” unei relații interpersonale, cu transformarea celuilalt într-o persoană „indiferentă” sau într-un dușman.

Persoanele binecunoscute cu care subiectul are contacte frecvente, deseori de susținere și sprijin, fac parte din „rețeaua sa socială proximă”; la care el face deseori apel în gestionarea stărilor de anxietate și frică. În cadrul acesteia, poziția persoanelor de atașament și de încredere e una specială, subiectul împărtășindu-și cu ele secretele proprii, gândurile, dorințele, intențiile și deciziile sale intime. El se simte „legat” sufletește de unele din acestea, preocuparea sa fobică fiind uneori ca acestora să nu i se întâmple ceva rău.

Alături de relaționările interpersonale menționate mai sus, subiectul se mai simte atașat în cadrul vieții sale socio culturale și de variate instituții și personaje, care pot fi pentru el surse de protecție; dar și de pericole. În această direcție un rol important îl joacă, pe lângă instanțele de putere ale vieții civile, apartenența sa la colectivități sau organizații specifice; rolul de bază avându-l tradițional biserica, comunitățile de credință religioasă.

Relaționările cu alții pot fi însă și sursă de anxietate fobică directă. Educarea formativă a persoanei se realizează într-un context în care se face uz de practica

recompenselor și pedepselor, ultimele fiind surse de trăiri neplăcute; în consecință, comportamentele socialmente neadecvate vor fi evitate de individ și de grup. Acest model se regăsește și la nivelul macrosocial al civilizațiilor și culturilor, structurat prin sistemul normativ deontic, care stabilește ce e permis, interzis și ce e de dorit. Sistemul judiciar stabilește repartitia pedepselor pentru cei culpabili, astfel încât o serie de comportamente sunt evitate de teamă. Dar și normativitatea ipostaziată ideal a cultului sacral operează cu acest sistem deontic; astfel încât credincioșii nu se așteaptă doar la protecție și ajutor din partea ființelor supranaturale, ci și la pedepse (iar copilul mic se poate teme de „baba cloanța”). Complexificarea psihismului uman în civilizațiile mai recente a condus și la autoevaluarea comportamentelor proprii în „forul interior al conștiinței morale”; omul putând fi chinuit de remușcări, de muștrări de conștiință; iar uneori se teme de a nu făptui lucruri reprobabile, care-i vin spontan în minte (ca în unele cazuri de patologii obsesivă).

Un model de comportament relațional ce se conjugă cu anxietatea fobică urcând din biologie, este cel din cadrul confruntării beligerante interpersonale, care se poate încheia cu crimă (omul fiind singura specie din biologie care dezvoltă omorârea intraspecifică; condiție ce se manifestă la nivelul standardizării sociale prin practica războaielor). Din această perspectivă individul ajunge uneori să fie în conflict și luptă cu un dușman, care-l poate încolții și ataca în diverse feluri. În derularea unei astfel de confruntări, strategia subiectului urmărește faptul de a ține agresorul cât mai la distanță de psihocorporalitatea sa (căci adversarul poate trimite spioni și detectivi pentru a-i cunoaște zonele și momentele vulnerabile). Iar pe de altă parte, el va încerca să se apropie de adversar pe nesimțite, pe la spate, lovindu-l în punctele neprotejate. (O întreagă terminologie spațială se dezvoltă și în limbajul confruntărilor militare în care intervine: străpungerea frontală, barajele, obstacolele, învăluirea, tăierea retragerii etc. ) În contextul dușmăniei și agresiunii,

un subiect se poate confrunta însă și cu o coaliție a mai multora sau cu instituții întregi; fapt ce se reflectă în tematica delirurilor paranoide (în care agresori pot fi și instanțe supranaturale, subiectul simțindu-se urmărit de extraterestrii, posedat și chinuit de diavol etc.).

Trăind într-un univers socio cultural determinat, persoana asimilează și parcurge progresiv diverse statute și roluri sociale, câștigând o anumită „poziție” în societate; ce implică respectul și încrederea celorlalți. Anxietatea socială se poate derula și în această arie, prin teama subiectului de a nu-și pierde aprecierea și considerația publică, poziția socială; și implicit onoarea și stima de sine. El e preocupat să nu „cadă” din poziția sa socială, ce uneori poate fi „înalță”. Fapt trăit ca rușine și sancționat prin oprobriu public, prin desconsiderare și batjocură. Actualul cadru nosologic al Tb Fobiei Sociale se referă, indirect, la acest domeniu.

Modalitățile firești ale trăirii anxietății și fricii de către om ne relevă, deci, nu doar dimensiunea adaptativă a acestora; ci și faptul că ele implică, flexionar, structura spațio-temporalității existenței subiectului în lumea sa umană în variatele dimensiuni ale acesteia; de la „aici și acum-ul” situațional – ce poate fi resimțit cu o dispoziție anxioasă sau cu spaimă -, la preocupările și conduitele de evitare a situațiilor, obiectelor și persoanelor ce-i inspira teamă. Strategii care implică în mod deosebit sprijinul persoanelor apropiate, de încredere și puternice. Limbajul cotidian ne relevă și el, prin multitudinea de termeni spațiali implicați, acest aspect. Trăirea situațională și strategiile de evitare fobică se plasează în direcția celor două dimensiuni polare ale psihismului uman: - trăirea nemijlocitului perceptiv-activ „aici și acum”; și, - durata fundalului identitar.

#### **2.4. Psihopatologia anxios fobică și deficitul disfuncțional al trăirii spațio-temporalității**

Ansamblul simptomatologic al tulburărilor anxios fobice se corelează cu o vulnerabilitate pe care subiectul o resimte în raport cu pericolele și cu ostilitatea agresivă a altora; vulnerabilitate care favorizează actualizarea excesivă și distorsionată a dispoziției sale afectiv-comportamentale firești de răspuns la astfel de situații. El se resimte deficitar în asertivitatea sa activ combativă, în abilitatea de control și manipulare a realității, mai ales în anumite arii de manifestare; cu nevoie de protecție și suport din partea unor persoane sau instanțe de încredere.

### **Spaima, atacul de panică și anxietatea anticipatorie.**

Punctul de plecare al fenomenologiei anxios fobice în general îl constituie identificarea situațională a unui pericol major, inclusiv a unei agresiuni actuale. Perceperea unor astfel de semnificații stau la baza reacției emotive de spaimă; mai ales când agresiunea sau pericolul apare brusc, neprevăzut, depășindu-se reacția de surpriză ce se instituie în fața informațiilor noi, neanunțate și nefamiliare. Dacă subiectul își dă seama (evaluează) că pericolul depășește propriile capacități de răspuns – de apărare, ripostă, că nu are și nu se întrevede nici un sprijin sau ajutor și că nu-i sunt accesibile căi de retragere, fugă, ascundere - el poate trăi groaza, teroarea, panica; cu prefigurarea unei catastrofe iminente ce-i scapă de sub control, a morții. Atacul de panică (AP) din psihopatologie poate fi considerat ca o instalare paroxistică, nemotivată situațional, a modelului de reacție emotivă a spaimeiteroare. Spre deosebire de crizele paroxiste epileptice, AP se desfășoară însă în plină stare de luciditate vigală, cu sentimentul prăbușirii în gol (în abis) și a morții iminente; la care se poate adăuga impresia de nefamiliaritate cu ambianța (=derealizare). Trăirea e extrem de neplăcută, fiind însoțită de importante disfuncții corporale disvegetozice. Ea precipită subiectul spre solicitarea urgentă, imperioasă de ajutor din partea altora și a serviciilor medicale.

În cursul AP subiectul percepe cu acuitate, tensiune și disconfort, prezența sa la o situație actuală (a unei „clipe”) dominată de iminența morții; deci a părăsirii acestei lumi în care a trăit și încă trăiește, pentru a trece în necunoscutul unui „altundeva”; fapt resimțit ca „aneantizare”. În plină criză, el se resimte ca paralizat, lipsit de posibilitatea de a se mai raporta intențional, prin agenția ce-i este proprie, la o lume de care nu se mai simte articulat decât prin toposul propriei corporalități; aflată și ea în globală disfuncționalitate, la limita supraviețuirii. Senzația de cădere în gol și vertijul consecutiv - sau cea de ”înmuire...de tăiere...a picioarelor” și de leșin -, se pot conjuga cu sentimentul prăbușirii peste el a elementelor ambianței, conducând la strivirea și sufocarea sa.

Sentimentul morții iminente din AP se conjugă deci cu cel al disoluției lumii ambientale prin toți parametrii săi de spațio-temporalitate și de obiectualitate structurată și semnificantă; însoțită de o criză terminală a propriei corporalități,.. ca element și loc ultim de ancorare în lume. Cât privește alteritatea, ceilalți sunt resimțiți și avuți în vedere doar în postură de posibili salvatori.

AP este pregătit și favorizat d.p.d.v. clinic de multiple condiții psihopatologice (depresie, anxietate generalizată, fobii), neuropatologice, dischine, dismetabolice etc. Dar în perspectiva unei psihopatologii antropologice, manifestarea sa se cere înțeleasă ca actualizarea formală – dar lipsită de orice conținut – a modelului existențial limită din trăirile de tipul spaimei puternice, groazei, teroarei; care plasează subiectul în fața morții, anulării existenței sale. Condiție existențială care dizolvă contururile spațio temporalității, sinelui, alterității și lumii, până la limita formală a unui topos ființial de urgență, golit de conținut,... în cădere spre abis (Heidegger). Replasarea acestei trăiri pe coordonatele spațio-temporalității lumii umane, se va întâlni în simptomatologia tulburărilor anxios fobice.

Deși AP este limitat în timp – paroxismul său durând de obicei câteva minute - luciditatea cu care e resimțit impregnează puternic memoria subiectului; care va dori să evite repetarea sa. Faptul se poate constata cel mai pregnant în Agorafobie, când AP apare de obicei pentru prima dată, neprevăzut, în locuri publice aglomerate, departe de locuința protectoare. Ulterior, subiectul va evita frecventarea acestor zone, care devin pentru el o temă de preocupare fobică; iar dacă trebuie să le parcurgă, pe măsură ce se apropie de locurile respective, se instalează o anxietate anticipatorie. Adică, subiectul devine preocupat de eventualitatea reapariției AP; și e atent, reflexiv, la simptomele corporale pe care și le reamintește ca anunțându-l (tahicardie, transpirații, sufocare, vertij, etc.). Iar această atenție sporită acordată funcționalității corporale, poate efectiv favoriza reapariția unui AP.

Condiția anxietății anticipatorii (A Ant) se poate întâlni în toate fobiile. Frica normală și fobia psihopatologică se caracterizează prin faptul că sunt tematizate. Adică, subiectul cunoaște (într-un fel) ce împrejurări, ființe, situații, persoane, entități din lumea în care el trăiește, pot fi resimțite ca periculoase pentru el. Când acestea nu se manifestă – și nici nu-și anunță prezența iminentă – cursul vieții, al existenței, se derulează firesc, cu întreaga sa bogăție de preocupări și relaționări. Dar, dată fiind această cunoaștere, a memoriei și capacității reprezentativ imaginative a psihismului său, individul prevede și evită întâlnirea situațională (spațio-temporală) cu respectivii factori. În cazul în care confruntarea devine inevitabilă, el trăiește o A. ; și încearcă „să se asigure”, pentru ca la întâlnirea respectivă să reducă starea de rău expectată: însoțindu-se cu persoane protectoare, luând în prealabil medicație tranchilizantă sau trecând cât mai repede prin teritoriul și momentul de contact respectiv.

### **Anxietatea generalizată.**

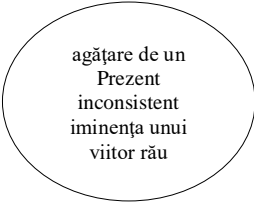
Situația anxietății anticipatorii ne trimite spre condiția psihopatologică a anxietății generalizate (A Gen). Aceasta constă dintr-o continuă stare de îngrijorare, cu sentimentul iminenței unui pericol nedefinit, ca temă, loc și moment de apariție. Subiectul este în mod continuu tensionat și neliniștit psihomotor (încordare și tresăriri mușchiulare, tremor, dificultatea de a sta într-un loc și a se relaxa); el prezintă o stare de alertă hipervigilă cu atenție distributivă de tip investigator și cu dificultatea concentrării și persistenței (parcă ar căuta în permanență să descopere de unde și când va apare „pericolul” și în ce constă acesta). Mai e prezentă o tensiune neurovegetativă (tahicardie, extrasistole, transpirații – mai ales în palme și axile – hiperpnee, dermografism accentuat, uscarea limbii, balonare, tranzit intestinal accelerat, micțiuni frecvente, vertij, cenestopatii, algii, încheșoșarea vederii). Starea de rău se accentuează în singurătate și la întuneric (în condiții de reducere a informației ambientale); cu rău vesperal, insomnie de adormire, somn agitat cu coșmaruri.

Spre deosebire de AP, în A Gen nu e vorba de paroxisme (simili-epileptice), ci de o stare prelungită ce poate dura săptămâni sau luni de zile. În această perioadă funcționarea socială și randamentul (în muncă, studiu) e perturbat, mai ales din cauza deficitului cognitiv de concentrare și persistență a atenției și a neliniștii din plan psihomotor. Subiectul nu poate „sta locului” liniștit – ca de la o bază de plecare - pentru a-și organiza proiectele de acțiune, de realizare și studiu; și chiar dacă le planifică, din același motiv nu le poate parcurge adecvat. El e fascinat de prezentul său punctiform și tensionat, flancat de aprehensiunea unor iminente pericole necunoscute, greu de identificat. Nici asupra trecutului nu se poate apleca calm și analitic, acesta presându-l doar cu eventualități negativ catastrofice. Pe acest fundal de îngrijorare, imaginarul său panicard supraevaluează în viitor pericole potențiale în situațiile banale ale vieții cotidiene, cum ar fi: greutatea și riscurile vieții curente, plină de neprevăzut, bolile, posibilele accidente ce i s-ar

Chenar 15

**Anxietate generalizată**aprehensiunea răului  
îngrijorare

“panicat de orice”

**Atac de panică**


agățare de un  
Prezent  
inconsistent  
iminența unui  
viitor rău

prăbușire  
în gol  
(ieșire și din  
prezent)Hipervigilantă neliniștită  
investigație, îngrijorareSenzație bruscă de răumoarte iminentă, oprirea inimii  
prăbușire în gol, vertij, nerealitate,  
bizar, pericol major

hiperestezie

curs ideativ  
atenție mobilă  
concentrare dificilăhiperreactivitate impulsivă  
(scăderea deliberării)Furtună vegetativăbalonare, diaree  
Dureri abdominaleAlertă vegetativă și tensiune musculară  
hiperpnee, sufocare  
Hipertonie, tremor, neliniște  
(nu stă locului, își roade unghiile,  
tresăriri, nu se poate relaxa pentru somn)  
tahicardie +++, TA ++  
transpirații profuze  
polakiurie

hipotonie (cădere, leșin)



putea întâmpla lui și celor apropiați etc.

În rezumat, în perspectivă fenomenologică A.Gen se referă în primul rând la o distorsiune a spațio temporalității trăite, cu fascinarea conștiinței reflexive de un prezent neliniștit și nestructurat, hipervigil, absorbit de un iminent viitor periculos, trecutul fiind accesibil doar pentru informații ce întrețin această expectație panicardă; trăire ce se desfășoară pe fundalul unei tensiuni biopsihice neliniștite globale. În raport cu paroxismele din AP, suntem acum în prezența unei stări psihice prelungite; care exprimă însă o perturbare a arhitectonicii raportării firești a psihismului la situațiile prezente.

Condiția A.Gen seamănă cel mai mult cu cea a unui proces de investigare – a animalului, a omului - într-un teritoriu necunoscut, resimțit ca marcat de pericole potențiale (e.g. individul trebuie să parcurgă într-o noapte de iarnă o pădure în care ar putea fi lupi....sau, să traverseze singur și fără bani o țară străină, a cărei limbă nu o cunoaște și în care are dușmani). De-a-lungul unei astfel de expediții el intră de obicei într-o stare de alertă hipervigilă și tensiune psihocorporală, pentru a putea detecta din timp pericolele ce ar putea apare situațional...și a se lămuri: „în ce constă exact acesta?.. din partea cui anume vine?...când și cum urmează să fie atacat?...cum poate riposta?..etc. Persoana resimte că în lipsa unor astfel de informații ar putea fi luată prin surprindere, frustrată de o minimă pregătire prealabilă; astfel încât alerta tensionată se poate menține uneori pe întreg parcursul drumului de străbătut. Deficitul informațional - de ex. întunericul, necunoașterea terenului, ambianței, izolarea sau blocarea accesului la comunicații etc. – poate accentua anxietatea. Iar conștiința faptului de a nu poate face față situației și a nu se va putea refugia ( din varii motive), declanșează AP.

Pentru ca individul să se manifeste adaptativ în situațiile de pericol anticipat sau efectiv, el trebuie să aibă capacitatea, disponibilitatea de a o face. Adică să posede, gata format în structura identității sale temperamental caracteriale – deci,

„la dispoziția sa” pentru actualizare la nevoie – un model corespunzător de poziționare atitudinală în raport cu expectarea pericolelor (Chenar..). Din același trunchi al dispozițiilor afectiv comportamentale actualizabile la nevoie face parte și: cea a confruntării agresiv beligerante, cea utilă pentru activități realizatoare, cea a euforiei sărbătorești în comun a succeselor, cea a retragerii inhibitate (de tip depresiv) pentru refacere în urma unui eșec sau pierderi; precum și cea a indiferenței observaționale, constatative. Menționatele disponibilități constituie „pachetul” dispozițional al persoanei, care e parțial înnăscut și parțial dezvoltat și diferențiat pe parcursul ontogenezei. Repartiția populațională a menționatele dispoziții temperamental-caracteriale nu e desigur egală; astfel încât d.p.d.v. tipologic, unele persoane sunt temperamental mai predispuse față de alertă anxioasă și retragere fobică,.. altele pentru asertivitate combativă,.. pentru retragere inhibată depresivă.. sau pentru detașare areactiv observațională.

O trăire de modelul A.Gen poate însoții uneori însăși dispoziția agresiv combativă, menținerea alertei vigile la un nivel înalt fiind necesară și în această împrejurare; iar confruntarea e oricum însoțită de pericole. Pe de altă parte, alerta investigatorie e importantă și în asertivitatea sintetizatoare întru noutate, din procesele creatoare; care pot să nu fie nici ele indemne de anxietate. Deși, orientarea curajoasă spre explorări în zone necunoscute și elacția entuziastă a marilor realizări creative, sunt în principiu dispoziții distincte.

(Un deficit în capacitatea de a recepta, sintetiza și prelucra informații noi, se întâlnește în psihopatologie în sindromul autismului developmental; în care subiectul refuză până și schimbările spațiale ale ambianței (=„intoleranță la schimbare”), răspunzând la acestea prin conduite stereotipe. Dar aspectul specific autismului este dezinteresul față de figura și privirea umană; iar deficitul de „coerență centrală perceptivă” din această tulburare o apropie de patologia obsesiv compulsivă).

### **Agorafobia și fobiile speciale**

Agorafobia e definită de obicei ca frica de spații publice aglomerate, înguste sau largi (fără puncte de sprijin), eventual și înalte; contactul cu aceste situații declanșând atacuri de panică. Ulterior, se dezvoltă conduite de evitare și asigurare la deplasarea în astfel de zone; precum și anxietate anticipatorie.

Succinta caracterizare de mai sus nu comentează însă explicit faptul că, agorafobicul de obicei nu prezintă simptome anxioase câtă vreme se află acasă sau într-un spațiu cunoscut și familiar, alături de persoane cu care e obișnuit. Starea de anxietate fobică se instituie doar după plecarea din zona de protecție a locuinței, odată cu deplasarea în ariile publice tot mai puțin cunoscute, în care sunt prezenți și străini. Zone în care nesiguranța sa se poate mixta și cu anxietatea socială. În plus, se cere avută în vedere și intersecția cu unele fobii speciale, mai ales cu cele spațiale (de spații înguste, largi, de înălțime); care se pot manifesta însă și izolat.

În cazul agorafobicilor, cazuistica clinică înregistrează cazuri care descriu explicit faptul că, deplasarea de acasă pe jos înspre zonele publice aglomerate (piețe, săli de întrunire etc.) se însoțește de la un moment dat de trăirea unor dificultăți de mobilitate crescânde: mers nesigur cu slăbiciuni în membre, tremor, tahicardie, tahipnee, amețeli, transpirații etc. Starea subiectivă devine neplăcută, marcată de nesiguranță anxioasă; astfel încât, deseori subiectul ajunge să se întoarcă din drum acasă, uneori solicitând chiar sprijinul unor necunoscuți (sau telefonând după un taxi). În unele cazuri, menționatele fenomene se manifestă doar dacă străzile sunt aglomerate, subiectul reușind să se deplaseze pe trasee cu puțină lume. Cel mai des crizele de angoasă – atac de panică – apar în mijloace de transport aglomerate (tramvaie, autobuze) însoțite de paloare, transpirații, senzații de leșin etc...astfel încât e solicitată de urgență salvarea (dar, până se ajunge la spital, starea de rău dispare)...Sunt și cazuri care reușesc să se deplaseze zilnic la serviciu cu bicicleta, dar nu și pe jos; sau cu taxi-ul, cu mașina personală.

Chenar

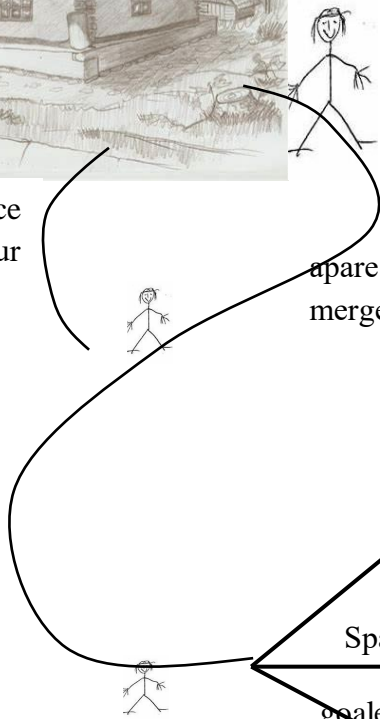
### Agorafobia



Subiectul pleacă de acasă  
singur, se îndepărtează pe  
străzi aglomerate

Se reîntoarce  
acasă singur  
sau ajutat

apare neliniște, tremurături, tahicardie, dificultăți de a  
merge, spaimă



Spații largi

Mijloace de transport în comun

goale



Vertij

aglomerație

atac de panică


spital



Simptomele dispar

Chenar 16

# Agorafobia



pleacă de acasă, singur  
 loc curios, familiar  
 unde sta cu cei apropiați, e  
 posibil să absorbească  
 una din minte în siguranță

Se îndepărtează de casă

Cu cât se îndepărtează  
 apar: - neliniște  
 - teamă, - anxietate  
 - a merge  
 - oțet  
 - pierdere  
 - mâncare

Poate unii merge cu bicicleta, taxi (nu se)

Spate largi  
 vestimentație (Polo, șorțuri)

amplasa  
 timpuri  
 spații

zone aglomerate  
 (plat, teatru  
 sala de concerte)

nu, în  
 imensa  
 placere

și în  
 spații

cauza de panică  
 anule, hemoretic, rou,  
 pat, respirație, respirație

Salvare  
 Spital (examinare fizică)

Dupa primul atac dezvolt anxietate  
 anticipativ...

Care simptome ce ar putea să apară  
 în afară... în orice ora

**EVITA DEPLASĂRILE ÎN PUBLIC**

Dificultatea deplasării prin mers în zone îndepărtate de casă, e constatată uneori în împrejurările în care subiectul trebuie să traverseze singur un spațiu amplu, gol: să treacă de pe o parte pe alta a unui bulevard larg...sau, cel mai tipic, să parcurgă singur o piață goală, prin mijlocul ei. Această situație a fost deschisă în sec.XIX ca o tulburare specifică de către Westphal sub denumirea de Platzschwindel.

Manifestări ca cele menționate mai sus au atras atenția asupra particularităților percepției lumii înconjurătoare ca un spațiu al acțiunilor posibile, în primul rând a deplasărilor și acțiunilor în universul comunitar. Fapt ce se cere a nu fi ignorat de vreme ce s-au descris și fobii spațiale simple.

În această direcție, studiile de la mijlocul sec.XX ale lui Piaget au demonstrat că în perspectivă ontogenetică, percepția și reprezentarea spațială se dezvoltă printr-o succesiune a trei etape: - cea a trăirii spațiului ca topologic, bazat pe contact corporal nemijlocit; - cea a spațiului perspectival, al „punctelor de vedere”; - cea a spațiului tridimensional (euclidian) omogen, în care se păstrează - în percepție și reprezentare - constanța formei și mărimii obiectului, indiferent de distanță, perspectivă și unghiul de privire. Cazuistica menționată sugerează că la unele persoane etapele superioare ale percepției și reprezentării spațiale nu sunt solid dezvoltate, ele regresând până la nivelul primar, al contactului.

Tot în cadrul Ag.F. se pot manifesta și simptome claustrofobice, care se referă la nesuportarea spațiilor închise și strâmte, fără posibilitatea de a le părăsi urgent; apare un sentiment de pericol iminent, cu majoră anxietate, cu sentiment de strivire, de sufocare, însoțite de A.Pan. Pacientul cu AgF poate avea astfel de trăiri mai ales în mijloacele de transport în comun (autobuz, tramvai, tren); dar și în săli de spectacol sau la adunări publice aglomerate, când se așează de obicei la marginea rândului, aproape de ușă.

O altă fobie spațială ce poate uneori să se conjuge cu parametrii simptomatologici ai AgF este cea de înălțime și adâncime („acro” și „bato” - fobia); ce apare ca specifică omului, ce a dezvoltat o stațiune și un mers biped. Subiectul nu suportă să urce în turnuri înalte,..pe scări fără balustradă.., să privească de pe balcoanele de la de la etajele superioare,.. să urce pe piscuri de munte.. să treacă peste o punte deasupra unei ape adânci... În fobia de transport cu avionul se conjugă mai mulți parametri anxiogeni: - faptul de a fi plecat departe de casă, - cel al aglomerației într-un spațiu închis (de model claustrofobic), - faptul de a pluti în aer la înălțime. O altă variantă aparține a fost descrisă la unii eschimoși ce pescuiesc în caiacuri solitare, departe de comunitate, într-o mare în care s-au produs accidente; la unele din aceste persoane pot apărea stări de „vertij” cu senzație de prăbușire în gol (Kayakschwindel), deși individul plutește în continuare pe mare.

Fobiile spațiale, ce sunt comentate de obicei în cadrul „Fobiilor speciale” (Fb. Sp.) - agorafobia spațială, claustrofobia, acro și batofobia - pot să se manifeste și relativ separat de agorafobie. În acest sens, jena de înălțime și adâncime e destul de răspândită la populațiile adulte din unele zone. Ea se poate manifesta și în dificultatea de a trece pe o punte îngustă deasupra unei ape, de a circula cu telefericul, de a privi pe fereastră de la etaj. Uneori se poate manifesta și ca „fobie de fântâni sau puțuri”, eventual însoțită de compulsia obsesivă de a se arunca în ele; sau de a se defenestra, a se arunca în gol. O fobie spațială ce se poate întâlni destul de frecvent izolat e claustrofobia, prin jena sau chiar frica de locuri (spații) înguste, închise, fără posibilitatea de ieșire rapidă și voluntară (camere mici, lifturi, transportul cu avionul, vaporul și trenul - mai ales cu dificultatea de a dormi în cușetă). Cele trei fobii spațiale clasice – de spații largi, înguste și înălțime/adâncime – se poate combina între ele.

Între fobiile speciale se menționează apoi cele de fulgere, tunete, trepidații – toate sugerând o nesiguranță în raport cu „terenul ferm de sub picioare”. Precum și fobia de apă, de a se scălda și înota. În toate acestea pot fi uneori incriminate și experiențe neplăcute biografice; eventual, cu prelucrări și semnificări simbolice; dar nesiguranța reperelor spațialității tridimensionale nu poate fi ignorată.

Alte fobii speciale se referă la animale: șerpi, insecte, câini, cai; în legătură cu care au fost incriminate de către psihanaliză, variate simbolizări, uneori sexuale.

Un aspect special îl reprezintă fobia de sânge, de consulturi medicale, de injecții. Acestea au fost corelate cu simbolistica bolii ca amenințarea existențială. Dar, nu poate fi ignorată nici problema specială a zonei aparte a spațialității interne a propriei corporalități, ca zonă prin excelență (și în exclusivitate) intimă. Asupra acestei probleme atrage atenția „fobia de microbi” din patologia obsesiv compulsivă, care constă în sentimentul neplăcut al vulnerabilității limitelor propriului sine-corp față de agresiunea unor entități neperceptibile din exterior (murdărie, microbi, virusi, substanțe de curățenie etc.). Introducerea în corp a unor substanțe prin injecție (sau ca vaccin și medicație) poate fi resimțită tot ca o astfel de agresiune asupra spațiului cel mai intim al subiectului.

### **Anxietatea de separare.**

Anxietatea de Separare (A Sep) e descrisă ca o tulburare developmentală centrată pe manifestări anxioase ce se dezvoltă și se manifestă în condițiile îndepărtării fizice a subiectului de persoane de atașament, a blocării posibilităților de a o contacta. Ontogenetic, ea se corelează cu tipul fuzional al relației de atașament. Manifestările sale clinice se înregistrează însă și dincolo de mica copilărie, exprimându-se prin disconfortul subiectului de a se manifesta departe de persoana protectoare (de atașament) și de spațiul familiar, cunoscut și protector al propriului cămin. Copilul sau tânărul evită cât poate aceste situații de îndepărtare,



acuză tulburări (algii, disfuncții digestive, manifestări psihosomatice) atunci când e separat; el chiar amenință „că îi va fi rău” în aceste condiții.

În cadrul larg al A.Sep se poate înscrie și „fobia de școală” ce se exprimă prin indispoziția tânărului în primele zile din săptămână sau imediat după vacanțe; și la fel, refuzul său de a merge împreună cu colegii, în tabere, excursii, departe de mamă.

Contextul derulării Agf și al ASep include, cel puțin parțial, sentimentul protectiv al casei și familiei, o nevoie crescută de apropiere față de persoanele de atașament și nesiguranța ce se manifestă departe de acestea. În aceeași direcție se manifestă Tulburării de Personalitate dependentă și anxietatea socială.

### **Anxietatea (fobia) socială (A.Soc.)**

Anxietatea socială constă în teama exagerată și disfuncțională a subiectului de a se manifesta în fața unui grup uman puțin cunoscut, care l-ar putea privi, evalua și aprecia negativ, critic. Pe măsură ce subiectul se afirmă într-o astfel de zonă publică, se impune – ca un echivalent a unui A.P – o stare emotivă specială, însoțită de simptome disvegetozice (tahicardie, dispnee, roșeața feței – care va conduce la eretofobie -, transpirații, tremor, greață, nevoia de a urina); emoție care-i inhibă funcționarea socială. De obicei el se blochează psihocomportamental, renunțând la a se manifesta în continuare. Ulterior evită situația respectivă, cu anxietatea anticipatorie argumentată de eretofobie, centrat pe fobia de a nu atrage atenția asupra sa.

Situații fobogene din această clasă sunt : - fobia de a vorbi în public, de a se prezenta la un examen oral (deși poate avea bune performanțe la examenul scris), a participa activ la spectacole (a recita o poezie, a cânta ca solist), a sta într-un prezidiu și a lua cuvântul la o ședință, a discuta cu persoane necunoscute, a mânca în public, a scrie și a face orice acțiune sub privirile altora, a vorbi la telefoane

publice și a utiliza wc-uri publice (cu inhibiția micțiunii). Persoana are reticențe de a participa la evenimente publice cu multă lume: nunți, botezuri, spectacole etc.

Condiția A.Soc este invalidantă și pentru multiple profesii ce pretind contactul față în față cu alții: activități educative, din comerț, din politică, deseori din administrație și din unele domenii artistice etc. Intervin desigur și obiceiurile socio-culturale, tehnologia de comunicare etc.

Psihopatologia dezvoltată descrie și comentează **mutismul selectiv**, considerat ca un echivalent în prima copilărie a anxietății sociale. Aceasta constă în faptul că, copilul nu vorbește în unele medii sociale (e.g. la școală) sau în raport cu unele persoane; deși în alte contexte el vorbește normal.

Subiectul ce ajunge să prezinte A.Soc este de obicei temperamental un timid, sensibil, emotiv, impresionabil, cu asertivitate socială redusă, manifestând de obicei sfială și jenă. Acest profil temperamental-caracterial emotiv social e destul de frecvent întâlnit, alături de depresie, la persoane predispuse spre „afectivitate negativă” (din sistematizarea celor cinci mari factori).

Psihopatologia descrie și o Tulburare de Personalitate cu aceste caracteristici sub eticheta de TP evitantă. Structura funcțională emotiv dispozițională comentată mai sus e, până la un punct, firească și adaptativă, ea fiind însă variat distribuită în populația generală. La un pol opus față de cei timizi și rușinoși, se plasează persoanele cu sociabilitate crescută și asertivitate îndrăzneată și dominante. În prezent polarizarea dintre atitudinea sumisiv-emotiv-evitantă și cea asertiv-dominator-manipulativă este comentată din perspectiva circumplexului interpersonal (problema va fi reluată în Capitolul următor).

Sentimentul neplăcut de jenă și rușine socială pe care pacienții cu A.Soc îl trăiesc ca un echivalent al A.P. , se însoțește uneori și de impresia că alte persoane prezente, privesc cu atenție insistentă și critică subiectul; în mod disprețuitor, pregătiți să-l comenteze critic și să râdă batjocoritor de el. Această emoție socială

negativă poate fi considerată, cel puțin până la un punct, ca echivalentul în psihopatologie a reacției de rușine, ca urmare a unui eveniment penibil petrecut în public. Dar și a realei atitudini de rejecție socială batjocoritoare a celor expuși oficial sancțiunii „oprobiului public”. Menționata trăire penibilă a unei actualități în care subiectul se resimte în centrul atenției negative, dezaprobatoare a altora, poate fi considerată și ca preambulul „sindromului de relație senzitivă” din paranoizie; context psihopatologic care se poate continua prin convingerea delirantă de urmărire și supraveghere din partea unor străini sau dușmani imaginari.

În rezumat: Psihopatologia anxietății generalizate și atacului de panică are la bază actualizarea distorsionată – insuficient motivată și exprimată exagerat – ai parametrilor dispoziției adaptative ai alertei anxioase și ai spaimei, ultima exprimându-se ca atac de panică. Iar manifestările fobice – ce se dezvoltă pe fundal anxios - se distribuie între două centre. Grupajul Agorafobic, care exprimă o anxietate ce crește pe măsura depărtării – mai ales prin deplasare bipedă - de spațiile familiare, protejate,.. până la declanșarea unui AP. Ea se afirmă însă acum, spre deosebire de biologie, într-un mediu al civilizației de tip urban, la un individ cu postură verticală; care, dacă e singur și fără sprijin în zone aglomerat-închise, în spații largi sau la înălțime, trăiește spaima atacului de panică – resimțind subiectiv o cădere în gol și iminența morții. Urmează tematizarea acestui scenariu printr-o anxietate anticipatorie. Cel de al doilea grupaj semnificativ, cel al anxietății sociale, se manifestă după modelul rușinii, în corelație cu examinarea subiectului în agora publică de către străini.

Chenar 18

### Specificitate umană a trăirii rușinii și psihopatologia

Între stările reactive neplăcute pe care un subiect le poate trăi este și cea și de rușine, ce poate fi corelată cu condiția anxietății sociale, cu cea a personalității evitante și cu sentimentul de supraveghere și comentare din sd. senzitiv de relație. Se poate considera că, la fel ca în cazul depresiei, rușinea se instalează în urma unei pierderi. Dar, dacă pentru retragerea inhibată a depresie e specifică pierderea unor bunuri sau a unei persoane de atașament, fapt ce conduce la doliu - pentru rușine specifică e pierderea onoarei, a demnității și stimei de sine, a respectului altora, conducând la un sentiment de umilință.

Respectul reciproc presupune conformarea și integrarea în normele de conviețuire dintr-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 râs. Deci, că “a ajuns de râsul lumii”. Rușinea e trăită referențial, cu preocuparea constantă a subiectului privitoare la opinia și comentariul altora asupra sa. Așa poate fi trăit și eșecul la unele probe publice.

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 maniacal). Celălalt sens al râsului exprimă o atitudine de inferiorizare, exercitată de către persoane ce se autoplasează într-o poziție de superioritate – uneori colectivă -, prin care un individ e 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 râsul altora, al tuturor”. Acest râs se poate extinde și în zona zâmbetului, care acum se exprimă cu un “aer de superioritate condenscendentă”: zâmbet batjocoritor, cu subînțelesuri, cu aluzii.

Rușinea se articulează cu sentimentul relațional că alte persoane privesc cu insistență și curiozitate subiectul, iar fața lor exprimă un zâmbet disprețuitor. Urmează râsul ce-i reunește pe spectatorii batjocoritori, care-și iau ca obiectiv comentarea nefavorabilă a subiectului ce „s-a făcut de râs”. Sancțiunea socială a oprobriului public a fost constant și variat folosită în diverse socio culturi: - purtarea regelui învins într-un car prin fața populației învingătoare la parada triumfului; - expunerea în public, cu îmbrăcăminte specială cu scopul batjocoririi; sau, dezbrăcat și însoțită de pedepse grave ca: răstignirea, tragerea în țeapă, tragerea pe roată, biciuirea. 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 râs).

Această condiție se desfășoară și în planul narativității culturale sub forma satirizării și a spectacolelor de comedie ( de satiră și umor). În condițiile concrete în care o persoană, prin aspectul și comportamentul său “se dă în spectacol” și “se face de râs”, publicul comentează persoana în cauză în registrul depreciator al batjocurii inferiorizante.

## **2.5. Anxietatea fobică psihopatologică, între trăirea reactivă și tulburare de personalitate**

Tb.anxios fobice cuprinse în prezent în clasele corespunzătoare din DSM-5 și ICD-11 ce au fost comentate mai sus, sunt trăiri și manifestări prelungite, cu durate de luni și ani de zile; care erau tradițional încadrate în categoria „nevrozelor”- până la părăsirea acestui termen prin DSM-III(1980). Nevrozele se polarizau în clinica psihiatrică tradițională cu psihozele, considerate ca având o simptomatologie accentuată, de „intensitate clinică”; și un deficit al „testării realității” care impunea instituționalizarea. Pe lângă nevroze și psihoze, psihopatologia clinică a sec.XX a acceptat – ce-i drept, doar marginal – și cadrul reacțiilor psihice anormale a lui Jaspers; care se instalează nemijlocit și comprehensiv în urma trăirii unei importante psihotraume, tinzând spre remisiune după trecerea acesteia. Precum și cel al tulburărilor de personalitate –în sensul lui Schneider -, a unor caracteropatii rezultate din personogeneză, cu un comportament particular și disfuncțional, ce induce o suferință subiectivă și socială. Nosologia actuală menține această opțiune.

Ultimele decenii au impus în psihopatologia clinică câteva doctrine, precum cea vulnerabilitate/stres, cea a „spectrelor maladive” și perspectiva developmentală a ciclurilor vieții, toate susținând un continuum între normalitate și starea psihopatologică; doctrine ce sunt congruente și cu cea evoluționistă (culturală), ce comentează stările psihopatologice ca derivând din trăiri și comportamente normale selecționate adaptativ – cu rădăcini în psihobiologie - ce ajung, din varii motive, într-o condiție deficitar disfuncțională. Patologia dispozițională anxios fobică în ansamblul ei, se integrează în aceste perspective doctrinare integrative.

- **Reacții anxios fobice anormale.** În DSM-5 se comentează, într-un capitol special al Tulburărilor condiționate de traumă și stres, Tb. Reacției de Stres Posttraumatic (TSPT). Aceasta este circumscrisă ca instalându-se ca o consecință directă și nemijlocită a unor trăiri psihotraumatizante intense, centrate de un pericol major, constând din amenințarea cu moartea și injurii serioase sau violențe sexuale. Se are în vedere 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 li s-a întâmplat acestora. Simptomatologia poate dura, în cazuri mai favorabile (acute) până la o lună; dar în cazuri nefavorabile, mai multe luni, uneori ani de zile.

**Simptomatologia RSPT e centrată pe retrăirea conținutului amenințător anxios fobic al evenimentului experimentat, care poate să se reimpună intruziv-obsesiv în trăirile actuale, ca reprezentări în stare vigală sau ca vise nocturne; în plus, subiectul trăiește stări neplăcute legate de tot ceea ce-i reamintește evenimentul și evită stimulii asociați cu aceasta.**

**Poate persista (mai ales în corelație cu ceea ce amintește de eveniment) o stare de tensiune hipervigilă, cu răspunsuri speriate, instabilitate și izbucniri de furie, comportamente autodistructive, tb. de somn. Reamintirea evenimentului e pe cât posibil evitată, existând deseori amnezie corelativă; dispoziția poate fi mult timp negativă (frică, oroare, furie, vinovăție, rușine), cu inabilitate de a trăi emoții pozitive (satisfacții, bucurii, dragoste), cu autodeprecieri și sentimente de vinovăție; sunt prezente comportamente iritabile cu frecvente izbucniri de furie.**

**Uneori se notează sentiment de detașare și înstrăinare față de alții, simptome de depersonalizare și derealizare.**

Situația reactogenă din cazul RSPT perturbă pentru un timp structura raportării subiectului la temporo-spațialitatea sa trăită cotidian; și în primul rând la situațiile actuale, care în mod firesc sunt mereu altele, corelându-se cu trecutul dar integrând și prezentul situațional în perspectivele viitorului. Persoana cu RSPT nu se mai poate articula firesc, adaptativ și creativ cu evenimentele actuale care-l

întâmpină, deoarece: - este parazitată de reamintirile intruziv-obsesive ale psihotraumei, fiind tensionat în manieră anxios-fobică de toate percepțiile care-i reamintesc evenimentul trăit; - etc. dispoziția sa afectivă de fond e distorsionată (manifestându-se anxios-depresiv-iritabil, incapabilă de emoții pozitive); - prezintă perioade de amnezie, dificultăți de concentrare, depersonalizare etc. Largul diapazon de simptome din RSPT indică strânsa corelație dintre modelul anxios de reactivitate dispozițională și alte modalități de manifestare anormală a dispozițiilor afective adaptative, așa cum e cel depresiv, cel iritabil-exploziv și cel de detașare (depersonalizant/derealizantă).

Reacțiile anxios fobice excesive, anormale și perturbatoare ale psihismului, se pot instala și în alte condiții anxiogene decât cele standardizate în modelul RSPT din DSM-5. Pe lângă situația unor acte teroriste, poate fi vorba și de catastrofe naturale sau condiții de război, în care ambianța familiară poate fi distrusă; rezultând și pierderi personale, răniri, afectarea celor apropiați, haos comunitar - de care subiectul se poate contamina; dar el se poate uneori și solidariza cu alții, pentru a rezista mai mult față de condițiile nefavorabile. Apoi, subiectul poate fi și rănit corporal, suportând dureri sau torturi fizice și morale. Reacțiile din această clasă mai pot fi induse prin stări de șantaj, de implicare în vinovăție prin transferul responsabilităților asupra subiectului, prin subminarea poziției sale sociale, a credințelor sale etc.

Trăirea unui eveniment reactogen din aria anxios fobică poate fi pentru moment depășit; dar pericolul poate persista latent în universul existențial al subiectului, chiar și când nu e activ în mod acut și direct. Fricile unui om se pot referi la evenimente și surse de pericole trecute, la care se poate raporta doar prin reamintire. Dar ele pot avea în vedere și persistența în existența sa a unor poli de amenințare continui, cunoscuți dar momentan neactivi, care s-ar putea reactualiza cândva, cu o probabilitate mai mică sau mai mare. Existența subiectului într-un

astfel de „peisaj” mundan - ce include surse de frici trecute, active și potențiale - îi poate marca mai mult sau mai puțin existența de zi cu zi, prin îngrijorări și preocupări anxios fobice excesive.

Situația reactogenă ce derivă din pericole sau amenințări trăite actual, poate fi extinsă asupra îngrijorărilor corelate unor posibile pierderi (ale averii, bunurilor în general, familiei, poziției sociale, onoarei, perspectivelor, a factorilor de suport social etc). Sau, a situațiilor de amenințare din diverse direcții; a celor derivate din conflicte interpersonale sau dintre subiect și instituții. Situații în care el poate fi obiectul unor persecuții sau prejudicii. În astfel de împrejurări pot apare, în funcție de structura sa tipologico caracterială, nu doar manifestări anxios fobice, senzitiv relaționale și paranoide de persecuție și supraveghere; ci și reacții combative, de luptă pentru obținerea dreptății, pentru repararea prejudiciilor; model care ne trimite spre dezvoltările prevalențiale de revendicare. În sfârșit, nu e exclusă derivarea anxietății fobice dintr-un conflict intrapsihic, urmat de „prelucrări ale aparatului psihic” – cum sugerează psihanaliza; sau de corelare cu eforturi de autocontrol, ce susțin un profil internalizat mai complex, cu elemente obsesional depresive.

O reacție accentuată, similară celei la stimuli anxiogeni intenși – de spaimă -, se poate produce în urma unor evenimente neprevăzute, care surprind subiectul. De fapt, instalarea prea bruscă a unei situații și a unor informații noi, induce automat și adaptativ o reacție de „surpriză”; ce implică o readaptare și reorganizare rapidă a orientării psihice de ansamblu a subiectului. Trăirea reactivă a spaimii se poate corela cu reacția de surpriză. Deși, în mod obișnuit manifestările anxios fobice reactive se dezvoltă pe fundalul procesualităților psihice mai de durată, corelate unor investigații, preocupări, proiecte active și/sau a unor așteptări orientate. Totuși, explorarea, creativitatea și confruntarea, sunt desfășurări comportamentale ce includ aproape prin definiție și o componentă anxios fobică.



În consecință condiția „reactivă” a trăirilor anxios fobice se înscrie de fapt într-o amplă procesualitate a raportărilor prospectiv active ale subiectului la lume. La fel cum și trăirile depresive, corelate de obicei pierderilor, se integrează și ele în parcursuri existențiale uneori ample.

Revenind la condiția unei reacții anxios fobice propriu zise și a intensității acesteia, ea nu depinde, desigur, doar de gravitatea semnificației stresorilor actuali, așa cum sunt aceștia descifrați și înțeleși de către subiect. Intră în joc – după cum s-a comentat în repetate rânduri - și cumulum recent și biografic de evenimente stresante similare, prezența sau absența suportului pe care subiectul știe sau speră că îl va avea din partea altora, angajarea sa concomitentă în diverse proiecte existențiale aspirative, precum și mulți alți parametri ai parcursului său existențial. Nu pot fi ignorate nici idealurile și credințele sale, inclusiv cele religioase. Și nu în ultimul rând firea sa, particularitățile sale dispozițional caracteriale. Există persoane care sunt constituțional-genetic aproape imune la stimuli anxiogeni, care trec cu brio examenele pentru trupele speciale de comando; și altele, hiperemotive, sperioase, panicarde.

**Tb de personalitate din aria anxietății fobice.** Încă din antichitate s-au comentat personalități ce au constant un comportament particular, interpretate ca temperamente deosebite. Din vremea sistematicii lui Galen și până în sec XX persoanele anxioase au fost subsumate temperamentului melancolic, a cărui caracteristică de bază era o autodeprecieri neîncrezătoare tristă și retrasă, neasertivă, meditativă dar astenică și abulică, sperioasă. La începutul sec. XX s-a comentat o tipologie psihopatologică a persoanelor cu „constituții particulare” care înregistra, alături de o variantă paranoiacă și una astenică și o constituția emotivă; acest model nu a avut însă ulterior o importantă dezvoltare. Schneider, în prima tipologie ce o elaborează pentru „personalitățile psihopate” din [prima jumătate a

sec. XX, descrie cazul persoanelor „nesigure de sine” – *selbstunsichere* –, care aveau multe caracteristici ale obsesivului nehotărât (psihasten). O cazuistică ce a rămas mult timp în suspensie a fost cea pe care Kretschmer a comentat-o ca temperament senzitiv: persoane sensibile, emotive, impresionabile, retentive, timide, suspicioase, anergice. În cazul lor, suspiciunea relațională s-ar manifesta predominant pasiv; la un pol opus celei predominant asertiv-agresive-luptătoare, comentată pe atunci prin constituția paranoiacă descrisă de Genil-Perrin.( Chenar ). O tipologie relativ similară - derivată din emotivul timid și senzitiv, care frecvent se inhibă și se simte jenat - e reluată în DSM-III-5 prin profilul TP evitante, inclusă în clusterul C, alături de TP dependentă și TP obsesiv compulsivă.

**T.P.evitantă e caracterizată în DSM-5 printr-o inhibiție socială generalizată, sentimente de neadecvare și hipersensibilitate la evaluări negative, manifestată prin:** - evită acțiunile profesionale care presupun contacte interpersonale semnificative datorită fricii de 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 (pt un diagnostic pozitiv se cere prezența a cel puțin 4 itemi).

Trăsăturile de caracterizare a TP evitante sunt, în mod evident, similare cu trăirile din tb. de anxietate socială. Cercetările clinice au confirmat această apropiere, ce susține ideea de continuum între cele două tulburări. Anxietatea fobică ce se exprimă în acest caz se corelează explicit cu trăirea rușinii. Emoție a rușinii ce s-a structurat în psihismul omenesc, desigur, odată cu diferențierea ce s-a petrecut în viața comunităților sedentare de tip urban.. între existența din zona

Chenar 19

### **Constituția paranoiacă a lui Genil Perrin și temperamentul senzitiv a lui Kretschmer**

Constituția caracterială paranoiacă descrisă în Franța la începutul sec.XX de către Genil Perrin se caracteriza 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 Ernst Kretschmer descrie temperamentul senzitiv. E vorba de persoane astenice, care se epuizează și se inhibă repede; nu reușesc să se exprime și să-și descarce afectele negative, oe care le cumulează; ajung în permanență 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 neîncredători în sine și în alții; prezintă continue ruinații și sunt mereu suspicioși.

Paranoicul lui Genil-Perrin și senzitivul emotiv a lui Kretschmer gravitează în jurul profilului actualei TP paranoidă din DSM-5; dar, în perspectiva circumplexului Bakan, primul se plasează la polul superior al axei și dominării; pe când cel de al doilea, la polul inferior, în poziție sumisivă.

intim familială și cea public oficială din agora; și care se plasează în aria de trăiri a omului pasiv, învins, aflat în poziție sumisivă (polul inferior al circumplexului interpersonal).

Persoana evitantă resimte continuu nevoia unei zone sociale de protecție, care se organizează în jurul celor cunoscuți și apropiați sufletește, a ”spațiului familial de locuire și siguranță”; fapt care se întâlnește nu doar în Tb. de anxietate socială, ci și în cea de separare; și chiar în Agorafobie. O sensibilitate crescută față de pericolele ce vin din partea altor persoane și entități, se întâlnește și la TP paranoiacă, permanent suspicioasă; dar comentarea acesteia în sistematica actuală are în vedere predominant o variantă activ asertivă, ce nu se înscrie în câmpul psihologic internalizat, a celor sumisivi, în care anxietatea fobică a fost comentată. În această direcție se plasează însă TP dependentă.

**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, subiectul nu duce la capăt proiectele; el face orice ca să nu fie părăsit de persoana autoritară pe lângă care trăiește; iar dacă aceasta dispare, caută grabnic alta.**

Un profil personologic precum cel de mai sus indică, evident, o atmosferă anxioasă care înconjoară existența unei persoane abulice, din cauza unei majore neîncrederi în sine, a lipsei capacității de a decide și acționa singur, „în numele său”. Deci, subiectului îi este slab dezvoltat nucleul „agenției” proprii, care să-i permită să-și ia soarta în propriile mâini, prin decizii și acțiuni personale. În această arie s-ar plasa și varianta „psihastenă” a TP obsesiv compulsivă – „nesigurul de sine” a lui Schneider. Anxietatea flanchează de obicei dimensiunea agenției, a responsabilității acțiunii în general; și în mod special a celei performante și a creației.

Cazul persoanei dependente împreună cu cel al TP evitante ne trimite la circumplexul atitudinilor interpersonale, a cărui axă verticală se polarizează între dominația autoritară și dependența sumisivă.(Chenar ). La polul superior al circumplexului, cel al agenției autoritare și dominatoare, întâlnim TP antisocială din DSM-5 și clusterul „psihopatiei” (care vor fi comentate în Capitolul următor). 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. Dependența maschează frecvent o nesiguranță de sine anxioasă, ce iese la iveală de îndată ce persoana dominantă și garantă a securității sale nu mai e în apropiere; deși, în aria persoanelor dependente se pot întâlni și abulici apatici.

În clusterul C din DSM-III-5 mai e inclusă TP obsesiv compulsivă (TPOC), a cărui comentare presupune o abordare specială, dată fiind propensiunea continuă a

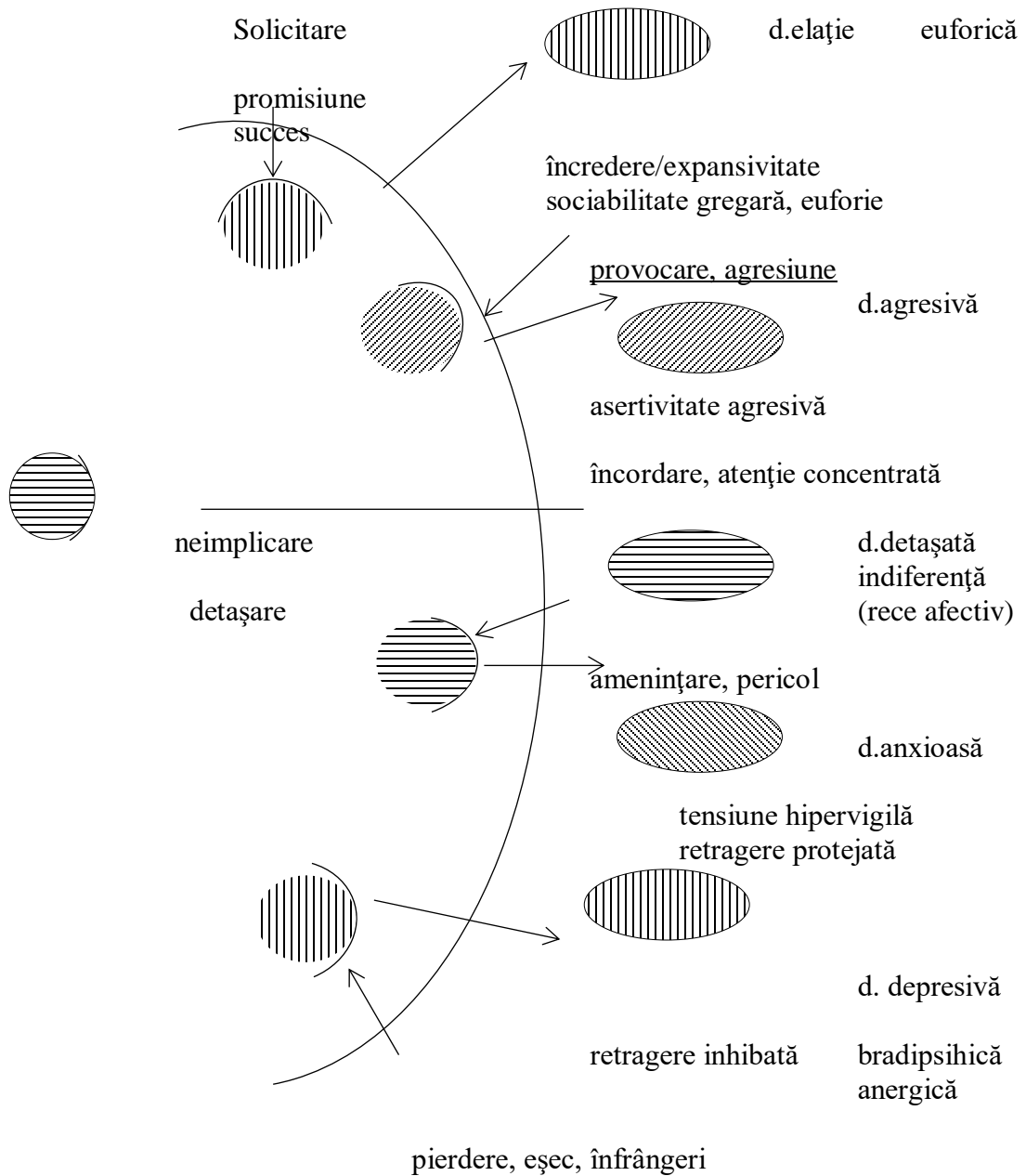
subiectului spre acțiuni și proiecte realizatoare, conjugată cu un permanent control generalizat și menținerea celorlalți la o distanță psihică oficială.

**Tulburările anxios fobice** comentate în prezent în manuale - care erau tradițional descrise ca „nevroză anxioasă” - se plasează între reacțiile anxioase circumstanțiale – e.g. RSPT – și Tulburările de Personalitate ce implică anxietatea fobică. Ele pot fi corelate, desigur, cu trăirile anxios fobice reactive firești, specifice omului; atrăgând în același timp atenția asupra particularităților structurării psihismului uman.

Nucleul psihopatologic al tulburărilor anxios fobice constă - așa cum deja s-a sugerat – din manifestarea disfuncțională a unei stări dispoziționale ce se activează în mod normal la semnificațiile de pericol, constând pentru anxietate din: - O tensiune psihocorporală hipervigil investigatorie crispată în raport cu iminența unui pericol, cu incapacitatea unei adecvate proiecții în viitor și cu îngustarea receptării trecutului, cu centrare pe selectarea mnemonică a trăirilor periculoase. În perspectivă fobică subiectul își reprezintă, conștient sau preconștient, zone mundane pe care le consideră ca periculoase, pe care le evită și în raport cu care pretinde asigurări. Prin profilul și configurația sa, dispoziția anormală anxios-fobică se diferențiază de alte stări dispoziționale anormale precum: - cele de atitudine beligerant agresivă, - de retragere inhibată depresivă, - de dezinhibiție și elafie realizatoare sau euforic sărbătorească (de tip maniacal) , ori - de cele de tipul detașării observaționale ( din depersonalizare/derealizare). Toate acestea pot fi comentate și analizate ca derivând din actualizarea rigid disfuncțională a unor stări dispoziționale care sunt în principiu firești și adaptative.

Chenar 20

### Dispoziții afectiv comportamentale ce se pot actualiza reactiv



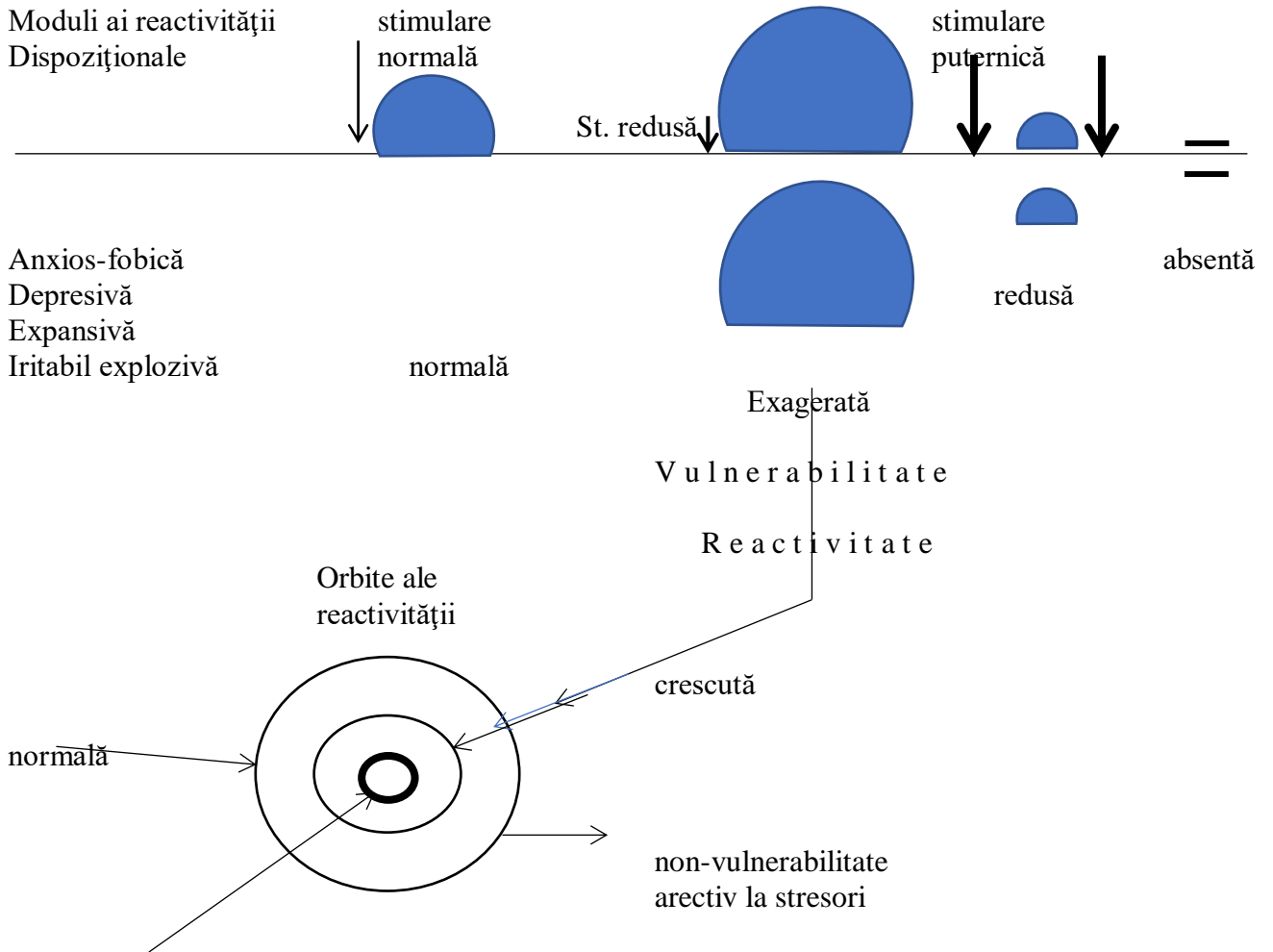
Dacă un subiect descifrează în ambianța sa actuală o situație corelată direct sau indirect cu un pericol ce-i este cunoscut, el reacționează activând menționata stare de alertă biopsihică; urmată, în funcție de împrejurări, fie de o confruntare directă fie de o retragere cu ascundere și solicitare de ajutor. Cu cât amenințarea actuală e mai intensă, cu atât reacția de moment și impresia ce o lasă în amintirea sa întâmplarea respectivă e mai puternică. Evenimentele pe care subiectul le trăiește în prezent pot însă determina o reacție și o conduită anxios fobică accentuată și dacă alte evenimente similare s-au repetat într-un interval relativ scurt; iar terenul personalistic este temperamental predispus spre anxietate și frică.

O astfel de predispoziție sau vulnerabilitatea temperamentală caracterială poate fi condiționată și genetic, printr-o anumită configurație a neurotransmițătorilor cerebrali. Dar ea se poate edifica și pe parcursul ontogenezei, prin influențe persistente în cursul maternajului și educației, prin cumularea biografico identitară a unor lungi perioade de influențe nefavorabile continui, prin depozitarea în memorie a câtorva evenimente intens anxiogene, prin persistența unor conflicte intrapsihice trenante. Pe un fundal astfel pregătit, provocări amenințătoare recente și actuale conjugate cu lipsa factorilor protectori pot condiționa instituirea unor trăiri anxios fobice anormale, din aria celor comentate. Ca urmare, dispoziția adaptativă de tip internalizat anxios fobic pe care subiectul o are în configurația sa temperamentală, ajunge să se manifeste într-o modalitate intensă, rigidă, excesivă, distorsionată formal în sens psihopatologic, ca tulburare diagnosticabilă clinic.

Dar, structura funcțională a dispoziției anxietății fobice pre-există la orice om, cu valențe adaptative, în însăși organizarea psihismului său identitar normal, stând mereu „la dispoziția sa”. E un model valabil și pentru dispoziția depresivă, pentru cea combativ-agresivă, de investigare și efort realizator etc., cu a căror actualizarea se poate uneori conjuga. E posibil și ca, perturbarea psihopatologică să deformeze

chenar 21

### Dinamica stărilor dispoziționale afectiv comportamentale



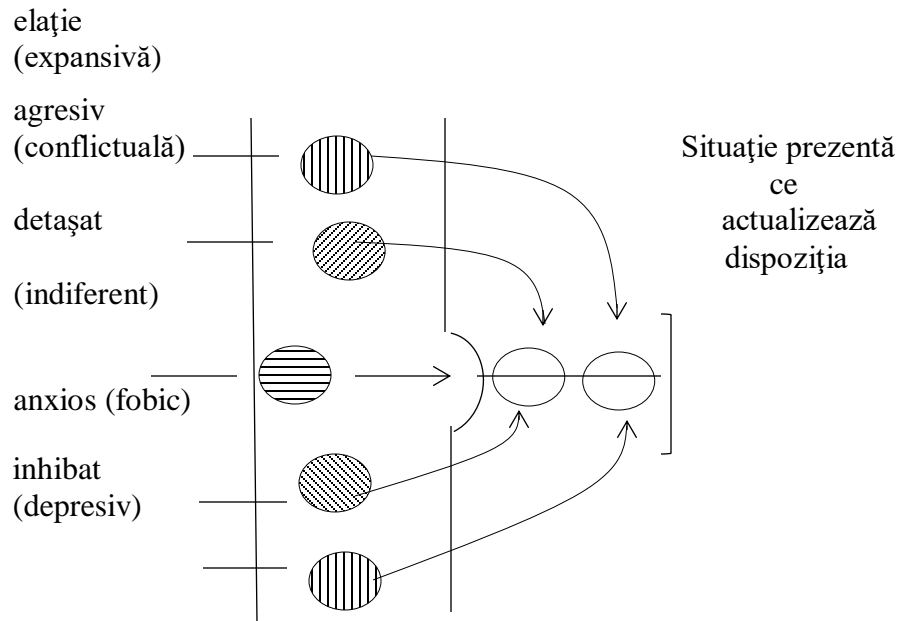
Reactivitatea dispozițională poate “cădea” – se poate agrega – pe o orbită hipersensibilă care se autoîntreține (nu mai are nevoie de cumulare a noi stresori) și determină o hipersensibilitate sau o manifestare continuă anormală a stării dispoziționale (anxioasă, depresivă, expansivă, iritabil explozivă, suspicioasă)



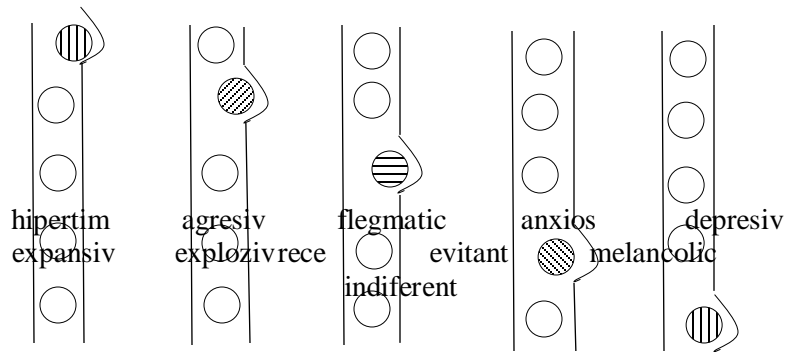
formal manifestarea unor astfel de stări dispoziționale în urma cumulării unor factori ca cei de mai sus, funcționarea stării dispoziționale anxios fobice să devină pentru o perioadă de timp hipersensibilă, rigid delimitată și autoîntreținută; putându-se realiza un fel de „mutație”, cu plasarea sa pe o orbită particulară, într-o stare de persistentă și dominatoare excitație, în însăși interiorul structurii identitar caracteriale a persoanei (comparația s-ar putea face prin analogie cu salturile pe „orbite de tip cuantic” din fizica subatomică); ea menținându-se apoi o perioadă de timp într-o astfel de poziționare excentrică, favorizând manifestări hipermetrice insuficient de justificate; chiar dacă factorii ce le condiționează în mod obișnuit nu mai sunt prezenți.

Constelația temperamental caracterială a unui evantai de dispoziții, ce se organizează și funcționează în fundalul duratei identității biografico caracteriale, este un aspect specific al psihismului uman; pe care grupajele tulburărilor psihice nepsihotice ni-l semnalează. Problema este însă mult mai complexă, între altele și prin faptul că, pentru psihismul persoanei un rol definitoriu îl joacă relaționarea interpersonal socială; atât cea exterioară, pe diagrama intim public; cât și cea interiorizată, din jurul relaționărilor cu imaginile persoanelor introjectate din plan intrapsihic. Acest aspect, deși se impune deja la nivelul patologiei anxios fobice prin nevoia de suport și sprijin, devine și mai evident în alte arii ale psihopatologiei, așa cum ar fi comportamentul dispozițional agresiv combativ, impulsiv exploziv, opozant și conflictual. Fapt ce ne trimite spre alte grupaje al nosologiei psihiatrice.

Chenar

**Dispoziții afective ce se pot actualiza**

**Dispozițiile afective sunt diferit răspândite în populație, configurând tipuri temperamentale**



Dincolo de aspectul clinic, stările psihopatologice ne provoacă - așa cum deja s-a comentat - și spre o meditație fenomenologic analitică asupra structurilor constitutive ale psihismului persoanei umane. Între acestea se impune și o problemă aparent simplă: cea a prezentului trăit situațional și a perturbării acestuia în psihopatologie

O persoană emotivă, timidă, poate trăi în cursul vieții evenimente neplăcute; de ex. se face de rușine față de alți oameni care ajung să râdă batjocoritor de el; astfel încât în momentul respectiv el e năpădit situațional de emoția rușinii. Ulterior întâmplarea îi poate reapare în minte intruziv-obsesiv, perturbându-i fireasca raportare la evenimentele curente. Iar când are în vedere o nouă manifestare în public, intră în tensiune anticipativă ca nu cumva să re trăiască din nou un eșec. Scenariul de mai sus, caracteristic pentru anxietatea socială, evidențiază diferența dintre: - prezentul trăit nemijlocit; - prezentul inclus în rememorarea trecutului; și - prezentul prefigurată de anticiparea viitorului; ultimele două putând 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; și având în spate evantaiul de proiecte, preocupări și relaționări stabile ale persoanei.

Problematica trăirii particulare a actualității situaționale o regăsim frecvent în psihopatologie. Într-o depresie majoră subiectul nu mai e interesat de viitor, fiind lipsit de speranțe; dar nici de prezent, de ceea ce se întâmplă în jur; el fiind repliat pe un trecut vinovat, cu gândul la moarte. Obsesivul ce e chinuit de o pulsione agresivă inacceptabilă împotriva căreia se luptă autocontrolându-se mereu, nu mai e nici el suficient de atent la ceea ce se petrece în preajmă, situațional. Cel care trăiește o stare de intensă anxietate generalizată sau un atac de panică cu sentimentul morții iminente, are dificultăți în a se concentra asupra evenimentelor curente. Maniacalul e fascinat de un viitor a toate posibil, sprijinindu-se doar fragmentar pe un prezent hedonic, punctiform, alunecând astfel deasupra situațiilor actuale ce i se oferă.

Remarcile de mai sus sugerează suficient de clar, credem, importanța faptului de a avea în față o imagine standard a „prezentului trăit situațional” în mijlocul vieții cotidiene comunitare, în calitatea sa de element constitutiv și de referențial al 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.

Orice om își consumă viața parcurgând o succesiune de situații și trăiri prezente, în cursul cărora el e angajat de obicei 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 în cadrul căruia se

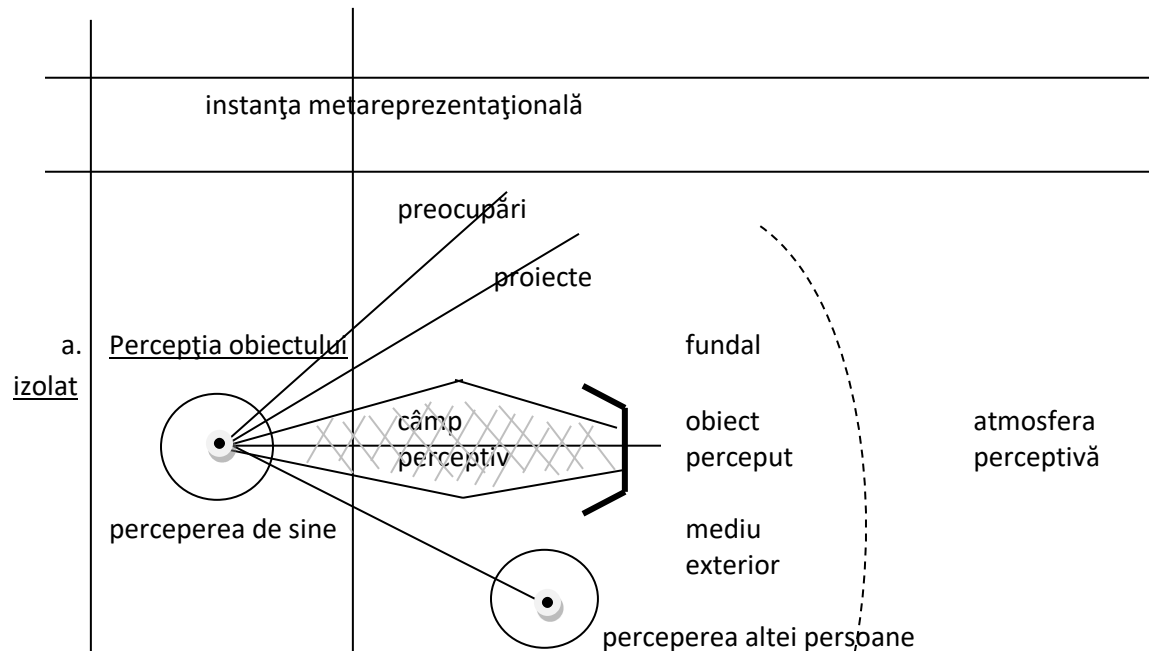
derulează discuția cu un prieten sau o acțiune profesională,.. inclus desigur în prezentul zilei de azi, dintr-o anumită lună și an calendaristic, într-o țară și localitate dată. Prezent învăluit și stratificat prin desfășurarea unor multiple linii de evenimente intersectate la care subiectul participă mai mult sau mai puțin, direct sau indirect, în plan interpersonal, istoric, cosmic. Prezent ce poate fi inclus într-unul „oficial”, ce se definește pe scena agorei publice, la intersecția cu derularea practicilor instituționalizate ale socio-culturii respective. Scenă pe care se circumscrie temporalitatea istorică a unei comunității, după norme și definiții specifice acesteia.

Prezentul situațional trăit de un subiect se corelează, în principiu, cu desfășurarea unei acțiuni actuale în care el e implicat, așa cum ar fi: - a se confrunța 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 reprezentare teatrală sau la un concert etc. Situații actuale sunt și cele în care se manifestă intens dispoziții afectiv comportamentale precum: furia dezlănțuită, anxietatea fobică a retragerii și ascunderii, euforia unei petreceri sărbătorești etc.

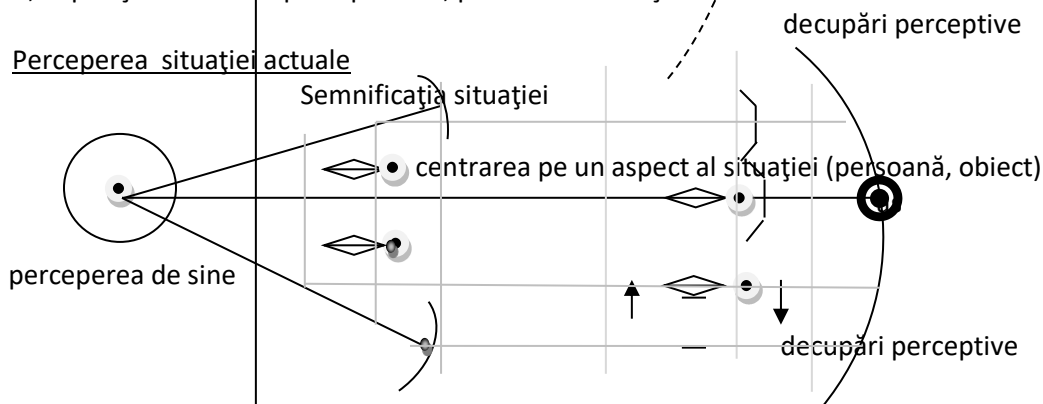
Astfel de „trăiri prezente situaționale” pot coagula mai strâns sau mai lax subiectul în jurul sinelui. Când resimte o emoție puternică sau e angajat într-o confruntare pe viață și pe moarte cu un dușman, sinele subiectului e practic absorbit de actualitatea situației respective; iar alte planuri ale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

Stările psihopatologice perturbă atenția și raportarea firească la prezentul situațional efectiv și nemijlocit al subiectului (Chenar 20-b). Raportare care e atât receptiv perceptivă cât și activ comportamentală, ea desfășurându-se fenomenologic între doi poli terminali: a) sinele intențional și reflexiv, autogenerativ și sintetizator, înrădăcinat în propria-i corporalitate, în identitatea sa biografico-caracterială și socială, ce-și desfășoară existența între naștere și moarte; b) datele nemijlocite ale situației, ca parte a raportării prezente a subiectului la lume în cadrul unor evenimente actuale.

Chenar 22

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

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

**b. Perceperea situației actuale**

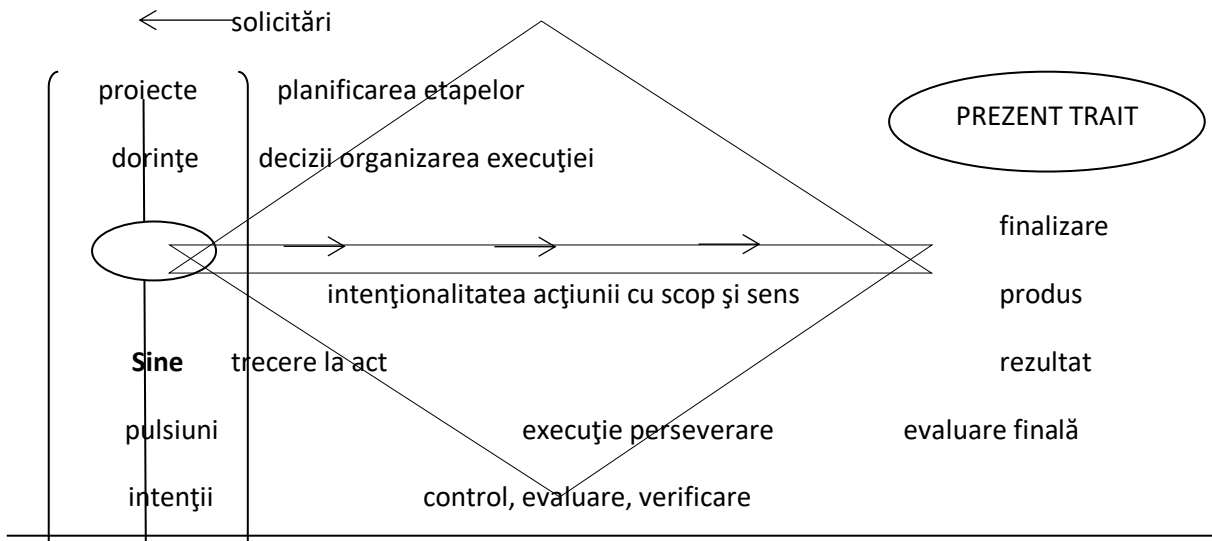
Perceperea unei situații la care subiectul participă împreună cu alte persoane în cadrul unui eveniment, presupune mai multe obiecte și persoane aflate în diverse relații reciproce și cu subiectul. Esențialul percepției constă în acest caz în semnificația situației pentru subiect, centrată pe un aspect al acesteia. În raport cu o situație ce se derulează, subiectul poate realiza (opțional) mai multe decupări formale și de semnificație, abordând fenomenul din variate perspective și decupându-l dintr-o desfășurare temporală mai amplă; care implică și autopercepția participării sale la eveniment. Subiectul este unul din centrele câmpului percepției actuale, celălalt fiind semnificația evenimentului pentru el. Perceperea unei situații presupune o coerență centrală a unei ordini ierarhice, ce se manifestă 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, în fundalul situației percepută central.

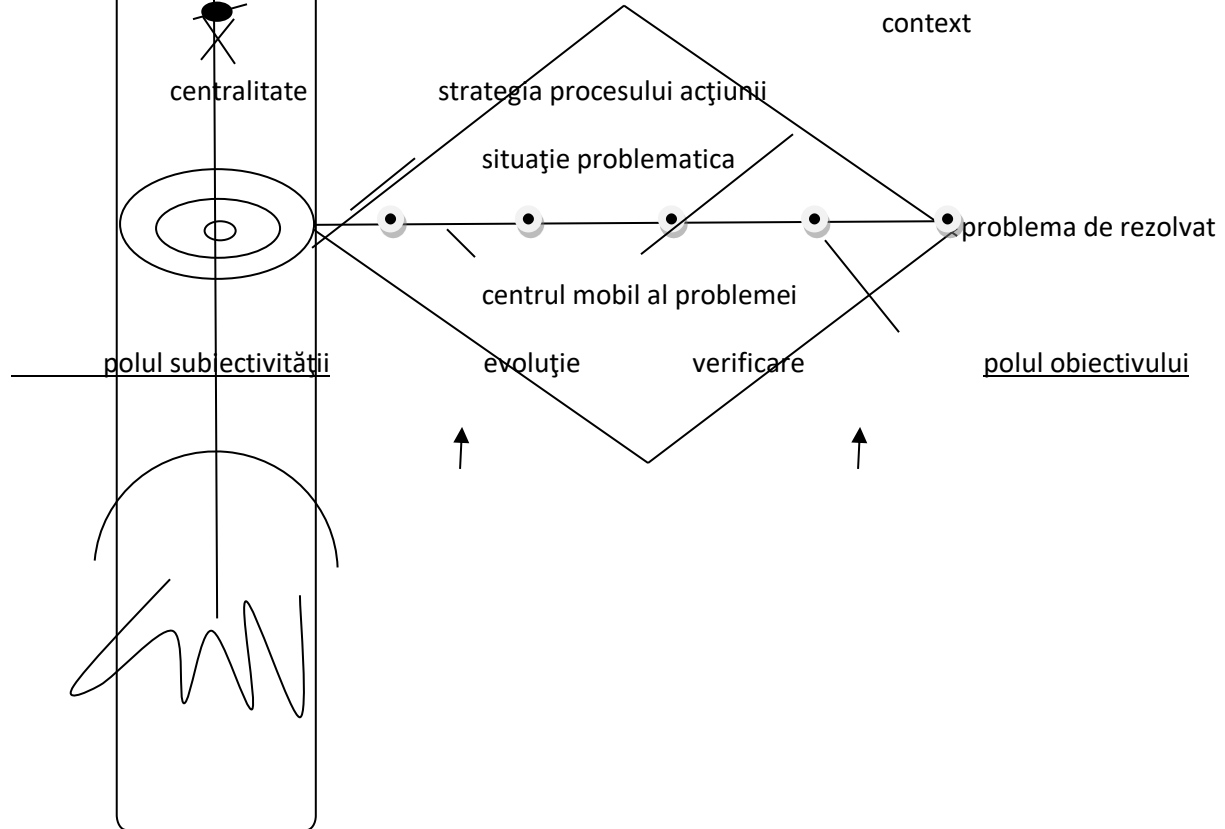
Chenar 23

**“Câmpul acțiunii” și al rezolvării problemelor organizat de intenționalitatea reflexivă a sinelui, centrare, coerență, apersepție, sintză.**

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



**b) Câmpul rezolvării unei probleme actuale (practice sau teoretice).**



În orice moment al existenței sale o persoană dată se află, deci, implicată într-un fel oarecare, într-o situație problematică actuală. Ea percepe, mai mult sau mai puțin pregnant și centrat informațiile ce provin din această situație prezentă (Chenar 18), la care se raportează intențional reflexiv, de obicei activ comportamental (Chenar 19.a.). Trăire situațională care se impune, prin diferențierea ei în raport cu trecutul său rememorabil și cu viitorul său proiectat sau dorit. Iar prezentul său situațional, actualitatea trăirii sale, ar putea fi considerată că durează – cel puțin formal - până când el rezolvă problema situațională în care este angajat.

S-ar putea astfel formula, simplist vorbind, că prezentul trăit situațional al unui subiect are o durată și o structură, ce rezultă din însăși acțiunea cu scop în care acesta este și se simte angajat (Chenar 31); și pe care el știe sau presimte că o va integra, după ce o încheie, în trecutul său biografico identitar, rememorabil și povestibil; potențialitate a relatării viitoare ce conturează și definește de la început trăirea specific umană a prezentului. O astfel de abordare, implică însă: - Pe de o parte, o tensiune între nemijlocitul obținerii de informații actuale și „actualitatea nemijlocită” a derulării comportamentului său, ce vizează un obiectiv viitor. Iar pe de altă parte,: - atât procesul perceptiv cât și cel al acțiunii, presupun o susținere a derulării lor printr-o prefigurare formală, „aperceptivă”.

Dacă ne referim ceva mai detaliat la percepere, aceasta vizează în primă instanță o situație problematică; și abia în subsidiar un obiect individual.(Chenar 19). Iar situația actualmente trăită perceptiv e decupată și reliefată de către subiect dintr-un context evenimentțial; atât prin parametrii săi de aspect și conținut formal și prin semnificația sa resimțită; dar și printr-o configurare spațio temporală proprie, susținută de o apercepție întregului său. Psihologia configuraționistă a abordat și studiat experimental 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 aperceptive a configurației întregului, a fost abordat de la început de către inițiatorii conceptului de percepție, Leibnitz și Wolff, sub denumirea de apercepție; și analizat aprofundat de către Kant; iar mai recent de Husserl. Aspectul aperceptiv al percepției curente a fost luat în considerare și de către semiologia psihopatologică, cu exemple precum: incapacitatea unui pacient de a înțelege o frază citită, deși înțelege toate cuvintele ce o compun. Iar tradiția apercepției se cere a nu fi ignorată acum, când percepția situațională e privită din perspectiva derulării de către subiect a unei acțiuni. Căci, un comportament actual cu scop, susținut de funcții executive, se derulează și el în interiorul unui „câmp al acțiunii”; care e de asemenea intuit aperceptiv, ca un întreg (Chenar 38, Chenar 34). S-ar putea considera că, sinteza de către subiect a

tuturor acestor aperccepții la un loc, este cea care configurează limitele actuale, delimitative, ale trăirii prezentului personal.

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; căci perceperea și descifrarea semnificațiilor sunt de fapt ele însele procese active, concomitente și întrețesute, inclusiv în spațiu temporalitatea lor; orice acțiune neputându-se desfășura fără a integra în permanență informația perceptivă curentă, inclusiv pe cea de tip feedback, privitoare la însăși cursul său de desfășurare. În plus, atât perceperea cât și acțiunea implică întregul apercceptiv menționat (al situației), 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 înlănțuie într-o anumită ordine, spre un final. Final prin care se delimitează semnificația sa de acțiune cu scop. Trăirea prezentului situațional implică deci, în permanență, unitatea și coerența centrală a unui întreg (situațional), pe care structura funcțională a aperccepției îl intuiește, sesizează și îl susține.

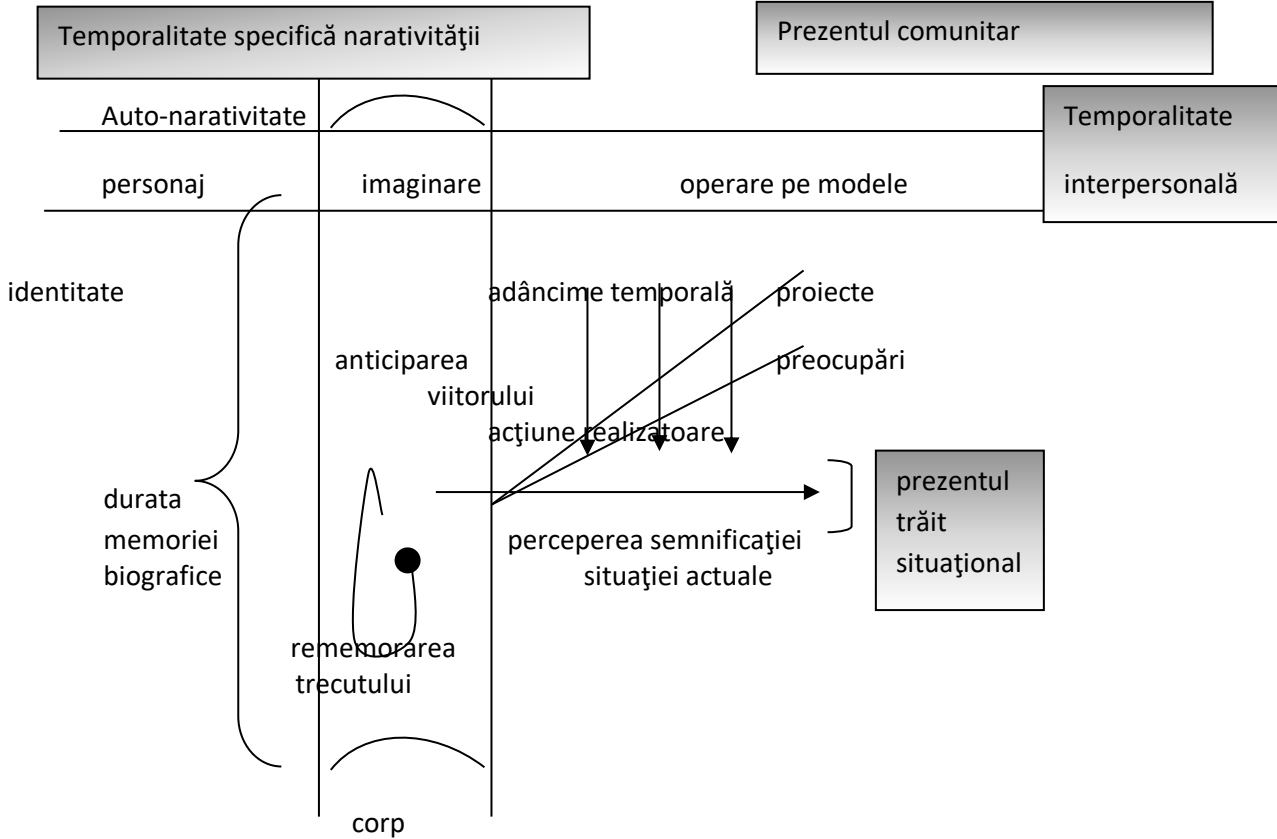
Un fapt aparent banal cum e cel al trăirii prezentului situațional se dovedește, la o minimă analiză fenomenologică, a avea la bază o sinteză structurală complexă, pe care studiile cognitive, configuraționiste și fenomenologice din ultimele decenii încearcă să o descifreze



Chenar 24

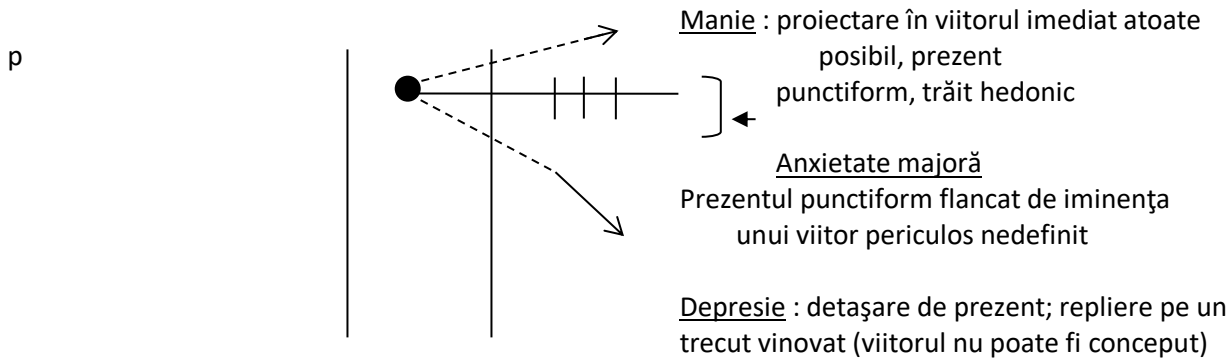
### Structura trăirii prezentului personal

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



### b) Psihopatologia dispozițională a prezentului trăit

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



Subiectul se află în permanență în centrul spațial și temporal al situației pe care o percepe, o trăiește, la care se raportează, în cadrul căreia acționează. Raportarea la situație presupune de la început o orientare în aceasta, privitoare la direcțiile spațio-temporale în care lumea ambientală se desfășoară pentru subiect. Elementele lumii ambientale – și ale lumii sale în general – pe care el le percepe și asupra cărora acționează, se plasează apoi la diverse distanțe spațiale actuale 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 temporalitatea, cu referință la parcurgerea etapelor succesive prin care o acțiune evoluează spre final; unele sunt iminente în raport cu prezentul trăit, accesibile și realizabile într-un viitor apropiat; altele îndepărtate în timp, conform secvențelor proiectate. În plus, această proximitate a elementelor lumii nu e doar una spațială în sens fizic abstract; sau prin luarea în considerare a drumurilor de acces. Ci ea se cere înțeleasă și dintr-o perspectivă categorială a familiarității. Trăirea efectivă a prezentului situațional de către un subiect, se corelează și cu proximitatea sa față de elementele lumii, cu familiaritatea sa față de acestea.

Dacă trecem însă dincolo de o primă abordare, structura temporalității pe care o deschide prezentul personal trăit situațional 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 poate fi o parte a unei sesiuni de examene ce urmează să încheie un ciclu de învățământ, cu obținerea unei importante competențe; un tablou pe care un pictor îl încheie se poate înscrie în pregătirea unei expoziții, cu care el va face un turneu în mai multe țări etc. Trăirea situațională actuală, circumscrisă sau delimitată printr-o acțiune cu scop, se articulează deci cu întreguri mai ample, a unor parcursuri existențiale, în care subiectul e înlănțuit. Pe de altă parte, concomitent subiectul e angajat în mai multe proiecte, acțiuni, comportamente, preocupări, fiecare cu linia sa temporală proprie; și care se pot suprapune ierarhic. Studentul ce pregătește și susține un examen, în aceeași perioadă poate face curte unei colege cu care se logodește; sau practică sporturi, relaționează cu propria sa familie, participă la spectacole etc. Diversele proiecte și linii temporale de raportare la lume prin intermediul situațiilor actuale, se suprapun, fiind paralele, în cadrul unei ierarhii de

proiecte, de preocupări. Iar acestea se constituie ca un context interior, un mediu, o atmosferă,... asigurând în același timp o „adâncime temporală” pentru un „prezent trăit” anume, „actual”, situațional. Iar în spatele tuturor acestor linii și direcții de raportare la lume se plasează, ca un fundal stabil sau referențial, instanța sintetică a duratei biografice a subiectului încorporat. Structură biografică ce are, de altfel, și o instanță temperamentală caracterială și social culturală. Și care susține identitatea persoanei de-a-lungul existenței sale, în mijlocul rețelelor sale sociale (Chenar 21).

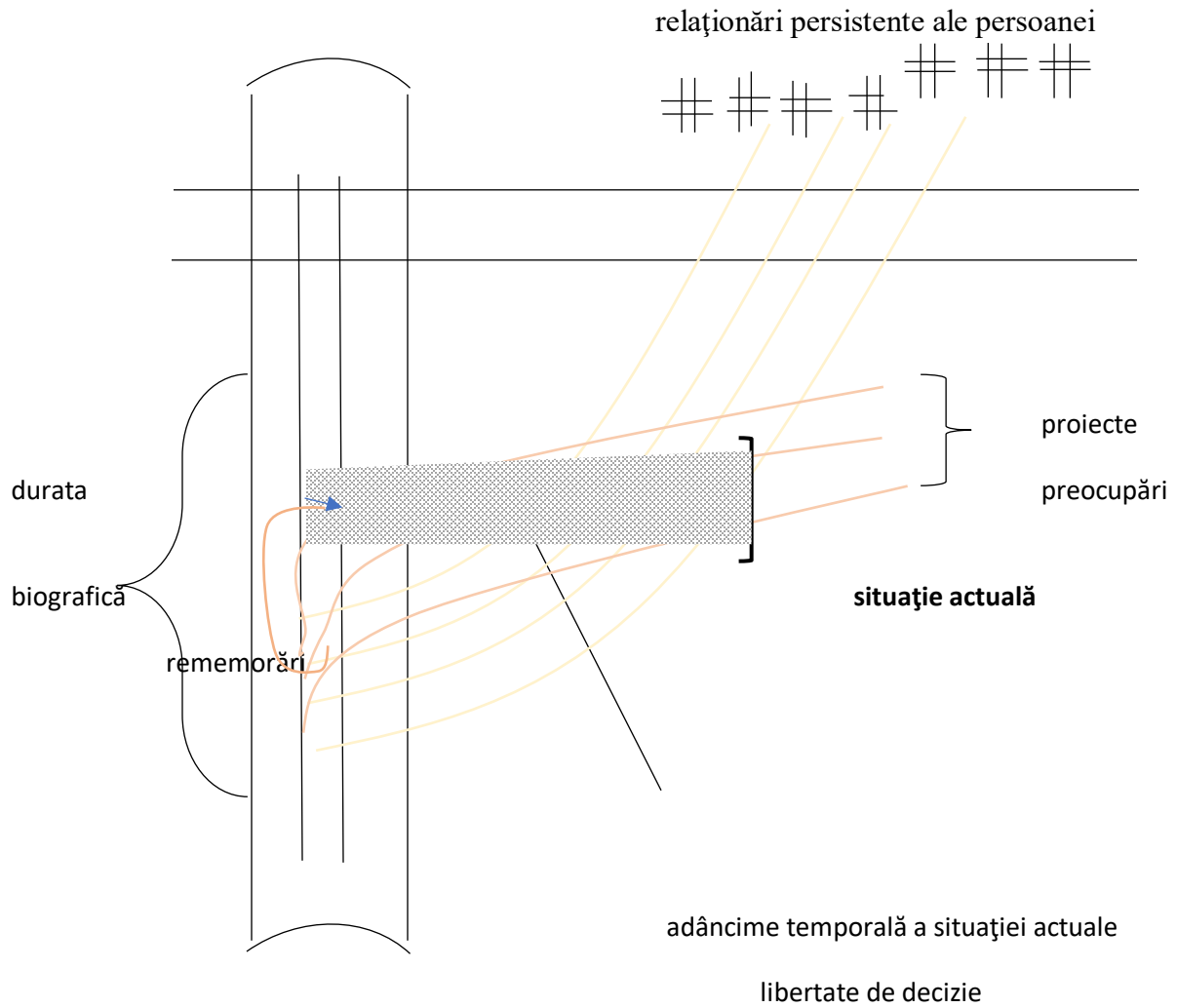
Intervin apoi și alte perspective care largesc dimensiunea raportării la o situație actuală. Așa e colaborarea subiectului cu alte persoane; fiecare din acestea având – dincolo de ceea ce le unește în prezent - propriul său mănunchi de proiecte existențiale. Iar dintre colaboratori, o parte sunt persoane 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 – presupune o calitate deosebită a „prezenței”; dar și a prezentului trăit.

La acestea se adaugă ritmurile și orarele temporale – susținute de calendare și ceasuri ce se referă la timpul cosmic - pe care le introduce o socio-cultura istorică dată pentru cetățenii ei; pe fundalul cărora se definește, pentru subiecții ce trăiesc în mijlocul ei, „prezentul oficial”, „actualitatea zilei”; ce se înscrie și el într-o temporalitate a istoriei respectivei comunități culturale. Iar în continuare, în cursul temporalității unei zile se poate vorbi apoi și de „timpul prezent”(secvențial) care definește de ex., situațional, o oră de curs, o pauză, un spectacol la care subiectul participă împreună cu alții etc. Prezentul situațional pe care-l surprinde perspectiva trăirii fenomenologice (conștiente), se conjugă cu aceste decupaje. Iar la finalul zilei subiectul care-și face bilanțul trăirilor evenimentiale avute pe parcursul ei, poate asculta la radio știri din „actualitatea internațională”.

În sfârșit intervine temporalitatea teoretică, în primul rând narativă, specifică cunoașterii și culturii omenești. Aceasta se afirmă în structura psihismului subiectului prin intermediul instanței sale meta-reprezentationale, susținută de limbaj și corelată imaginarului său narativ și creator. Care, la rândul său, se conjugă cu parametrii dimensiunii sau câmpului „teoretic” ce funcționează în plan socio-cultural, la nivelul narativității și cunoașterii publice, a concepției despre lume a unei socio culturi istorice determinate. Instanța persoanei, funcționează la acest nivel. În cadrul acesteia, propria biografie și istorie de viață – rememorabile și evocabile și de către alții, în agora socio culturală - se poate conjuga cu ficțiunile epopeilor, a literaturii, a basmelor, a miturilor etc. Dar și a elaborărilor teoretice științifice și speculativ abstracte. Nivel la care a fost concepută și eternitatea lumii. Precum și conceptualizarea științifică a temporalității.

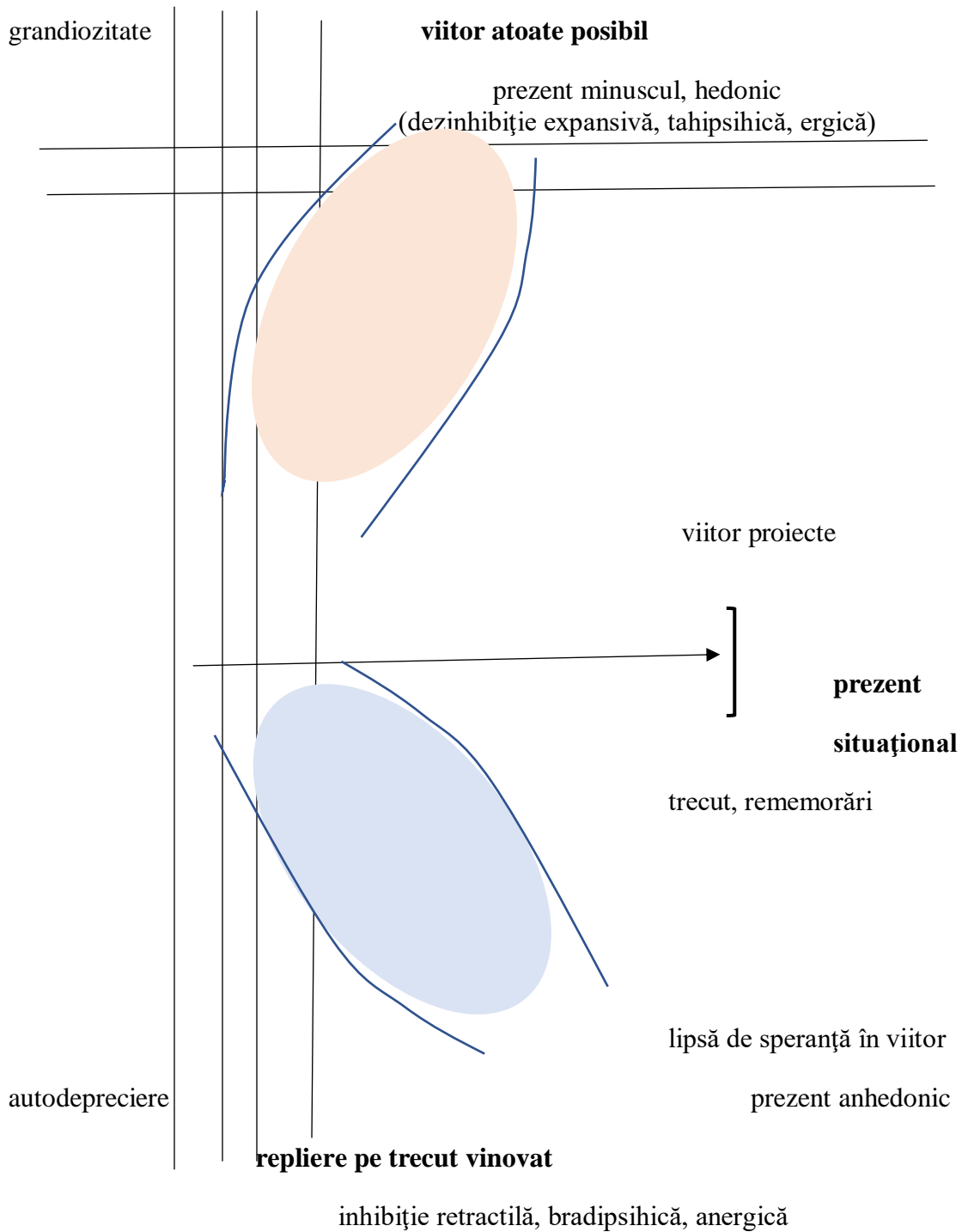
Chenar 26

**Relaționările persistente ale persoanei împreună cu angajarea sa în proiecte și preocupări, asigură o adâncime temporală trăirii situației actuale**



Chenar 27

### Dispozițiile afective patologice extrag pacientul din prezentul simetric cotidian



În dispozițiile patologice maniacale și depresive se perturbă structura temporalității trăite : subiectul e „extras”din „prezența sa la prezentul situațional”..adâncimea temporală ce desparte actualitatea de fundalul duratei identitare se aplatizează, trăirea fiind aspirată de viitor sau de trecut.

## **CAP. 3. TULBURĂRILE RELAȚIONALE CONFLICTUAL AGRESIVE; PROBLEMATICA TULBURĂRILE DE PERSONALITATE ȘI A PSIHOPATIEI**

### **3.1. Tulburările dispoziționale externalizate agresive.**

19.03.2023

Sistematica nosologică a psihiatriei actuale comentează și condiții clinice opuse celor de tip anxios fobic, evitante, retractile, sumisive și cu solicitarea protecției; mai precis, sindroame în care în prim plan se exprimă comportamente externalizate asertive de confruntare, provocare, agresiune asupra altora, distrugere, dominare, manipulare, exploatare, încălcare a normelor sociale, acte ilegale și amurale. Desigur că și astfel de manifestări pot face parte, circumstanțial, din recuzita comportamentală a vieții cotidiene, fiind uneori adaptative. Dar exprimare lor intensă, repetată și persistentă, nejustificată comprehensiv de situații, poate căpăta intensitate și formă excentrică, anormală. La vârsta infanto juvenilă psihopatologia a circumscris o suită de tulburări opozitiv conflictuale, agresiv explozive, ce se agregă în direcția manifestării tb. persistente de conduită ale tânărului; iar la adult, în această direcție s-a descris “Tulburarea de personalitate antisocială”. Ne plasăm acum într-un domeniu al psihopatologiei centrat pe relaționări interpersonale, care în esența sa e specific omului, cu minime echivalente în biologie.

Pe măsură ce interesul pentru categoria clinic-psihaitrică a Tulburărilor de Personalitate (TP) a crescut în a doua jumătate a sec. XX, o parte din această cazuistică a fost studiată în marginea simptomatologiei unor cadre nosologice bine conturate, ca variante caracteriopate ale acestora: e.g. TP schizoidă, paranoidă, obsesiv-compulsivă, histrionică (în corelație cu tradiția histeriei). Dar persista și un grupaj personalistic care se manifesta predominant conflictual agresiv și

infrațional, conducând la marginalitate socială, frecvente contacte cu justiția și expertize psihiatrico forensice; grup care, a fost comentat într-un cluster special sub eticheta de “sociopatie”, “anetopatie”, “psihopatie”, ”TP antisocială”. Când s-a pregătit apariția DSM-III(1980), existau deja la dispoziție redactorilor suficiente studii longitudinale de psihopatologie developmentală care să permită comentariul că, o serie din cazurile de “TP antisocială” manifestau încă din perioada infanto-juvenilă probleme comportamentale și de integrare socială persistente.

Comportamentele interpersonale agresiv conflictuale pot fi privite - la fel ca cele anxios fobice - din perspectiva actualizării situațional reactive a unor dispoziții temperamental-caracteriale, cu care structura identitară a psihismului e dotată. Faptul poate fi comentat pornind de la situația confruntării față în față a două persoane ce se află în conflict și ajung la luptă fizică una cu alta, la fel ca în regnul animal; caz în care ambele actualizează dispoziții afectiv comportamentale agresiv-combative, flancate frecvent de cele anxios fobice. Desigur, la om intră în joc acum predominant alte planuri psiho-fenomenologice decât în animalitate, implicând limbajul și modalitățile relaționării interpersonale din mediul cultural.

Expresia de “dispoziție psihică” are un înțeles larg. Deși ea e folosită des cu o conotație afectivă (e.g. „bine sau prost dispus”) fenomenologia stărilor dispoziționale umane poate viza preeminent trei direcții interconectate : un obiectiv comportamental pragmatic, relaționarea cu alții și resimțirea afectivă a autoevaluării. În prima perspectivă, starea dispozițională poate fi orientată spre favorizarea unei investigații, spre efortul realizării unui produs sau a unei opere, spre o confruntare; dar și spre odihnă sau contemplație. D.p.d.v. relațional, în prim plan se poate manifesta o dispoziție de suspiciune, de ostilitate agresivă sau de dominare manipulativă, împrejurări în care celalalt e ținut la distanță sufletească, plasat uneori în poziție dispozițională sumisivă. Dar există și relaționări mai



apropiate și intime, în care dispoziția poate fi orientată spre cooperare; spre deschidere empatică întru apropiere și interpătrundere duală, spre rezonare afectivă reciprocă. Cât privește incidența autoevaluării, dispoziția afectivă se poate centra o tristețe autodepreciativă retractil izolantă, pe o nesiguranță anxioasă tensionată, pe o relație încrezătoare și expansivă sau pe o veselie sărbătorească gregară; dar și pe indiferență.

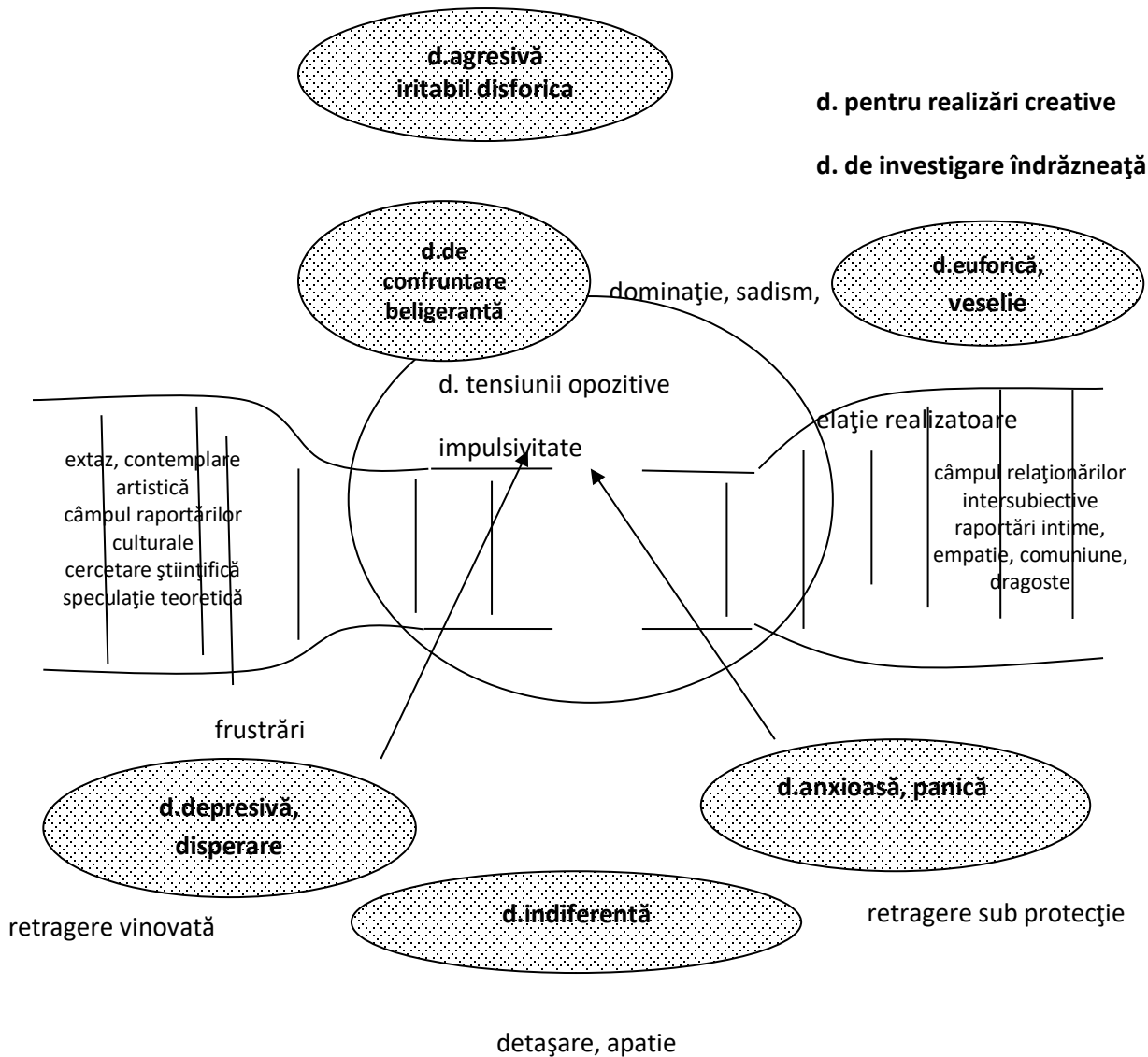
Tulburările comentate în acest capitol sunt centrate pe dispoziții interpersonale externalizate, agresiv conflictuale, ce se manifestă în cadrul vieții de zi cu zi, perioade îndelungate de timp, uneori luni și ani de zile. Înainte de a parcurge această cazuistica, merită reamintită clasificarea lui Achenbach (1966, 1970) - adusă deja în discuție în Cap. precedent - ce a jucat un rol important mai ales în pedopsihiatrie. Aceasta propunea plasarea simptomatologiei psihopatologice între doi poli: cel externalizat, care reflectă tendința spre confruntări 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 sau exploatare, cu variate manifestări agresive ; iar mai recent s-a stabilit frecvența crescută la această cazuistică și a adicțiilor. Tulburările internalizate reunesc stări supracontrolate, inhibitate, cu retragere socială, anxietate, depresie, astenie. Suportul clinic al acestei polarizări e reprezentat și de frecvența comorbidității clinice a unor sindroame. Sistematizarea sugerată de Achenbach rămâne importantă, deoarece ea sugerează și posibila agregare formală a tulburărilor dispoziționale externalizate în direcția episodului maniacal; și a celor internalizate în direcția episodului clinic depresiv (temă ce va fi reluată într-un capitol ulterior).

În continuare se va prezenta și comenta succint aspecte psihopatologice ale unor dispoziții interpersonale conflictuale și cu alte caracteristici disociale.

Context clinic ce atrage atenția asupra psihologiei relațiilor interpersonale; domeniu ce va fi și el abordat pe scurt, ad usum psihopatologiei.

Chenar 25

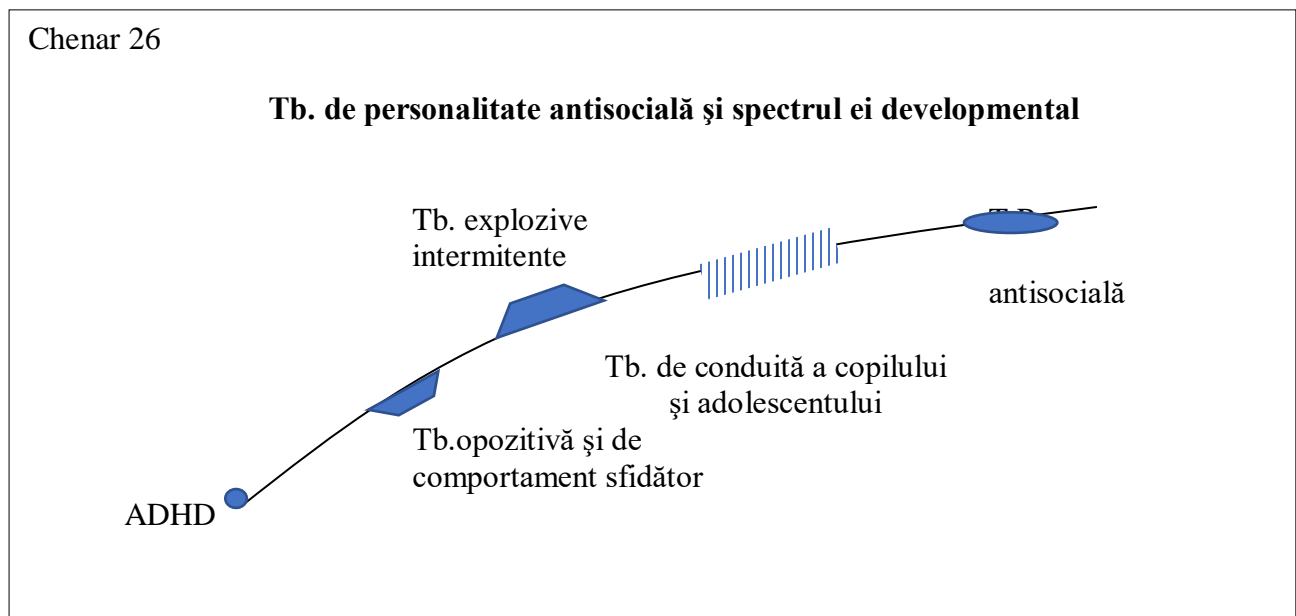
**Principalele stări dispoziționale (d.) comportamental afective și relaționale în câmpul pragmatic al vieții cotidiene**



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

### 3.2. Aspecte clinice a Tb. disruptiv impulsiv, comportamental agresive disociale ale copilului, tânărului și adultului, orientate în direcția TP antisocială.

Sub această etichetă în DSM-5 sunt comentate (în Cap.13) mai multe tulburări comportamentale ce pot fi identificate la vârsta infanto juvenilă, ca afectând pentru perioade semnificative de timp relaționarea dintre copil (tânăr) și persoanele din mediul său social proxim; și care se pot continua de multe ori cu **Tb. de conduită** alte tinerilor și cu **TP antisocială** a adultului. Pentru întregul grup, în care dominantă e o dispoziție interpersonală agresivă, e frecventă și prezența în primii ani a Tb. de control a atenției și comportamentului – **ADHD** – care însă vizează perturbarea relaționărilor interpersonale doar indirect. Menționăm:



**Tb. de opoziție și comportament sfidător:** se referă la un pattern comportamental cu dispoziție iritabilă furioasă (grief), argumentare sfidătoare sau vindictivă și comportament agresiv ce se manifestă asupra indivizilor, animalelor, proprietăților; durata e de cel puțin 6 l. Subiectul își pierde ușor cumpătul, este adesea supărăcios, furios, revoltat, plin de resentimente; el se ceartă adesea cu autoritățile, refuză să se conformeze regulilor, îi poate inerva deliberat pe alții, sau îi învinovățește pentru propriile-i greșeli. Manifestarea apare de obicei în perioada preșcolară, rareori după debutul adolescenței.

**Tb.explozivă intermitentă** se manifestă prin izbucniri comportamentale intermitente (periodice) ce exprimă pierderea controlului asupra impulsurilor agresive, constând din : 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 timp de mai mult de 3 luni; în caz contrar ajung 3 manifestări în 12 luni. Magnitudinea comportamentului agresiv depășește proporția provocării; actele nu sunt premeditate și nu urmăresc obținerea de bunuri.... Tb apare de obicei la sfârșitul copilăriei sau în adolescență, rareori după 40 ani; ea poate persista chiar și mai mulți ani, uneori manifestând oscilații episodice.

Prima din cele două tulburări menționate mai sus, cea de opoziție și comportament sfidător, începe la vârste tinere uneori preșcolare, putând fi precedată de ADHD, iar mai târziu ea poate fi comorbidă cu cea explozivă intermitentă. De asemenea, se regăsește în antecedentele tulburărilor de conduită ale adolescentului; dar, reprezintă și un risc pentru apariția ulterioară, inclusiv la adult, a tb anxioase și depresive. La vârsta adultă persoanele în cauză pot prezenta și tb de adaptare, prin comportament antisocial, probleme de control a impulsurilor, abuz de substanțe.

Modelul comportamental din ambele manifestări menționate – ce apar din copilărie - este externalizat și cu importantă încărcătură agresivă. Prin comparație, s-ar putea avea în vedere la un alt pol, copiii și tinerii cu comportament internalizat, retrași și timizi, “sperioși”, care caută mereu protecție, simțindu-se vulnerabili și temându-se de agresiunile altora; și care sunt predispuși spre tb. de

anxietate socială și TP evitantă. Cât privește agresivitatea umană, aceasta a fost împărțită în două subtipuri: proactivă și reactivă (Dodge and Cole, 1987).

#### Chenar 27 Sindromul ADHD

Sindromul ADHD (în DSM-5) constă dintr-o configurație persistentă de neatenție și/sau hiperactivitate/impulsivitate ce se manifestă din prima copilărie, mai frecvent și mai sever decât se observă la copiii comparabili ca dezvoltare (nu sunt evidente comportamente interpersonale anormale); 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 următoarele două grupaje, cu manifestări frecvente și perturbante.

Neatenția. A) copilul e 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 mai toți stimuli noi și în același timp deplasându-se curios în ambianță, ne putem gândi la perioada de după 1 an, când el investighează spontan mediul ce-l înconjoară: punând mâna pe obiecte, le manipulându-le, privindu-le atent pentru scurt timp, fiind curios la tot ce e nou. Această activitate exploratorie cognitivă e susținută de obicei de un atașament sigur, copilul împărtășind cu mama privirile, care susțin investigarea.

Activitatea de investigare a ambianței e un model comportamental pe care omul îl

Agresivitatea proactivă, care e instrumentală și deliberantă (controlled–instrumental–predatory aggression); și cea reactivă, care e emotivă, atribuită fiind intențiilor ostile ale altora (impulsive–hostiles–affective–aggression). În tb. opozitiv provocatoare sunt prezente ambele modalități, predominând agresivitatea proactivă. În Tb. explozivă intermitentă predomină cea reactivă.

Cele două tb. menționate se centrează pe aria relaționărilor interpersonale, inițial între copil și cei ce-l îngrijesc, ulterior între tânăr și societatea adulților din rețeaua sa socială proximă. Ele derivă din comportamente ce se întâlnesc și în normalitate, fiind studiate de psihologia relaționării, mai ales prin intermediul doctrinei circumplexului interpersonal; model din care intervine acum polul superior, cel al tendințelor spre dominare agresivă. Raportarea conflictuală la ceilalți e una distantă, lipsită de „intimitate”; uneori putând fi prezent și un sentiment de neîncredere, de frustrare, de impresie că „nu i s-a făcut pe deplin dreptate”. Modalități particulare de relaționare cu un partener se pot institui în cadrul rețelei sociale proxime și prin raportări ambivalente și comportamente reciproc tensionate, pe durate îndelungată ( e.g. între un părinte și un copil, între frați, între partenerii unui cuplu); cu desfășurarea unei psihopatologii „relaționale” aparte, de ex. de tip „victimologic” sau „sado masochist”. Comportamentul instabil relațional – dar și în raport cu sine - din TP marginală, se dezvoltă tot în această direcție, centrat fiind pe o unică persoană de atașament.

Explozivitatea hetero și autoagresivă intermitentă e manifestă și la vârsta adultă. Ea se cere analizată uneori într-o perspectivă mai largă, a psihopatologiei deliberării și trecerii la act. Aceasta include și trăirile comportamentale impulsive corelate jocurilor de noroc, cumpărăturilor, unor diverse comportamente instinctive, sexuale, sau adicțiilor; cu posibile tranziții spre trăiri compulsive. În cap. din DSM-5 în care sunt comentate tulburările ce au fost menționate mai sus,

sunt incluse și două tradiționale tulburări nerelaționale: **pyromania** - ca incendiere impulsivă; și **cleptomania** - ca însușire impulsivă de bunuri străine. Acestea sunt însă manifestări relativ rare, care nu se înscriu în direcția problematică interpersonală ce e comentată în prezentul capitol. Se cere menționat însă un cadru nosologic nou introdus în DSM-5(2013) în cap. dedicat Tb depresive:

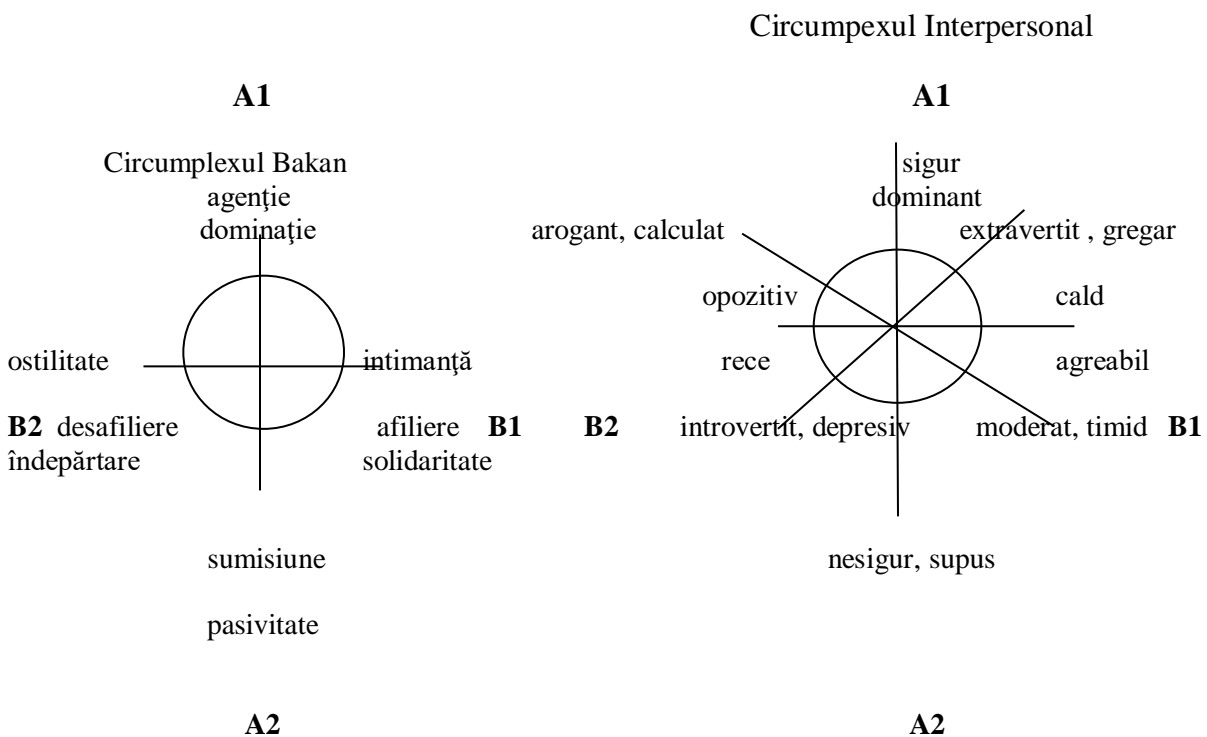
**Tb. dereglării dispoziționale disruptive, centrată pe o patologie dispozițională iritabil/supărată, disforică, ce apare între 6-18 ani, fiind plasată în clasa (spectrul) tulburărilor depresive (existența unor episoade maniacale anulează diagnosticul). Pe acest fond dispozițional se manifestă izbucniri violente recurente: verbale (furii verbale) sau comportamentale (agresiuni fizice asupra proprietății sau a altor persoane).Comportamentul agresiv e disproportionat față de situații și frecvent (de peste 3 ori/lună), el manifestându-se în mai multe locații (acasă sau la școală cu colegii), chiar dacă e mai accentuat în unul din acestea.**

Această ultimă categorie - ce are multe similitudini cu primele două menționate - atrage atenția în mod special asupra corelației între comportamentele interpersonale reactiv agresive disimetrice și fundalul dispozițional afectiv. În principiu există în normalitate o congruență liniară între o stare dispozițional-afectivă și modelul său de manifestare relațional. Dispoziția afectivă iritabil agresivă se corelează firesc cu reacțiile combative sau impulsiv-explozive; cea anxios fobică – cu reacții emotive de spaimă și conduite de retragere, ascundere; cea depresivă - cu conduite de inhibiție și deconectare relațional situațională, cu replierea pe sine, pe propriul trecut; dispoziția de relație - cu reacții expansive de investigare îndrăzneată și de realizare, într-o ambianță prosocială, inclusiv sărbătorească. Dar dispozițiile afectiv-comportamentale pot fi și mixtate. În ultima tb. menționată, comportamentul agresiv conflictual se derulează pe un fond depresiv-iritabil, „distimic” dar cu excluderea dispoziției de relație și euforică – ce ar putea orienta spre manie;și astfel, cu menținerea doar în spectrul depresiei.

Chenar 28

### 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 caracterologie și psihoterapie, fiind utilizat și în studierea Tulburărilor de personalitate. Privitor la folosirea sa în legătură cu tb. comportamentale externalizate și psihopatia, faptul apare ca 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 perspectiva C.I., Tb.iritabil conflictuale, TP antisocială și psihopatia se plasează predominant în cadranul superior. Atitudinea interpersonală e dominatoare și agresivă, de confruntare, luptă, manipulare. Predomină suspiciunea, ținerea celuiilalt la distanță, ignorarea nevoilor celuiilalt, indiferența față de suferința sa. Dispoziția afectivă iritabil agresivă se poate dubla cu una de „emotivitate restrictivă”, cu ”răceală afectivă”; mai rar cu una ușor euforică,”hipomană”. (Chenar 20). Dispoziția anxios depresivă e prezentă mai ales în cazul impulsivității, cazuistică ce se plasează în cadranul inferior; se pot manifesta atitudini și comportamente agresive, mai ales în modalitate impulsiv explozivă.



În capitolul din DSM-5 avut acum în vedere e inclusă și categoria tulburărilor persistente de conduită a tinerilor, ce are o mai largă arie de manifestare; și care de mai mult timp a fost circumscrisă și studiată la vârsta infanto juvenilă ca precedând tb de personalitate disocială a adultului:

**Tulburarea de conduită a copilului și adolescentului se referă în DSM-5 la un pattern de comportamente repetitive și persistente ce apar de obicei după 10 ani – rareori mai înainte - prin care sunt violate drepturile de bază ale altora, normele și regulile de conviețuire în comun. Criteriile de dg. cer ca, timp de cel puțin 12 luni să fie prezenți cel puțin 15 itemi din următoarele 4 clase (cel puțin 1 din fiecare clasă):**

**-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.**

**-Distrușterea 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 casa sau mașina altuia; - deseori minte pentru a obține bunuri, sustrage 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.**

Comportamentele excentrice și perturbatoare interpersonal-sociale ale tinerilor din această categorie, depășesc deci relaționarea nemijlocit-situațională, de tip reactiv, cu persoanele din anturajul proxim; ele se derulează proiectiv, transgresând normele, habitudinile, obiceiurile și regulile de conviețuire în comun și cele etice ale colectivității. E vorba de acțiuni ce presupun inițiativă, elaborări și manifestări comportamentale ce se derulează în timp, în diverse planuri ale vieții

Chenar 29

### Dispozițiile agresive în general și în relaționarea interpersonală

Dispoziția agresivă se referă, în primă instanță, la o deschidere spre...și apoi susținerea.. unei afirmări ergice, asertive a subiectului; hotărât să depășească adversitățile, rezistențele, opozițiile ce se manifestă (împotriva sa), ce i se opun. (“ad-gresi” înseamnă etimologic “a se îndrepta spre”). În acest sens originar agresivitatea poate avea până la un punct un sens pozitiv, proactiv și realizator, ce se exprimă în explorări, acțiuni performante, creație chiar; stările maniacale pot avea și ele variante în care agresivitatea se manifestă major. Sensul său negativ, care predomină în limbajul cotidian, trimite însă spre distrugere, anihilare, îndepărtare, opunându-se astfel realizărilor, împlinirilor. În psihopatologie se poate manifesta și o “agresivitate clasică” în cadrul căreia subiectul distruge, nediferențiat, tot ce întâlnește în jur.

Diversele persoane pot avea un potențial, o disponibilitate mai mare sau mai mică pentru manifestări agresive; curente, adaptative sau excentrice, excesive. Un potențial dispozițional agresiv crescut poate întreține reacții explozive sau impulsiv agresive, la stimuli minori, față de persoane, ființe, obiecte. Gradul de autocontrol al pulsioniilor agresive este și el diferit.

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 interpersonală se manifestă la om și prin modalități care nu implică direct dimensiunea sa fizică și corporală; de ex. prin sfidare, injurii, critică, șantaj etc. “Celălalt” poate fi agresat prin provocări, hărțuiri, prin atacarea dimensiunilor sale antropologice: prestigiu social, onoare, persoanele de atașament, posesii, șanse, prin ironie, satirizare, batjocură etc. 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, tot ce întâlnește. 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 ostil-agresivă din partea celuilalt. Conștiința acesteia poate chiar preceda evenimentul, fapt ce argumentează suspiciunea (din care în psihopatologie rezultă paranoia).

O a doua variantă a agresivității interpersonale se manifestă prin respingerea celuilalt până la acel nivel al depărtării sufletești, în care el iese din câmpul psihologic specific relaționărilor; rămânând în postura unui “obiect aflat la discreția sa”; caz în care nu mai funcționează contextul situațional al confruntării reciproc periculoase. Subiectul, dominator și detașat, poate acum să îl manipulează și să îl exploatează pe celălalt fără frică, emoții empatică, 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 contextul trăirilor conflictuale putem întâlni și dispoziția depresivă; căci confruntarea beligerantă poate rezulta din revolta unui om umilit, înjosit, frustrat, nemulțumit, disperat. În psihopatologia nepsihotică e importantă și dispoziția iritabil agresivă disforică, în care starea afectivă e de nemulțumire tensionată, cu o atitudine interpersonală negativă și ostilă, senzitivă (subiectul așteptându-se la agresioni), 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 sentimente de rușine și culpă.

Un aspect special îl reprezintă autoagresivitatea fizică și morală, mergând până la suicid.

sociale și interpersonale; despre care tânărul știe că sunt neconforme cu așteptările comunității și prohibite. În ansamblu însă, poziționarea atitudinală, dispoziția de fond ce susține câmpul său comportamental, e tot predominant agresivă; dar, de multe ori pe un fundal de hipoemotivitate socială cu deficit de atașament, intimanță și rezonare afectivă.

Criteriile de dg. DSM-5 pentru această categorie aduc în discuție și un model aparte de afectivitate, etichetată ca „limitare a emoțiilor prosociale”. În planul relaționărilor interpersonale de durată - susținute de competența de sociabilitate a subiectului - afectivitatea se desfășoară printr-un diapazon parțial diferit de cel al dispozițiilor și emoțiilor situaționale. Ea poate implica acum o deschidere spre contact, comunicare și legătură intimă, spre atașament, comuniune și „rezonare” afectivă cu persoanele apropiate (intimanță, dragoste, empatie, compasiune); și/sau, o colaborare sau negociere cu persoanele mai distanțate afectiv, cu cele oficiale, angajând însă și dimensiunea responsabilității ( a culpei, a remușcărilor). Dar se poate manifesta și ca suspiciune sau indiferență față de alții. În plus, se desfășoară o dinamică a relaționărilor pe diagrama vectorilor de apropiere/îndepărtare sufletească și a celor de dominație/sumisiune (sistematizați în circumplexul interpersonal). Limitarea emoțiilor prosociale invocată de DSM-5 se manifestă ca un deficit aplatizant al acestui evantai diferențiat al relaționărilor afective normale și a dinamicii lor, reduse acum la palierul indiferenței. Ea este caracterizată prin:

**-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 afecțiune sau emoții pentru alții decât în manieră nesinceră sau dacă urmărește un profit.**

Felul în care e caracterizată dispoziția afectivă a „limitării emoțiilor prosociale” ar putea fi încadrat într-o particulară variantă dispozițională, a indiferenței, cu manifestare țintită și persistentă în direcția deficienței emotivității sociale, a atașamentului, empatiei și intimității interpersonale – dar nu a competenței sociabilității. ( Dispoziția indiferenței are însă, în normalitate și psihopatologie, multiple planuri de manifestare. În perspectivă temperamentală, din antichitate a fost remarcată varianta flegmatică; iar în prezent, persoane schizoide și din spectru autist, care coexistă distant și detașat în raport cu alții, putând însă avea performanțe remarcabile în plan tehnic. O emotivitate socială redusă favorizează persoana în observări exacte de tip științific, în confruntări beligerante și în inițiativele riscante. O detașare psihopatologică față de tot ce se întâmplă în jur se întâlnește în stupor, în care nivelul vigilității e însă redus. În sd. de depersonalizare/derealizare, subiectul lucid se resimte detașat de ambianță, alții și sine; iar în manieră gravă, indiferența psihopatologică se manifestă în apato- abulia din schizofrenia deficitară.)

DSM-5 menționează - în același capitol cu tulburările deja amintite - și TP antisocială, care e comentată și în secțiunea special dedicată Tulburărilor de Personalitate.

**TP antisocială e caracterizată 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 unele simptome din seria tb. de conduită pot fi prezente 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 TP antisocială din DSM-5 include manifestări disruptive impulsive ca cele care au fost comentate în perioada dezvoltării (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. Se adaugă un diapazon infrațional amplu ce include înșelăciunea (excrocheria), abuzarea și exploatarea crudă a altora, comportamente sadice etc. Cazuistica penitenciară, în care se găsesc multe persoane cu un astfel de diagnostic, indică cazuri de omoruri planificate cu sânge rece, criminali în serie, sadici; precum și de persoane care-și planifică foarte riguros nu doar acțiunile infraționale, ci și aparenta lipsă de culpabilitate, construind conjuncturi aparte, astfel încât vina să cadă pe alții. Cazuistica de acest tip ridică variate probleme psihopatologice, astfel încât va fi reluată în comentariul clusterului Psihopatiei.

La acest nivel mai menționăm doar că, în contextul de ansamblu al TP din DSM-III-5 cea antisocială e caracterizantă predominant prin comportamentul infrațional, care e ușor obiectivabil. Faptul a făcut ca în studiile epidemiologice populaționale desfășurate în SUA (Epidemiological Catchment Area și The National Comorbidity Survey – NCS etc.) aceasta să fie TP predominant cercetată.

Dar același aspect face dificilă identificarea unei cazuistici similare în țări din alte zone decât Europa și America de Nord, cu alte obiceiuri comunitare; și parțial cu alte legislații.

De altfel, în DSM=III în cadrul comentării TP nu există o minimă trimitere la un referențial normal al structurii personalistice; fapt concordant cu opțiunea explicită a acestui manual de a nu face apel la doctrine psihopatologice, încercând să se rezume la „fapte înregistrabile cu obiectivitate”. Caracterizarea generică a TP în DSM-II-5 e următoarea:

**Tulburarea de personalitate (TP) e o categorie diagnostică ce are în vedere persoane ce prezintă o configurație – un pattern - 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. Respectiva configurație comportamentală e inflexibilă și persistentă de a lungul unei largi și variate arii de situații sociale și interpersonale, inducând deficiențe în funcționarea socială, ocupațională și alte arii importante de funcționare; ea se instalează la sfârșitul adolescenței sau începutul perioadei adulte, fiind stabilă pe durate îndelungate; și nu poate fi atribuită unor alte tb. mentale, abuzului de substanțe sau altor condiții medicale.**

Trimiterea ce se face în această caracterizare la „persistente disfuncții cognitive, afective, de funcționare interpersonală și control al impulsurilor”, nu indică, nici cel puțin schematic, aceași parametri ai psihismului persoanei identitate ce ar fi avuți în vedere, ca perturbându-se în această patologie. În sensul unor dimensiuni ale acestuia, diferite de cele perturbate preeminent în alte clase psihopatologice, cum ar fi în tb. anxioase, depresive, bipolare și mai ales psihotice, delirante. „Perceperea” sinelui, a altuia, a evenimentelor.. e un fenomen extrem de complex și variat, perturbarea acestuia fiind prezentă – desigur, într-un mod

specific - și în tb psihotice, demențiale, în deficitul autist etc. S-ar fi cerut cel puțin o trimitere privitoare la zona care permite acestor persoane menținerea - chiar dacă excentrică și perturbatoare - între parametrii vieții comunitare cotidiene. În cei peste 30 ani în care modelul de diagnostic DSM-III s-a păstrat în varianta sa originală (1980-2014) – utilizându-se și o axă separată pentru dg. TP -, interesul pentru acest domeniu a crescut însă exponențial; și concomitent, cercetările în aria psihologiei relaționărilor interpersonale. Astfel încât cu ocazia ediției din 2014, când s-a introdus și o varianta de dg. alternativ dimensional a TP, s-a ajuns a se invoca și o mai precisă și nuanțată circumscriere a instanței persoanei identitare care e specific perturbată în acest caz (ce va fi amintită în text, în continuare).

Ansamblul tulburărilor ce au fost comentate în acest capitol au caracteristici externalizate în perspectiva sistematizării lui Achenbach, manifestându-se în mijlocul vieții cotidiene, impulsiv, agresiv, conflictual. E vorba de cazuri ce nu necesită instituționalizare, nu au o "intensitate clinică" a simptomatologiei; iar "testarea realității" nu e perturbată, ca în delir. Faptul că o serie de manifestări relaționale agresiv-conflictuale se manifestă pe parcursul ontogenezei excesiv și aberant, conducând nu rareori spre o tulburare de personalitate aparte (etichetată ca antisocială în DSM-5), este instructiv pentru o psihopatologie interesată de configurarea specificului psihismului uman. Aria relaționărilor interpersonale este, de fapt, una dintre cele trei structuri funcționale ce s-au diferențiat în mod caracteristic la acest psihism; (alături de cea a acțiunilor realizatoare cu scop susținute de funcțiile executive și de instanța metareprezentățională, de rezolvare a problemelor pe modele probabiliste). Iar conceptul de „persoană” – identitar-caracterială și centrată de sinele intențional reflexiv – s-a impus ca sintetizând întreaga problematică diacron=biografică a psihismului uman, în perspectiva reprezentării sale sociale (culturale). De aceea se cere făcut la acest nivel un scurt

excurs prin domeniul psihologiei relaționărilor interpersonale, dezvoltat mult în ultimele decenii.

### **3.3. Structura relaționărilor interpersonale**

Relaționările interpersonale ocupă un rol deosebit în existența și structura psihismului persoanei, a cărei identitate o dimensionează și o conturează specific, în mediul și lumea sa. După ce la mijlocul sec XX s-a dezvoltat o „psihologie a persoanei” cu valențe caracteriologice, centrată pe expresiile lingvistice utilizate în astfel de etichetări, în a doua sa jumătate s-a dezvoltat și una a relaționărilor interpersonale, cu punct de plecare în psihanaliză. În această direcție un important impuls a fost dat de Sullivan, care, 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, în cadrul unei rețele sociale proxime.

Punctul de plecare al relaționărilor interpersonale este capacitatea înnăscută a copilului de a recunoaște figura umană și a se relaționa cu alții, utilizând competența neurocognitivă a funcțiilor „creierului social”, ce susține „cogniția socială”. Deficitul acestor funcții se manifestă în profilul psihopatologic al autismului developmental, exprimat prin dezinteresul față de figura și prezența umană, cu nedezvoltarea relației obișnuite de atașament și a registrului comunicațional interpersonal; mai ales a celui mimico gestual expresiv, bazat pe contactul vizual. Interesul și abilitatea în direcția relaționărilor interpersonale – sociabilitatea –, care e absentă la autist, e variat reprezentată la diverse persoane.

În contextul dezvoltării cogniției interpersonal sociale, sugarul dezvoltă în primul an de viață extrauterină o relaționare intimă cu mama, bazată pe comunicarea prin priviri. Iar între 8 l. și 3 ani, o relație de atașament. În continuare



cogniția socială se dezvoltă, la 18 l. apărând capacitatea de a se recunoaște în oglindă și a imita o persoană cunoscută neprezentă. Imagoul securizant al mamei –

Chenar 30

### **Rezumat ai parametrilor sociabilității, ai reactivității emotive și a relațiilor de atașament.**

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 cel al 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 raportărilor relaționale e structurată de parametrii Circumplexului Interpersonal, ce are drept axe ortogonale: dominație versus sumisiune și deschidere-agreabilă versus desafilier-opozitivă.

Reactivitatea afectivă emotivă se manifestă în raport cu situații noi, în general și interpersonal sociale în special. Ea poate fi marcată de curiozitate și curaj/versus alertă tensionată și anxietate; sau de îndrăzneală/versus rușine retractilă (cu sensibilitate la evaluarea publică). Iar reactivitatea empatică presupune deschiderea spre rezonanță afectivă (și comprehensivă) și intimanță, cu interpătrundere și rezonare afectivă reciprocă. 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. Subiectul reacționează și „rezonează” față de aspectele fenomenale care îl „ating” și îl „marchează”. Adică, îl afectează, ducând la implicarea sa în rezolvarea situațiilor astfel create. Derularea fenomenală a existenței presupune o „adeziune” bazală a subiectului în raport cu alteritatea (situația, celalalt, lumea), aspecte pe care autori mai recentși l-au denumit „sentiment existențial”. Relaționarea interpersonală mai are în vedere 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, prin experiențe relaționale, educație, exerciții. Aceste disponibilități (dispoziții) se pot apoi actualiza 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.

al persoanei de atașament – e „introjectat” în această perioadă într-o instanță specială a psihismului copilului ( numită de Bowlby,„intern al working model); astfel încât, prin reprezentarea acesteia, copilul se simte în siguranță și când nu percepe direct mama. Procesul cogniției sociale are un moment cheie în jurul vârstei de trei ani, prin conturarea capacității mentalizării (Theory of Mind); care permite intuirea perceptivă a intențiilor și evaluărilor situaționale a altei persoane; ce e creditată astfel a avea o proprie „minte incorporată”, similară cu cea a însăși copilului; care se autopercepe și el acuma ca un „eu agențial”, ca autorul propriilor acțiuni.

Treptat se dezvoltă relaționări stabile cu membrii semnificanți ai familiei; și ulterior cu diverse persoane din afara acesteia. Subiectul explorează din primul an activ ambianța; și participă ulterior la variate evenimente ce-i implică pe alții, aflați în diverse relații cu el și între ei. Integrarea în propria memorie a acestor evenimente și trăiri relaționale, face ca în structura identității sale biografice caracteriale să fie prezente - ca „introjectate”, în sens psihanalitic – imaginile persoanelor cu care el a interacționat semnificativ și îndelungat în copilărie; inclusiv prin modelele de relaționare dintre acestea, atât între ele cât și în raport cu subiectul. Acesta e, de fapt, modelul de la care a plecat și s-a dezvoltat doctrina psihanalitică, cu toate relaționările „complexual fantasmatică”, incriminate că ar putea întreține conflicte intrapsihice; concepție care în principiu se menține și în prezent, modelată însă de noi perspective cognitive. Experiențele situaționale ale existenței curente de pe parcursul întregii vieți implică în permanență relaționări, astfel încât istoria biografică și identitatea subiectului se edifică împreună cu istoria persoanelor din preajmă sa; persoane care, se plasează între polul afecțiunii și susținerii și cel al ostilității și indiferenței.

În perspectivă psiho-sociologică, orice persoană își derulează existența în mijlocul unor rețelele sociale, care îi circumscriu existența într-o nișă ecologică umană determinată. În cadrul acestora, el întreține concomitent, în mod concret, relații mai mult sau mai puțin prelungite și legături cu diverse persoane; care se ierarhizează în funcție de proximitatea afectivă și fizică ce o au cu subiectul, de frecvența și de intensitatea contactelor. Relaționarea intersubiectivă cu persoane din cadrul rețelelor sociale apropiate se constituie pentru psihismul individual într-un “câmp interpersonal” special ( ); pe care subiectul și-l poate evoca mnesticoreprezentativ și afectiv în diverse împrejurări. Grupajul persoanelor apropiate pe care subiectul 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 psihopatologie în mod special -, susținând ameliorarea anxietății, putând reduce vulnerabilitatea la depresie și alte tulburări; și poate favoriza remisiunile.

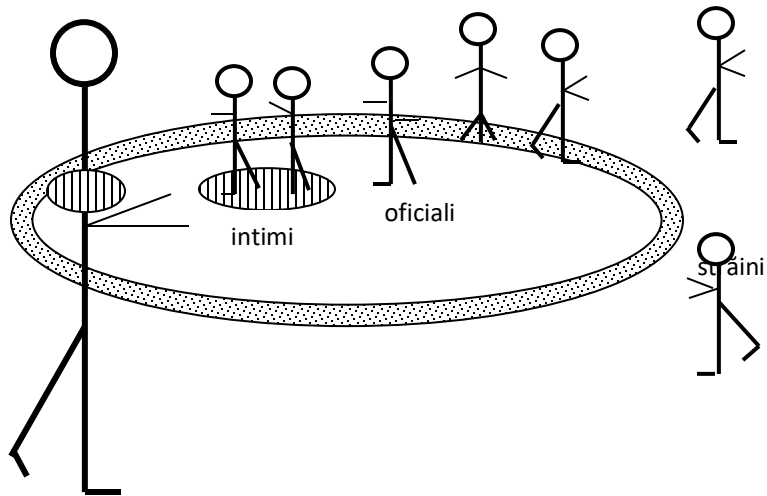
În relaționările interpersonale un rol important îl joacă și dinamica apropiierilor și îndepărtărilor sufletești, care se derulează pe diagrama intim/public.

În zona sa intimă și apropiată de relaționare, subiectul se raportează la persoanele din familie, la părinți, copii, iubit sau partener de viață, rude, vecini și cunoștințe apropiate. Cu acestea există de obicei o colaborare strânsă, bazată pe încredere și raport mutual, toți împărtășind un univers de cunoaștere și atitudini comune, conviețuind mult timp împreună, în contextul unei armonice „intimanțe”.

Totuși e posibilă și ambivalența. Iar în derularea efectivă a acestor relaționări – circumstanțial situaționale, înscrise în programe, proiecte sau cicluri de viață sau constante și prelungite -, intervin variate dispoziții, strategii și atitudini; între care un rol important îl joacă cele sistematizate formal în circumplexul interpersonal.

Chenar 31

### 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 ca o rețea de suport social să fie considerată ca eficace.

Înțelegerea reciprocă utilizează puține elemente lingvistice discursive; căci fiecare cunoaște în mare măsură intimitatea celuilalt; iar interinfluențarea reciprocă e predominant expresivă. Persoanele intime se înscriu într-un cerc concentric care învâluie subiectul ca printr-un „câmp afectiv”; dar și concret, printr-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 și la instituții, îndeplinind de obicei diverse roluri, ce au statute oficiale definite. Comunicarea publică e ordonată de norme și de limbajul discursiv standardizat, cu utilizarea uneori a dialogului și argumentării retorice. Relaționarea față de persoanele străine, necunoscute, este orientată de distanțele interpersonale, de așteptări și de intenții. Pot funcționa diverse strategii de apropiere sau de ținere la distanță și control a acestora. Colaborarea cu o persoană puțin cunoscută se bazează pe tatonări și precauție în stabilirea contactelor; iar raportările sunt flancate constant de evaluări, deseori de rezervă și suspiciune. Spre deosebire de zona intimă, în cadrul relaționării publice funcționează aproape tot timpul autocontrolul și o exprimare elaborată. Aproximarea psihologică de o persoană inițial necunoscută, e un proces ce poate conduce progresiv la integrarea acesteia în zona intimă și de atașament, cu interpătrundere sufletească. După cum și invers, în raport cu persoanele apropiate sufletește, poate să se desfășoare un proces de distanțare, de înstrăinare, marcat de suspiciune și neîncredere; ajungându-se până 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).

Relaționarea constantă, structurală, cu persoanele din zona intimă și cea publică, atașamentele interpersonale, procesele de apropiere și îndepărtare sufletească, preocupările privitoare la alții și la relaționarea cu aceștia, ancorarea în statute și roluri sociale, toate acestea, instituie un fel de mediu sau spațiu interpersonal constant, de fond, ce învăluie și susține intrapsihic actualitatea trăită a subiectului. Mediu care, în conjuncție cu evantaiul proiectelor – a obiectivelor – în care el e în permanență angajat, reprezintă fundalul ce dă „adâncime” structurală raportărilor sale actuale la situații, umplând distanța dintre nemijlocitul actualității și durata identității biografice caracteriale.

Relaționarea interpersonală este esențială în derulare propriilor comportamente, care necesită constant colaborarea cu alții. O persoană normală și echilibrată, pentru a-și menține o coerentă autodirecționare în viață prin proiecte și a-și păstra o echilibrată autopercepție identitară de sine, are nevoie de relaționări realizate cu o bună intimanță și empatie. Aceste aspecte a fost introduse în noua circumscriere a TP din modelul alternativ de diagnostic, dimensional, din DSM-5.

**Varianta dimensională din DSM-5 invocă în caracterizarea TP în primul rând deficitul de funcționare socială, reflectat în insuficienta înțelegere și apreciere a experiențelor și motivațiilor celorlalți; a toleranței unei perspective diferită de cea proprie și a consecințelor propriilor acte asupra altora (empatia). Precum și prin deficiențe ale profunzimii și duratei conectării la alții, a mutualității reflectate în comportamentul interpersonal (intimanța).**

**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 prosociale, împreună cu abilitatea de autorefectare productivă.**

**Se consideră că există și deficiențe în resimțirea identității proprii ca fiind unică, cu limite clare în raport cu alții, stabilitate a stimei de sine și în autoapreciere, capacitatea și abilitatea de reglare a experiențelor emoționale.**

Felul în care un subiect își resimte propria identitate, capacitatea sa de autodirecționare și de utilizare a unor standarde interne de comportament constructive și prosociale, se articulează deci strâns cu relaționarea sa cu alții prin empatie și intimanță. Perturbarea ce se petece în cazul tulburărilor de personalitate afectează concomitent întreg acest complex al psihismului ; căci agenția persoanei e în permanență modelată de relaționările sale interpersonal sociale.

Modalitățile constante ale relaționării interpersonale ce se manifestă în cadrul vieții cotidiene, reprezintă și unul din principalii factori prin care subiectul poate fi caracterizat, exprimând profilul său temperamental-caracterial. Evaluarea și caracterizarea altor persoane este un aspect curent al vieții cotidiene, orice om

folosindu-și limbajul natural pentru a evoca și comenta evenimentele trăite împreună cu alții, narând episoade despre sine și despre ceilalți, transpuși acum în condiția unor personaje de narațiune. Limbajul de caracterizare al persoanelor a fost și standardizat socio-cultural, impunându-se sub forma unor variate tipologii caracteriologice – precum cea umorală și cea zodiacală în antichitate. În prezent se utilizează terminologia dezvoltată în cadrul doctrinei celor Cinici Mari Factori și ai Circumplexului interpersonal; dar ținându-se seama și de specificitatea relaționărilor în arie intimă și publică. Variantele tipologice ale Tb de Personalitate se exprimă și ele prin acești parametrii.

TP antisocială din DSM-5 – ce a fost amintită în prezentul paragraf - manifestă tulburări dispozițional caracteriale interpersonale, ce se plasează în cadranul superior al Circumplexului Interpersonal; exprimând constant și distorsionat dispoziții externalizate, dominatoare, asertiv agresive în raport cu alții, cu încălcarea normelor de conduită și comportament amoral. Toate acestea se poziționează la un pol opus față de conduita TP dependentă - ce a fost amintită în marginea tb anxios fobice; zonă în care se agregă persoane fără inițiativă și punct de vedere propriu, care în permanență doresc să fie conduse. Sunt doi poli opuși de perturbare ai „agenției” persoanei, care exprimă dimensiunea psiho-identitară a originării în sine a propriilor gânduri, intenții, motivații și acțiuni.

Pentru a putea comenta în continuare mai detaliat psihopatologia relaționărilor interpersonale și a identității caracteriale centrată de agenție, se va aborda în continuare problematica „psihopatiei”.

### **3.4. Clusterul psihopatiei**

a. Psihopatia în viziunea lui Cleckley și în perspectivă 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 a personalităților antisocial-

sociopate. Era prezentat un tip de om activ și deseori performant în societate, dar care are importante deficiențe în relaționările interpersonale și în respectarea normelor sociale și morale. Un om ce nu-și creează un drum ordonat și statornic în viață, deși poate fi temporar acceptat și apreciat social în multe medii. Aspectul esențial era sociabilitatea sa cuceritoare, care creează o mască de om normal și adaptativ; în spatele căreia însă sunt prezente multiple deficiențe, mai ales în ceea ce privește înțelegerea unor noțiuni ca responsabilitatea, generozitatea. Psihopatul lui Cleckley nu avea trăsăturile și caracteristicile tipurilor lui Kraepelin (excitabil, instabil, impulsiv, excentric, cverulent), ale celui „dissocial” (inamic al societății, distructiv, amenințător, turbulent, criminal) și nici a tipurilor descrise de Schneider (astenicul, depresivul, nesigurul pe sine, apaticul sau fanaticul). Chiar în raport cu ceea ce s-a conturat ulterior în DSM III ca personalitate antisocială există diferențe, lipsind caracteristicile de explicită și majoră agresivitate continuă, de ignorare gravă și sistematică a normelor de conviețuire și legale.

Psihopatul era caracterizat de Cleckley ca fiind activ, independent, sociabil, plăcut și convingător în relația sa cu alții, având un farmec superficial și o bună inteligență, stăpân pe sine, sigur, fără nervozitate sau simptome de serie nevrotică. Lipsesc de asemenea delirul și semnele de gândire irațională. Are o bună inteligență socială și este abil în a rezolva probleme interpersonale în folosul său. Pe de altă parte e un om complet lipsit de sinceritate, în care nu te poți încrede, 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 afectivitate restricționată. 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.



Cleckley descrie psihopatul ca „un om de lume” ce poate avea succese în diferite domenii sociale, descriind exemple de medici, psihiatri, avocați, oameni de știință. Deficiențele caracteriale comportamentale pot fi astfel deghizate, făcând destule victime. În aceste cazuri ar exista o mască a sănătății mentale (acesta este și titlul cărții – *The Mask of sanity*) care nu trebuie să demobilizeze psihiatrii. Autorul 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, semantică de afazie. Ar fi vorba de o incapacitate constituțională, 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 semenii.

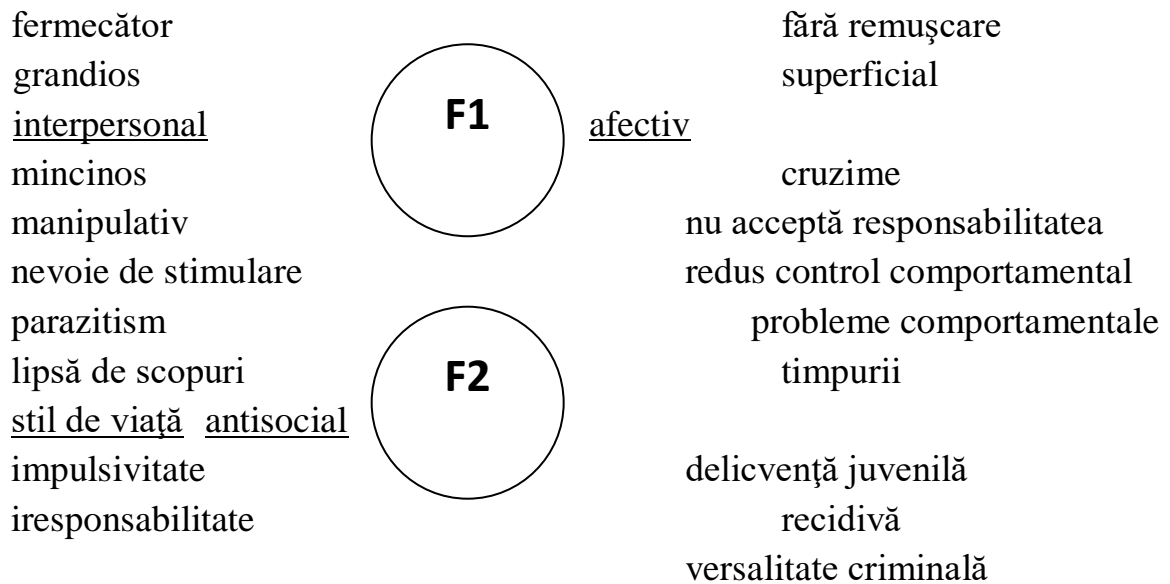
Psihopatul circumscris de Cleckley a rămas un tip de referință. Modelul său e construit în mare măsură categorial, prototipic – ca un caz tipic-ideal - nu dimensional. Stilul de abordare și circumscriere pleacă de la cazistică și se întoarce la ea. Lipsește de asemenea plasarea sa într-un context, într-un cadru mai general, ca cel al tradiționalelor personalități dizarmonice.

b/ 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, rămânând, după unele tatonări, la 20 itemi, cuprinși într-o scală de evaluare revizuită PCL-R. Aceștia sunt:

1. Farmec, șarm superficial;
2. Grandiozitate (sentimentul de capacități sporite, supraevaluate, aroganță);
3. Nevoia continuă de stimulare;
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 parazită; 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 infrațional; 20. Versalitate criminală.

Cercetările ulterioare au condus la o analiză factorială care a permis identificarea a doi supra-factori majori. Factorul 1 se referă mai ales la trăsăturile pe care subiectul le afirmă în timpul interviului, evidențiind o persoană încrezătoare în sine, rece sub aspect afectiv și care se folosește de semenii fără remușcări. Factorul 2 se referă mai ales la comportament, bazându-se pe informații din dosarul individului și evidențiind 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 identificată, cu o bună concordanță între diagnosticieni; fiind însă un construct ce rezultă parțial din instrument. În raport cu tipurile de personalitate descrise

categorial în DSM-5, ea apare ca o dimensiune de personalitate supraordonată. Dar perspectiva de a adăuga o dimensiune psihopatică fiecărui tip categorial de TP - încercată de Millon - nu s-a dezvoltat convingător. S-a impus însă observația privitoare la lipsa reacției de anxietate la „psihopatul primar” (Lyyked,1957); care ar fi predominant condiționată genetic, prin lipsa în encefal a unor structuri neuronale care să susțină emotivitatea socială și cea la situații surpriză; spre deosebire de „sociopat” (sau psihopatul secundar), a cărui devianță caracterial comportamentală ar rezulta predominant din influențele negative ale ambianței educative, care induc învățări patologice. Studiile ulterioare au precizat existența unor persoane care sunt efectiv lipsite de răspunsul biopsihologic firesc, reflexiv, la stressorii anxiogeni și de emotivitatea socială. Acestea sunt deficitare de obicei și în empatie, atașament, impresionabilitate, milă, sensibilitate la vinovăție. Ansamblul minusului bio-afectiv menționat, a fost etichetat prin expresia „Callous Unemotionality”- C.U. - (aspru-neemoțional). În DSM-5 se folosește expresia de „limitare a emoțiilor prosoziale” pentru cazurile cu tb de conduită și TP antisocială care sunt lipsite de emoții sociale, empatie și milă, de remușcări și rușine. Problema nu e însă doar psihopatologică ci general antropologică; căci emotivitatea socială redusă și mai ales lipsa reacției de anxietate și frică, poate fi o trăsătură ce se poate întâlni în cadrul populației generale, fiind uneori chiar utilă pentru unele profesii (e.g. selecția în trupe speciale de comando).

Un alt aspect care a atras atenția a fost cel al unei alte cazuistici decât cea a lui Cleckley, care avusese în vedere persoane din clasa mijlocie ce apelau la consultații ambulatorii. 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 recidiviști. 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 poate fi

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 clusterul mai larg al psihopatiei.

#### c/ Abordarea dimensională a psihopatiei

În contextul menționat mai sus, problema psihopatiei a fost abordată predominant dimensional și multifacetat. Unul din modelele ce s-au impus în ultimul timp a fost cel „triarhic” a lui Patrick și echipei sale, care are în vedere conjuncția a trei dimensiuni:

1. Prima dimensiune, conceptualizată ca îndrăzneală (*baldness*) se referă la: lipsa de emoții și frică socială, asertivitate, stabilitate emoțională, spirit de aventură; ea exprimă un tip special de dezinhibiție expansivă, prosocială și proactivă, însoțită de siguranță de sine, imunitate la stres, atitudine nepăsătoare, cu potențial interpersonal charismatic și cu căutarea noului.

Originile acestei trăsături trimit parțial la descrierile lui Cleckley a psihopatului ca om sociabil, plin de farmec seductiv, lipsit de anxietate și probleme nevrotice. Dar și la trăsături personalistice ce pot fi identificate prin diverse scale, ca de ex. cele grupate în clusterul Fearless Dominance (FD), unde e vorba de :- potențialul prosocial crescut; - lipsa de frică: - imunitate la stres. S-au găsit și alte corelații, precum: - în caracteriologia persoanelor normale la capitolul „trăsături extroversive” și „emoționabilitate pozitivă”; - în trăsăturile persoanelor ce performează pentru leadership; - la temperamentul hipertim (hipoman) etc.

2. A doua dimensiune e impulsivitatea. E vorba de comportamente externalizate, de actele îndrăznețe, neplanificate, realizate spontan, ca expresie a dezinhibiției și lipsei de autocontrol. Comportamentul externalizat presupune un deficit al funcțiilor executive și de control al impulsurilor și relaționărilor. El e prezent și în ADHD, în tulburările opozitiv provocatoare, în tulburările exploziv

intermitente, în tulburările de conduită ale copilului; dar și în manifestări impulsive nerelaționale ca pyromania și cleptomania.

O remarcă aparte a echipei lui Patrick se referă la faptul că, impulsivitatea se corelează de multe ori și cu afecte negative, ca anxietatea, depresia, sentimentul de culpă; ceea ce lipsește la psihopatul lui Cleckley și în general conceptului clasic de psihopatie. Totuși, tradiția cercetărilor asupra psihopaților criminali și delicvenți relevă prezența la aceștia și a unor subgrupe cu pronunțate trăsături de nevrozism și afectivitate negativă (Blankenburg). 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. și cea a restricției emotivității prosociale (din DSM-5). Indiferența și areactivitatea emotiv socială e în acest caz diferită de simpla ei „neglijare” din contextul experiențial al preocupărilor expansive, întâlnite la îndrăznețul întreprinzător și în stările de ușoară elatie euforică hipomană. Ea e acum una rece afectiv, corelată unui comportament bine controlat și calculat anemotiv; după model schizoid, dar cu o sociabilitate prezentă, manipulativă. Lipsită de empatie.

. Abordarea triarhică a psihopatiei acceptă variate combinații între aceste trei dimensiuni, cu diverse grade de intensitate; astfel încât cadrul clusterului psihopatiei devine mult mai flexibil și larg în manifestări decât în abordarea tradițională.

Alte comentarii privitoare la clusterul psihopatiei mai includ.

d/Psihopatul sadic și cel în serie. 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, ce-i satisface grandiozitatea. Într-o mărturie (citată de Stone) putem citi:

„Scopul cel 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 esență 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 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.

e/ 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 amorală, printr-o destul de 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 într-o colectivitate determinată . 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 într-un același mediu și cadru social, nu va favoriza o mascare și mai amplă a acestei cazuistici.

### **3.5. Relaționarea interpersonală și autonomia agențială a persoanei.**

Comentarea psihismului persoanei în marginea psihopatologiei ce e avută în vedere în prezentul text, se desfășoară între un pol al trăirilor actual-situaționale și unul al structurii identitare de fond, biografico-caracteriale și agențiale a persoanei. Relaționările interpersonal-sociale se plasează în raport cu această polarizare într-o zonă intermediară. Complexul de atașamente și raportări din aria intimă și cea publică a rețelelor sociale, structurează pânza de fond a unui mediu intrapsihic ce asigură - prin desfășurarea preocupărilor și proiectelor pe care le susține - o „adâncime temporală”, pentru „actualitatea” trăirilor situaționale; deasupra (în fața) persistenței duratei identitar-caracteriale a persoanei. Problematika menționată atrage atenția asupra conceptului psihologic al persoanei, ca instanță sintetizatoare și reprezentativă a psihismului individual.

Conceptul de persoană s-a impus în antropologie atât pentru a indica ansamblul integrat diacron al psihismului individului conștient, cât și pentru reprezentarea sa identitar caracterizantă în plan socio-cultural, ca ființă identificabilă. Faptul presupune, desigur, existența individului într-o „lume umană” dimensionată prin logos, norme și valori; căci identitatea sa biografică devine posibilă doar pe baza limbajului narativ și caracterizant. Mai precis, prin transcrierea în acest limbaj a evenimentelor pe care subiectul le trăiește situațional – transfigurate astfel în narațiuni în care el apare ca și personaj; urmată de asimilarea lor în durată memoriei sale identitar-biografice, și/sau de comentarea sa caracterizantă de către alții, dar și de către sine. Memoria structurată prin durată biografică stă la baza sentimentului identitar de persistență în timp a persoanei; și de apartenență la sine a trecutului.

Axul identitar biografico-caracterial al persoanei presupune, desigur, și un strat temperamental, constând dintr-un mănuchi de capacități dispoziționale, condiționate parțial corporal genetic, parțial experiențial; care sunt pe deoparte afective – anxioase, agresive, depresive, de relație etc.; pe de altă parte relaționale - de suspiciune, dominare agresivă, sumisiune, indiferență etc. Dispoziții ce sunt implicate și ele în evenimentele trăite, mai mult sau mai puțin relaționale, ce vor fi reținute mnestic în manieră narativă. Apoi, identitatea subiectului se forjează de-a-lungul ciclurilor vieții și prin constanta sa relaționare interpersonal-intersubiectivă; bază a „învățării” lumii umane și a diferențierii propriilor structuri psihice ale subiectului. Iar permanentele relaționări interpersonale sunt și o ocazie a introjecării imaginilor altora în structura propriului psihism și a autodefinirii sale identitar-caracteriale. În sfârșit, propriile acțiuni sunt în mare măsură argumentate și justificate de către subiect tot în termeni lingvistici, inclusiv pentru sine, prin dialog interior. Toate aceste aspecte lingvistice și interpersonale ale lumii umane, joacă un rol bazal în circumscrierea identității și agenției persoanei.

TP antisocială din DSM-5 și clusterul Psihopatiei exprimă constant și distorsionat dispoziții interpersonale dominatoare, asertiv agresive asupra altora, cu încălcarea normelor de conduită și comportament amoral. La un pol opus, TP dependentă agregă persoane fără inițiativă și punct de vedere propriu, care în permanență doresc să fie conduse, ca alții să decidă în locul lor. Sunt doi poli opuși de perturbare la nivelul „agenției”, care centrează identitatea psihismului său.

Sinele „agențial”, intențional-reflexiv și autogenerator-sintetizator al subiectului, se plasează în centrul psihismului organizat în jurul biografiei sale mnestice, pe care subiectul o resimte constant ca „aparținându-i”, ca „fiind a sa”. Biografie ce stă la baza identității sale, a eului său, împreună cu propria-i corporalitate, circumscriere socială și sistem introjectat de relaționări. Iar psihismul eului său identitar - „identific cu sine” de-a-lungul timpului și împrejurărilor dar și

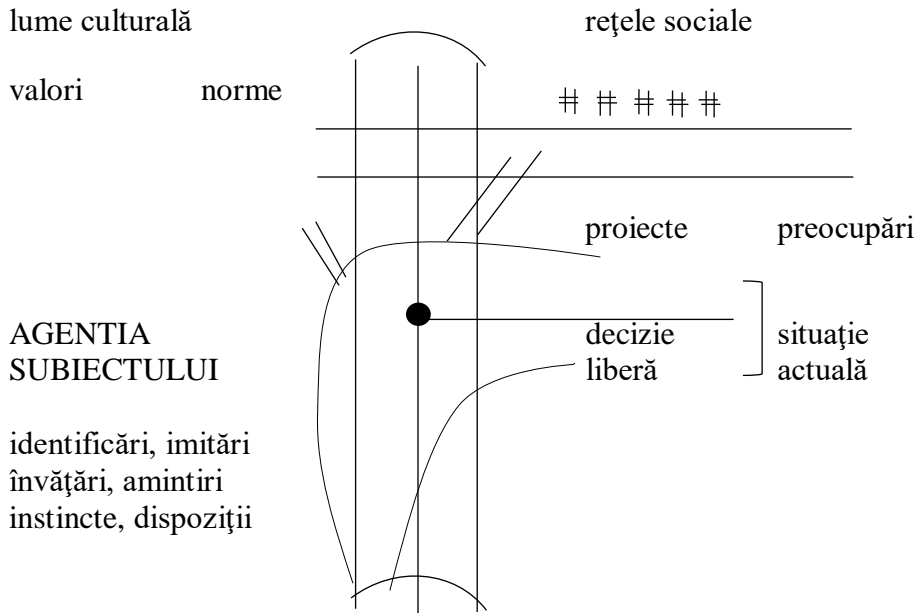


delimitat de alții, lume și situații - are o proprie structură agențial-motivațională. Orice persoană posedă un set propriu de cunoștințe, opinii, dorințe, proiecte, preocupări, relaționări, atașamente, puncte de vedere despre lume; precum și o reprezentare și opinie despre propriul eu, despre propria identitate, valoare și poziție în lumea sa umană. Iar atunci când are de rezolvat decizional o situație problematică el face apel la toate aceste instanțe, ținând în plus cont și de sugestiile, solicitările și ofertele actuale ale lumii sale interpersonal-sociale; deci, de cele ale altora, cu care dialoghează și se consultă, cărora le cere sfatul. Iar în contextul relaționărilor intime, el împărtășește și opțiunile celor apropiați. Totuși, sentimentul curent al persoanei normale e acela că, în cele din urmă, gândurile, deciziile și acțiunile „îi aparțin lui însuși”, asumându-și-le responsabil.

Polarizarea între atitudinea dominator-manipulatoare și cea dependent-sumisivă – pe care o exprimă didactic Circumplexul Interpersonal -, se întâlnește și în cadrul vieții de zi cu zi, manifestată în diverse modalități. De fapt, relaționarea curentă cu alții și cu instituțiile se desfășoară permanent prin mesaje de tip deontic, care exprimă ceea ce e permis, interzis și obligatoriu; ultimul aspect fiind transmis deseori ca poruncă. Iar legile și normele sociale de comportament sunt organizate și ele după o astfel de structură deontică (= permis-interzis-obligator). Totuși, în cadrul practicilor sale curente, subiectul recepționează și mesaje de modelare a imperativelor, formulate ca sugestie, sfat, recomandare, ofertă, promisiune, îndemn, încurajare, etc.

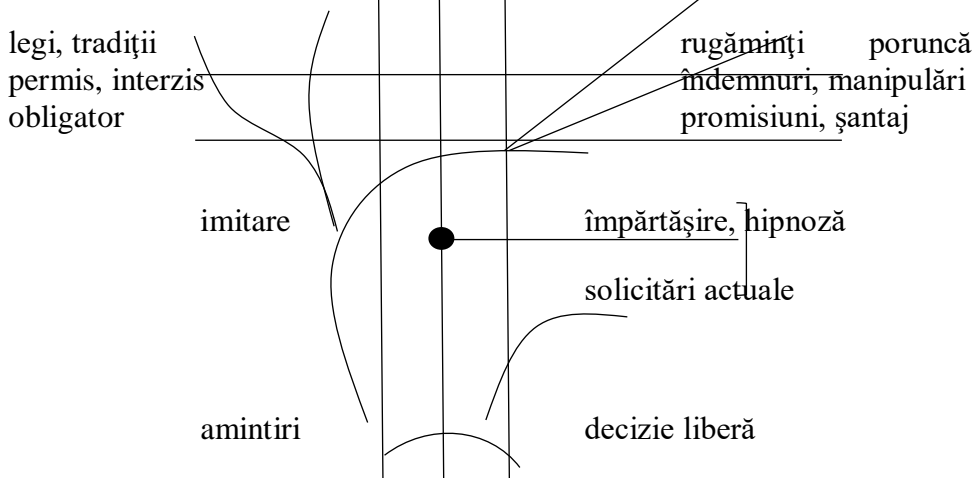
Menționata asimetrie relațională dintre dominația manipulativă și sumisiune, se exprimă în viața curentă în multiple modalități. În perspectiva psihopatologiei merită amintit la acest nivel contextul hipnozei, hipnotizatorul fiind agentul dominator și hipnotizatul cel dependent; iar în cazul sugestiei posthipnotice, acesta din urmă poate executa comportamente a căror inițiativă nu i-a aparținut, considerându-le în consecință „ca nefiind ale sale”. Modelul hipnozei a fost mult

Chenar 32-a

**Autonomia agenției**

În normalitate subiectul are sentimentul că « el este autorul ultim » al trăirilor, gândurilor și actelor sale.

Chenar 32-b

**Influențe ale alterității asupra agenției subiectului**

comentat la începutul sec XX în contextul studierii histeriei lui Charcot; având replici și în psihopatologia actuală în cadrul tb. disociative. O altă variantă de tulburare la nivelul trăirii agenției o întâlnim în tb. obsesiv compulsivă, în care subiectul resimte gânduri și intenții de act parazitare, ce îi apar în conștiință fără voia sa, împotriva cărora luptă; fără a le putea înlătura – dar și fără a trece la act. Obsesiile nu sunt însă resimțite ca impuse de o alteritate; ci ca afirmându-se în marginea firescului său „curs ideativ”; alături de care se desfășoară și amintirile, reprezentările - mai mult sau mai puțin intruzive -, inclusiv cele intime, referitoare la secretele personale.

O trăire psihopatologică aparține în aria resimțirii agenției poate apare însă în cadrul psihozelor, prin sindromul de „transparentă și pasivitate psihică” din unele deliruri. Pacientul cu astfel de simptome „de transparentă-influență” are sentimentul că alții, apropiați sau străini, îi cunosc, supraveghează și comentează gândurile cele mai intime; că unele gânduri, decizii, sentimente și comportamente „nu-i aparțin”, că i-au fost impuse și „introduse în cap” de la distanță; de către dușmanii „care-i controlează și îi dirijează astfel mintea”; la nivelul propriei intimității, a toposului agențial în care acestea se originează. O astfel de perturbare a autonomiei agenției presupune, desigur, un deficit disfuncțional important al structurii sale de organizare identitare pe diagrama intim-public. Deficit disfuncțional care-l extrage din inserția sa firească în rețelele interpersonale ale viții cotidiene.

În aria identității și autonomiei persoanei, psihopatologia e provocatoare, simptomatologia ei solicitând modelări și interpretări comprehensive.

### Anexa Cap 3

#### Tb de personalitate și structura identitară a persoanei

Nosologia psihiatrică și problematica personalității. Diagnosticul de Tulburare de Personalitate - TP – s-a impus treptat în a doua jumătate a sec. XX în continuitatea „constituțiilor morbide” comentate la începutul acestuia. În sistematica nosologiei psihiatrice ele vizau disfuncția „terenului personalistic” și se polarizau cu „reacțiile circumstanțiale anormale” sugerate de Jaspers; iar împreună cu „nevrozele”- interpretate mai ales psihanalitic – constituiau „mica psihiatrie”. Baza clinicii psihiatrice o formau însă, pe parcursul sec. XX, psihozele endogene, ce gravitau în jurul cuplului instituit de Kraepelin: boală bipolară – schizofrenie; și care reprezentau „marea psihiatrie”, plasată în continuitatea celei azilare din sec. XIX. Psihozele pretindeau instituționalizarea, datorită „intensității clinice” a perturbărilor psihice și a deficitului în „testarea realității”, cu consecințe negative asupra comportamentului de autoîngrijire și interpersonal.

Schema tradițională menționată mai sus, s-a metamorfozat spre sfârșitul sec. XX în contextul dezvoltării psihiatriei comunitare, a neuroștiințelor și cognitivismului; referința putând fi plasată în 1980, odată cu publicarea manualului de diagnostic american DSM-III. Acesta renunța la termenul de nevroză și la cel de „endogenie” (pentru psihoze) introducând un diagnostic pe 5 axe, una specială fiind destinată tb psihice persistente, în esență TP. Au urmat ani de crescut interes și studiu al acestei categorii, într-o perioadă în care s-a dezvoltat amplu și psihologia relaționărilor interpersonale. Ediția din 2013 a DSM-5 a renunțat însă la diagnosticul pe axe, deschizându-se față de preocupările privitoare la „continuumul psihopatologic” dintre simptomatologia entităților categoriale și dintre acestea și normalitate. Fapt care a contribuit, și el, la regândirea problematicii tulburărilor de personalitate; într-o epocă în care se realiza o globalizare generalizată și se dezvolta psihopatologia evoluționist culturală.

Problema implicării conceptului de personalitate în psihopatologie se dovedește a nu fi simplă. Pe deoparte, datorită complexității conceptului de persoană, centrat pe re-prezentarea psihismului individual în raport cu instanțe umane exterioare. Iar pe de alta, dificultății de a contura condiția specifică

### Repere din istoria a conceptului de persoană

Psihologia s-a născut ca disciplină teoretică în cadrul speculațiilor filosofice din antichitate asupra cunoașterii, prin cartea DE ANIMA a lui Aristotel. Coceptul de persoană nu e invocat însă în psihologia greco romană – și în noetica scolasticii medievale - el semnificând inițial o re-prezentare a unei instanțe umane în fața desbaterii colectivității din agora, la tribunale sau la teatru (etimologic, termenul ar deriva de la latinescul “per-sona” – mască teatrală); probabil și cultul roman al statuilor publice s-a înscris în acest înțeles. Noțiunea de persoană a fost însă asimilată de dogmatica creștină pentru a indica cele trei hipostaze ale Dumnezeuului triontic, care se iubesc între ele – prin “perihoreză” – din eternitate. ( Creștinismul e o religie “personalistă”, subiectul I se poate adresa personal lui Dumnezeu din stăfundurile sufletului său, iar acesta I se poate adresa direct).

În Europa de după Renaștere, psihologia teoretică s-a îmbogățit cu noi concepte, precum cel de eu, sine, conștiință, subiectivitate, percepție etc; iar comentariile despre firea oamenilor s-au desfășurat în perspectivă caracteriologică și autobiografică, prin scris; fiind răspândite de tipar. Sinteza etică a lui Kant de la sfârșitul iluminismului, a speculat însă că omul: se poate împărtăși din “dimensiunea angelică” a persoanei (divine) prin exercitarea “imperativului categoric”. În sec. XIX când s-a dezvoltat psihologia experimentală, limbajul acesteia era dominat de doctrina facultăților – cognitivă, volitivă, afectivă - ignorând conștiința, eu, sinele și persoana. Conceptul de persoană a început să joace însă progresiv un rol tot mai important în societatea civilă, în circumscrierea și identificarea cetățenilor, vorbindu-se despre personalități publice, creatoare, istorice etc. El și-a păstrat și deschiderea spre contactul cu transcendența, prin doctrinele filosofico-teologale personaliste. În psihopatologie s-a descris acum dubla personalitate și depersonalizarea.

La începutul sec. XX, sinteza psihopatologiei generale pe care a făcut-o Jaspers a implicat, în tradiție kantiană, un psihism centrat de un eu conștient și sintetizator, ce se referă la situații actuale comprehensive. Acesta are în fundal o identitate personalistă, biografico caracterială, ce menține o coerență sincronă și diacronă a existenței și a prezenței sale la lume. Iar subiectivitatea conștientă de sine a persoanei resimte constant că trecutul și proiectele îi aparțin; că propria “agenție” se află sub control autonom; cu toate interacțiunile, uneori duale, cu alții ( psihismul persoanei e centrat, unitar, organizat și delimitat). Persoana din concepția lui Jaspers e deschisă nu doar spre alții și lume, ci și spre transcendență; ea fiind capabilă de libertate, autodeterminare, creație întru nou. Psihopatologia, mai ales cea psihotică, alterează diverse instanțe ale acestei structuri identitare personaliste.

În sec. XX, conceptul de persoană și-a menținut înțelesul de inserție a subiectului în dimensiunea socio culturală a lumii sale umane și de sinteză a propriei identități. Direcții în care se continuă, și în prezent, promovarea în plan mondial a ” drepturilor și demnității persoanei umane”. Dezvoltarea fenomenologiei a revalorizat trăirea subiectiv-conștientă a propriei corporalități, ca una din cele trei nivele ale identității proprii, implicată în relaționarea intersubiectivă cu alții. Psihologia persoanei ce s-a dezvoltat în a doua jumătate a acestui veac, a continuat proiectul psihanalitic și a dezvoltat tema relaționării interpersonale, centrându-se însă mai mult pe caracteriologie ( și elaborând doctrina celor Cinci Mari Factori).

Psihologia persoanei s-a dezvoltat însă și în alte direcții, ca cea narativă; a cărui model ar putea fi rezumat astfel: Persoana identitară ce se raportează continuu la evenimente problematice actuale, generează pentru rezolvarea acestora scenarii, în care ea este eroul principal; ulterior ea elborează regii și se implică în roluri, rezolvând prin participare directă problemele situaționale ce o afectează. Episodul astfel trăit este integrat în biografie. În rezumat: Instanța psihică a persoanei ar consta și dintr-un generator intențional de scenarii în raport cu problematica situațională a unei lumii ce o afectează, regizând și jucând apoi rolurile corespunzătoare; și edificându-și astfel o biografie trăită pentru existența dintre nașterea și moartea sa. Această perspectivă include alteritatea în persoană și susține un orizont etc.

psihopatologiei psihotice, în esența ei realizată printr-o specifică depersonalizare - transpersonalizantă ce conduce la delir și dezorganizare anonimizantă; în raport cu cea nepsihotică, centrată pe distorsiunea raportărilor situaționale.

Conceptul de persoană nu a jucat vre-un rol în tradiționala psihologie filosofică, ce a funcționat din antichitate până în sec.XIX.(.). Odată cu dezvoltarea semiologiei psihopatologice în acest veac, el a fost invocat în două sindroame: - dubla personalitate, corelată persoanei sociale și problematicii histeriei lui Charcot (sindrom care a avut însă ulterior o arie restrânsă de interes); și, - sd. de depersonalizare/derealizare, descris în sec. XIX prin sentimentul pierderii conținutului identitar-agențial și al atașamentului subiectului față de sine, alții și lume. Acest sens al depersonalizării a fost reluat și amplificat de Jaspers la începutul sec. XX, pentru a comenta metamorfoza psihotică ce o trăiește psihismul în procesul alienant al „delirului primar”, cu transpunerea sa într-o „lume delirantă”;(Personalitatea fiind înțeleasă de Jaspers în perspectiva lui Kant, ca ansamblul diacron și coerent identitar – centrat, unitar și delimitat - al existenței psihice a subiectului, dimensionat printr-un eu-conștient-subiectiv, având o agenție liberă, creatoare și deschisă spre alteritate, cultură și transcendență, cu un propriu profil caracteriologic).

Semnificația personalității ca factor de integrare identitară a subiectului conștient, inclusiv în perspectivă socio culturală, a funcționat de-a-lungul sec XX mai ales într-un sens antropologic general, socio-juridico-cultural (= respectarea demnității persoanei umane). În paralel, s-a dezvoltat pe parcursul acestui secol o psihologie experimentală cantitativă „de laborator” și psihanaliza. Spre mijlocul său, s-a impus și o „psihologie a persoanei” centrată pe caracteriologie, ulterior și pe relaționările interpersonale. Iar în a doua jumătate a secolului, a câștigat progresiv teren – mai ales după apariția DSM-III - conceptul de Tulburare de Personalitate; cu referință la manifestarea distorsionată a relaționărilor interpersonale la nivel temperamental caracterial, cu conduite disociale, în mijlocul vieții cotidiene. Dar viziunea lui Jaspers privitoare la sensul biografic, identitar și integrator al persoanei conștiente - care asigură autonomia, coerența și agenția subiectului - s-a păstrat, chiar dacă marginal; și a fost reluat în ultimele decenii în contextul studierii psihozelor.

O dezbateră privitoare la implicarea „instanței persoanei” în psihopatologie – cu menținerea atât a fațetei sale de structură temperamentală caracterială cât și a celei de sinteză a identității biografice a subiectului autonom și unic, centrat de sinele intențional reflexiv - e stimulativă pentru efortul de a apela la tulburările psihice, în vederea circumscrierii specificului uman al psihologiei. Fapt ce se impune cu insistență, odată cu dezvoltarea psihologiei și psihopatologiei evoluționist culturale.

Chenar 34

### 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 degenerescenței. 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 și 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, menționează și el personalități psihopate, în ediția din 1904 fiind comentate 4 tipuri: minciinosul patologic și escroc, criminalul impulsiv, criminalul profesionist și vagabondul morbid. Ediția din 1915 cuprinde două clase: - cazuri cu tulburări comportamentale: excitabilul, instabilul, impulsivul, excitatul, minciinosul și escrocul, antisocialul și certărețul și – 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 degenerescenței, așa zisele „constituții morbide”, cum ar fi: constituția emotivă (anxioasă), cea paranoidă, histerică etc. Apoi, în prima jumătate a sec.XX Schneider publică o carte privitoare la „personalități psihopate” pe care le consideră 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; a fost introdus și un sistem de diagnostic pe axe, care diferențiază tulburarea episodică de cea persistentă, ultima incluzând TP.

Tulburările de personalitate în nosologia psihiatrică actuală. În cazul TP e vorba, deci, de persoane care continuă să-și desfășoare 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 TP pot fi însoțite 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, ale copilului și adolescentului. Pe de altă parte, multe din modelele comportamentale din T.P. ale adultului sugerează asemănări cu simptomatologia unor tulburări mentale, inclusiv psihotice. Faptul a fost comentat încă din prima jumătate a sec. XX, fiind avut în vedere și de actuala doctrină a spectrelor maladive.

În prezent atât sistemul DSM-5 cât și ICD-11 păstrează categoria tulburărilor de personalitate. Au fost deja amintite în text circumscriverile făcute în DSM-5(2013) pentru TP: - Cea tradițională, cu referire la disfuncții cognitive, afective, a funcționării interpersonale și a controlului impulsurilor; tulburare ce se instituie la sfârșitul adolescenței și durează mult timp; cu descrierea categorială a 10 tipuri. Și - Cea opțională, dimensională, care trimite la: deficitul de funcționare socială reflectat în empatie și intimitate, cel de autodirecționare comportamentală și de resimțire a identității proprii; circumscrierea tipologică fiind recomandată prin utilizarea sistemului celor Cinci Mari Factori.

Felul în care au fost circumscrise TP în ultimele decenii favorizează interpretarea lor ca și cazuri la care: dimensiunea temperamentală caracterială a persoanei identitare se organizează deficitar disfuncțional, neechilibrat și constrângător; unele potențialități dispoziționale, mai ales interpersonale, manifestându-se excesiv, iar altele deficitar; astfel încât, patternul comportamental e neadecvat și perturbator interpersonal social. Dar se poate remarca faptul că, atât în varianta dimensională din DSM-5 cât și în cea din ICD-11, se acordă recent o atenție crescută și raportării deficitar distorsionate la sine, la resimțirea identității, autodezvoltare, acuratețea percepției de sine – ca fiind unică, cu limite clare în raport cu alții, privitor la stabilitatea stimei de sine, la autodirecționare, autocontrolul impulsurilor etc. Un astfel de inventar indică interesul crescând pentru înțelegerea dimensiunii persoanei și ca o cupolă integratoare diacron, pentru dimensiunea identitară de ansamblu a psihismului persoanei. Fapt important pentru a se putea articula studiul psihopatologiei nepsihotice cu cea psihotică.



Chenar 35

**Cele zece tipuri de TP descrise în DSM-5 se caracterizează prin:**

T.P. paranoidă: - neîncredere, suspiciozitate continuă față de alții; impresia că alții îl prejudiciază, nu sunt loiali și corecți cu el, folosesc informațiile despre el împotriva sa; interpretează evenimente neutre ca ostile, se simte ușor ofensat, atacat, înșelat de partener.

T.P. schizoidă: - 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; afectivitatea e rece, plată, tocită.

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

T.P. antisocială - e inflexibil în atitudini și comportamente neglijând sau violentând drepturile altora, prin: neconformarea la normele sociale cu comportamente ce constituie motive de arest; încorectitudine, minciuni, manipularea altora pentru profit sau plăceri personale; impulsivitate sau incapacitate de a face planuri; iritabilitate și agresivitate cu confruntări sau atacuri corporale; neglijență pentru siguranța personală sau a altora; lipsă de comportament consecvent în muncă ori de a-și onora obligațiile financiare; lipsa de remușcare, indiferență față de faptul de a face să sufere, de a maltrata sau fura de la altul.

T.P. histrionică: - atragerea atenției celorlalți asupra sa printr-un comportament hiperexpresiv; comportament provocator inadecvat, inclusiv sexual; îmbrăcăminte stridentă, mimică și gesturi teatrale; vorbire afectată ce atrage atenția; autodramatizare, teatralitate, exagerarea expresiei emoționale; consideră relațiile apropiate ca mai intime decât sunt de fapt.

T.P. instabil emotivă, „marginală” – instabilitate în relațiile interpersonale, privitor la imaginea de sine, afecte, cu marcată impulsivitate; eforturi de a evita abandonul (real sau imaginar); relațiile interpersonale oscilează între extrema idealizării și devalorizării; impulsivitate cu potențial de autovătămare (abuz de substanțe, sex, alimentare impulsivă, conducere riscantă), repetate gesturi de automutilare și parasuicid; oscilații între disforie, iritabilitate, anxietate; sentiment de vid interior; dificultate de a-și controla furia; ideatie paranoidă tranzitorie.

T.P. narcisistă - 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 - inhibiție socială cu preocupări de neadecvare și hipersensibilitate la evaluări negative; evită activități profesionale care presupun multe contacte interpersonale; nu se apropie de altul decât atunci când e sigur că va fi acceptat, are relații intime restrânse de frica ridiculizării; se vede pe sine neatractiv social, inferior altora; e reținut în a se angaja în acțiuni noi riscante.

T.P. dependentă este excesiv de sumisivă față de altul cu pronunțată frică de separare. Are dificultăți să ia decizii singur, să-și asume responsabilitatea, să-și exprime dezacordul față de alții, să inițieze singur proiecte și să le ducă până la capăt (din lipsa încrederii în sine), face eforturi de a obține acceptarea și suportul altuia, chiar făcând 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.

T.P. obsesiv compulsivă – preocupare excesivă cu ordinea, perfecționism, control mintal și interpersonal, în defavoarea flexibilității, deschiderii și eficienței: - excesiv dedicat muncii și productivității, cu neglijarea recreerii și relaționărilor; - preocupare crescută cu detaliile, regulile, listele, organizarea, orare și programe. pierzând din vedere scopul principal; - perfecționism care interferează cu finalizarea sarcinilor; - incapabil să scape de lucruri uzate, fără valoare; - excesiv de conștiincios, scrupulos și inflexibil în ceea ce privește moralitatea; - are greutate în a lucra cu alții, dacă aceștia nu se conformează complet stilului său; - zgârcenie; - e rigid și încăpățânat.

Sistemul de diagnostic DSM-III, care a susținut interesul crescut din ultima perioadă asupra TP, a cultivat o tipologie categorială a acestora, descriptivă și nesistematică, cu menționarea a zece tipuri, caracterizate prin itemi preciși – deci, ușor reproductibilă. Într-un fel, el urmează opțiunea lui Schneider din prima lucrare publicată la începutul sec. XX privitor la personalitățile psihopate, care descrie tot un număr finit de tipuri, folosind însă un limbaj nepsihiatric și o opțiune doctrinară cu trimitere la ”caracteriopatii”, diferite de „bolile psihice”(ce ar avea un substrat organic). Recenta variantă a TP din ICD-11 (2019) propune o etichetare a cazuisticii tot necategorială, bazată pe referința la 6 calificatori: afectivitate negativă, detașare, dissociabilitate, desinhibiție (impulsivitate), anancasm, (preocupare cu ordinea) și marginalitate („pattern borderline”- cu referință la instabilitate psihică).

Ceea ce merită atenție în redactarea TP în ICD-11 este nu doar trimiterea explicită la perturbarea sinelui identitar și limitarea în timp a tulburării (peste 2 ani), ci și evaluarea a 3 grade de intensitate.

Intensitatea ușoară face tranziția spre normalitate, cea medie definește domeniul. Intensitatea pronunțată a TP face însă dificilă sau imposibilă menținerea sa în mijlocul vieții cotidiene; iar direcția acestor cazuri e fie către penitenciare, fie spre instituțiile psihiatrice, dată fiind marginalitatea lor față de psihoze. S-ar putea accepta această provocare în perspectivă metodologică. Pentru edificare vom alege două tipuri dintre cele categoriale ale DSM-III-IV: cea mai puțin și cea mai intens studiată: TP schizoidă și TP marginală (borderline).

TP schizoidă nu a beneficiat de multe studii sistematice, deși profilul ei e ușor de circumscris iar interesul pentru acest domeniu datează din prima jumătate a sec. XX, de pe vremea lui Kretschmer. În prezent pare destul de convingătoare plasarea sa în aria „spectrului schizofren”; dar, spre deosebire de TP schizotipală, ea nu prezintă un profil simptomatologic propriu suficient de consistent, definirea sa fiind mai ales prin itemi negativi: gamă restrânsă de expresie a emoțiilor...detașare în relațiile sociale...afectivitate rece, plată, tocită....lipsă de interes pt relații sexuale sau de prietenie, confidențe....preferă activități solitare...indiferent la critici și părerea altora despre sine. Un astfel de tablou negativ ar putea fi totuși instructiv, dacă: a/se are în vedere ansamblul structurilor de cogniție și relaționare interpersonal socială ( ) ce implică : sociabilitatea, emotivitatea socială, empatia, intimanța, atașamentul; și – b/ se ține cont de ansamblul stărilor psihopatologice în care acestea sunt afectate.

TP. Schizoidă se caracterizează printr-un deficit general al sociabilității; aspect care o apropie de autismul developmental. Deși se diferențiază parțial de spectrul lărgit al acestuia prin absența stereotipiilor, a nevoii de rigidă delimitare, a abilităților constructive și interesului pentru cifre, multe alte asemănări susțin ideea unei astfel de intersecții. Aplatizării sociabilității se adaugă cea a emotivității sociale, a atașamentului – cu o existență solitară – și apragmatismul. Un aspect eventual specific schizoidului ar fi cel al atașamentului său pentru lectură, cuvinte și domenii abstract speculative. Punerea în balanța a TP schizoide cu psihopatul Cleckley sugerează că areactivitatea la anxietate și emoții sociale – milă, remușcare – e o dimensiune independentă, ce poate coexista și cu o sociabilitate cuceritoare și amoral exploativă; sau cu una dominatoare, manipulativă și agresiv sadică. La schizoid lipsesc vectorii psihici care să articuleze subiectul cu alții convingător și uneori cu valente de leadership, chiar în absența capacităților de atașament, intimanță și empatie. Persoanele schizoide au o set dispozițional redus, centrat pe dimensiunea indiferenței. Alături de alte clase tipologice al tulburărilor de personalitate, profilul schizoidului ne poate sugera aspecte ale dimensiunilor psihice de relaționare și de afectivitate, a căror deficit se exprimă în psihopatologie, conturându-le.

TP marginală – „borderline”- a fost una din cele mai studiate în ultimele decenii, implicată în variate interpretări psihopatologice și cure psihoterapeutice. Profilul său de circumscriere semiologica ne trimite spre o majoră instabilitate psihică, cu hetero și autoagresivitate impulsivă, în contextul relaționărilor cu o persoană de atașament centrală; pacientul oscilează, nemotivat, între: sumisiune cu adulație...dominare conflictual agresivă...suspiciune..indiferență,...atitudine distantă;fundalul dispozițional afectiv predominant e anxios depresiv -disforic-uneori agresiv, cu perioade de vid interior (depersonalizant); sentimentul identității (cu sine) e fragil; comportamentul e frecvent impulsiv (incluzând adicție, comportamente riscante și autoagresive).

În cazul TP marginale se impune deficitul de „coerență centrală” a psihismului persoanei în jurul unui sine-eu stabil și conturat, ce să se raporteze la un alter-ego de atașament bine definit, în cadrul unei echilibrate relații duale, inserată într-un evantai de relaționări apropiate și publice; care să permită ordonarea concentrică a unei „lumi umane personale”. Perturbare ce evidențiază un alt sector esențial al psihismului persoanei, ce se organizează în jurul nuclearității sinelui relațional.

## **CAP. 4 TULBURĂRILE DISOCIATIVE DE IDENTITATE.**

### **POVESTEA HISTERIEI 19.03.2023**

În nosologia psihiatrică actuală e prezent un capitol consacrat tulburărilor disociative, care reunește o simptomatologie ce tradițional era inclusă în cadrul histeriei circumscrise de Charcot; capitol care e comentat alături de cel al tulburărilor corelate traumei și stresurilor. Patologia disociativă identitară (și conversivă) se referă la tulburări care în societățile industrializate au devenit relativ rare, așa cum sunt: - tb. ale memoriei identitare (și dubla personalitate); - tb. identitare de transă, cu sau fără posesiune (de spirite), - tb. conversive somatice etc. Această patologie se încadrează în grupajul nosologic care tradițional era etichetat ca „nevrotic”; deși s-au descris în mod repetat și „psihoze histerice sau disociative”, cu punct de pornire în tb identitare de transă cu posesiune. Patologia disociativă poate fi comentată apoi și din perspectiva reacțiilor exagerate la stres - de ex. leșinul psihogen; precum și din cea a tb. de personalitate „histrionice”, caracterizată prin hiperexpresivitate captativă și imaginar narativ bogat. Ea merită o atenție specială deoarece exprimă o afectare aparte a structurii identitare mnestic-biografice și socio relaționale a persoanei. Aceasta, deși își păstrează un contur exterior, trăiește o dedublare însoțită de pasivizarea agenției și de sumisiune relațională, deseori cu reducerea vigilității conștiente. Deficit identitar care, împreună cu sindromul de depersonalizare/derealizare - plasat în clasificările actuale tot în această clasă -, constituie o adevărată avantcameră pentru patologia psihotic delirantă.

#### **4.1.Tulburările disociative în manualele actuale.**

Tb.disociative sunt un grupaj de manifestări psihopatologice care derivă din clasică patologie histerică studiată de Charcot la sfârșitul sec. XIX, agregându-se

între doi poli. La un capăt se plasează deficiențe în funcționarea corporală exprimate hiperexpresiv, impresionabile pentru anturaj, care în psihanaliză au căpătat eticheta de “histerie de conversie somatică”. Nucleul acestora e constituit de marea criză de leșin, ce trebuia diferențiată tradițional de criza epileptică; la care se adaugă tb. motorii, senzoriale, de vorbire, auz, văz etc. La alt pol întâlnim tulburări ale identității, constând din episoade comportamentale însoțite de trăiri subiective ce sugerează că subiectul nu-și mai controlează adecvat identitatea biografico socială și agenția de acțiune; plasându-se într-o stare de pasivizare relațională, frecvent însoțită de o vigilitate deficitară. Identitatea poate fi resimțită ca dedublată, multiplicată, substituită, neamintită, abolită. Clasificările recente includ în acest grupaj și sd. de depersonalizare/derealizare, ce constă din sentimentul subiectiv al unei detașări de propria identitate psiho corporală și de lumea umană înconjurătoare.

În prezent DSM-5 comentează distinct cele două grupaje, vechea histerie de conversie somatică fiind prezentată în clasa **Tb. centrate pe disfuncții corporale**. Sistemul ICD-11 păstrează însă sub această etichetă întreg ansamblu tradițional derivat din simptomatologia histeriei. Motiv pentru care îl vom prefera.

**Tb. disociativă** se referă, în ICD-11, la următoarele grupaje simptomatice:

**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.disociative 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; amnezia poate fi și parțială sau selectivă;(uneori ea se corelează cu deplasări și acțiuni necontrolate reflexiv, constituind „fugi” sau „stări crepusculare de conștiință”).

\* 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 mișcărilor și comportamentul său sunt controlate de acest agentul care-l posedă, care 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. reacția 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 incluse în ICD-11 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; despre care probabil au auzit. Faptul s-ar explica prin aceea că milenara histerie, deși a fost prezentă explicit în nosologia psihiatrică din prima jumătate a sec. XX - ca nevroză histerică -, a tins progresiv să dispară din diagnosticele oficiale; până când termenul a chiar fost scos din nomenclatorul psihiatriei. Faptul s-a datorat în parte condiției stigmatizante a unei astfel de etichetări - care, în conformitate cu tradiția, trimitea spre o hipersexualitate (feminină) provocatoare. Din altă perspectivă însă, se poate considera că un rol important l-a jucat și schimbarea stilului vieții sociale în societățile postindustriale, în care contactele interpersonale au ajuns să fie mediate

tot mai mult prin tehnologie; ori una din caracteristicile acestei patologii consta într-o hiperexpresivitate captativă situațională, care viza oamenii cu care pacientul se întâlnește față în față.

De fapt, corelarea manifestărilor hysterice cu structura vieții sociale s-a manifestat explicit încă din epoca lui Charcot și Freud. Iar histeria din sec. XIX avea fațete suplimentare în raport cu cea antică, după parcurgerea perioadei în care în medicina Europei s-a dezvoltat magnetismul animal, sugestia hipnotică și doctrina inconștientului; iar conceptul de persoană socială s-a impus în cultura Europei. Desigur, stările de transă corelate cu posedarea subiectului de ființe supranaturale (zei, spirite) datau de demult; la fel ca interpretarea stării malade ca „posesiune de spirite” - concepție ce precede chiar și histeria medicinei hipocratice. Dar, dubla personalitate socială, sentimentul de automatism consecutiv înstrăinării agenției, pierderea memoriei identitare și cea a atașamentului față de propriul sine (din sd. de depersonalizare), s-au diferențiat mai ales în noua societate a Europei pe cale de industrializare; în care, conceptul de identitate și autonomie personală s-au afirmat tot mai mult. Doctrina inconștientului care a trecut în prim plan la începutul sec. XX și a favorizat dezvoltarea psihanalizei, avea drept referință un cetățean caracterizat printr-o viață profesională și de familie relativ stabilă. În această atmosferă socio culturală, sondarea inconștientului de către psihanaliză a descifrat faptul că identitatea subiectului nu e ceva monolitic; ci ea cuprinde în însăși constituția sa alteritatea; de vreme ce deja din copilărie eul autonom se constituie în conjuncție cu introjectarea imaginilor parentale, cu care el întreține ulterior un conflict intrapsihic. Perspectiva psihanalitică a făcut astfel mai transparentă și relativ comprehensibilă dedublarea psihică ce se petrece în stările disociative.

Dar spre sfârșitul secolului XX însă, această societate a vremii lui Freud – ce devenise și ea tradițională - a explodat la rândul ei; odată cu postmodernitatea și



globalizarea, în care viața socială a devenit tot mai circumstanțială și mediată de tehnologie. În noua atmosferă socială, diversele culturi conectându-se, perspectiva istorică a psihopatologiei a devenit mai transparentă. În consecință, arhaica – pentru Europa de azi – stare de transă cu posesiune (de zei sau spirite), devine din nou actuală, reapărând frecvent în diagnosticele pacienților din multe țări de pe glob; fiind plasată în clasificarea din ICD -11 a OMS alături de amnezia disociativă și de crizele de leșin pseudo-epileptic, în marginea obișnuitelor stări de transă.

Ținând seama de cele menționate mai sus, un scurt excurs în istoria histeriei se impune ca util și chiar ca necesar.

#### **4.2. Povestea histeriei**

**a/ Histeria antichității și complexul șamanic.** În istoria medicinei occidentale histeria a fost comentată din vremea Greciei antice, alături de epilepsie. În Corpusul Hipocratic este refuzată 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 care, era o boală masculină prin excelență; dar a cărei etichetare populară de “morbus sacer” mai făcea, totuși, trimitere la posedarea omului de ființe supranaturale: zei, demoni sau alte spirite. Medicina hipocratică a combătut această concepție tradițională, fără a putea îndepărta complet 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 pentru histerie o formă letargică, una în care predomină sufocația și alta motorie; observație care sugerează ca diapazonul de manifestări psiho-somatice din histerie nu se reducea nici pe atunci la patologia pseudoneurologică, așa cum tinde să le le circumscrie Charcot și clasificările actuale. Pe lângă plasarea în marginea epilepsiei - ca o variantă eșuată, slabă, „feminină” a acesteia – histeria aducea 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 erau tulburări importante, care îi alertau pe cei din jur și îi puneau 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 medicinei, în care o patologie somatică importantă e doar mimată hiperexpresiv, în jurul unei stări de leșin.

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 aparte; în care, alături de 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 nu-i ascultase întocmai porunca – întunecându-i astfel acestuia periodic mintea; când era stăpânit de spirit, Saul nu se mai putea controla.... și arunca cu lancea în David. În acest univers spiritual ebraic trăiau, pe vremea stăpânirii romane, 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 mai ales 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 “medicine man”.( Dintre care, o parte au mai putut fi studiați de către etnologi în sec.XIX și XX). Caracteristicile acestei activități sunt amplu comentate de Eliade în monografia sa privitoare la șamanism.( ).

Chenar 35

### **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, urmată de 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 acces la spirite protectoare și spirite ajutătoare – de obicei sub formă de animale, a căror limbă o cunoștea, venerând și anumiți zei – fără a 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 șamanului în transă, situație în care sufletul său părăsea trupul și călătorea în lumea spiritelor; de aici, după mai multe peripeții, sufletul i se reîntorcea în trup, readucându-l și pe cel al bolnavului, pe care-l găsisse la răpitori. Urma „trezirea” șamanului; iar bolnavul urma să se considere vindecat.

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

Șamanul vindecător, ca personaj central și prestigios al colectivității, știa cum să ia legătura cu spiritele care intervin în condiționarea bolilor omului. El putea intra, printr-o tehnică specială ce implica muzica ritmică și dansul, într-o moarte simbolică, ce consta dintr-o stare de transă-extaz; în timpul căreia, se accepta că.. sufletul său părăsea trupul... și călătorea în lumea spiritelor; pentru a întâlni acolo și readuce înapoi pe pământ sufletul omului bolnav, însănătoșit prin intervenția sa. Odată încheiată această ispravă, propriul suflet al șamanului reentra în corp; și el se „trezea” la realitatea ambientală alături de fostul bolnav, vindecat.

Complexul manifestărilor și trăirilor șamanice reprezintă o experiență matriceală a omenirii, ce nu poate fi ignorată de psihologie și de psihopatologie. Iar întregul complex al simptomatologiei hysterice apare sub o altă lumină, dacă ni-l reprezentăm ca surogatul feminin a respectatei crize masculine de epilepsie, numită de romani și ”morbus sacer”.

Căci prestigiul de care epilepsia s-a bucurat în toate societățile arhaice, poate fi cu ușurință relaționat cu amintirea profesiei de șaman. Adică a celui „medicine-man” care, putea să-și scoată sufletul din trup - pe care-l lasă într-o aparentă moarte - și să călătorească în lumea spiritelor, pentru a găsi și readuce pe pământ, însănătoșit, sufletul omului bolnav. Șamanul se retrăgea deci din vigilitatea ce asigură contactul operațional cu ambianța, trecând într-o „stare psihică secundă”, având aparența celui adormit; dar care rămânea activă pentru sufletul său spiritual. Criza epileptică sugera tocmai amintirea acestei „stări psihice secunde” a respectatului personaj șamanic.

Privită în perspectiva acestei tradiții, histeria epocii hipocratice - ce era mereu comentată în corelație cu epilepsia -, apare ca o variantă feminină slabă, eșuată, ridicolă chiar a acestui „morbus sacer”; și deci, a cazului șamanului. Nu doar că individul cu manifestări hysterice nu mai controlează spiritele pentru a negocia cu

ele însănătoșirea; dar el cade în însăși condiția pasivă a bolnavului, năpădit de variate boli și manipulat de spirite.

Raționalismul medicinei greco romane face însă acum abstracție de „superstiția” spiritelor, boala histeriei apărând ca o patologie corporală interpretată umoralist, în care uterul migrator manipulează corpul neputincios al tinerei.( De fapt, se cere a nu fi neglijată chiar conotația sexuală a acestei interpretări; pacienta histerică era într-o condiție de pasivitate manevrabilă, uterul migrator având și simbolismul unui element cvasiviril; ce induce manifestări și comportamente observabile similare unui comportament sexual). În mod destul de transparent criza histerică se manifesta „la tinere fete nesatisfăcute sexual” ca un echivalent de orgasm... ca o parodie a sexualității feminine; care, tradițional simboliza fecunditatea naturii. Căci în perioada acestui raționalism al medicinei greco-romane suntem de mult în vremea societăților agrare, centrate pe venerarea fecundității feminine; și pentru care un uter sterp și migrator amintea, poate, de spiritele scăpate de sub control de către arhaicul și dispărutul șaman, ajuns impotent.

Într-o perspectivă sintetică se cere subliniat că, perspectiva antropologică din care histeria a fost receptată și comentă în antichitatea greco romane e una a pasivității; a sumisiunii, a apelului de a fi ajutat, subiectul (pacienta) desfășurând un comportament pe care nu și-l mai poate controla și asuma singur. Centrându-se pe criza de leșin, histeria antichității a avut în vedere și stări de diminuare sau suspendare temporară a conștienței mai lungi și mai liniștite, precum „letargia”. Dar, deși în cultura acelei vremi au circulat descrieri a unor „călătorii în lumile de dincolo” de tip șamanic - exemplară fiind cea a lui Orfeu în infern – medicina timpului nu s-a preocupat de tulburări ca cele de „trasă cu posesiune de zeu sau spirite” sau ca „dubla personalitate” din vremile mai recente.

**b/ Histeria după Renaștere: posesiunea demoniacă, mesmerismul, sugestia hipnotică.** După Renaștere, când medicina s-a afirmat în Europa în cadrul

nou înființatelor Universități, concepția umoralistă antică, transmisă mai ales pe filiera arabă, este reactualizată; împreună cu întreaga tradiție a apropierii dintre epilepsie și histerie și cu aluziile la doctrina uterului migrator. Medicina modernității va beneficia însă de o nouă ambianță științifică, orientată empiric, observațional și experimental. Ea s-a concentrat asupra corporalității umane studiindu-i anatomia, apoi chimia; și, în corelație cu unele manifestări histerice chiar asupra electricității – începând cu sec. XVIII-lea. Atunci când se comentează istoria histeriei nu se poate ignora însă faptul că, Renașterea europeană a străbătut și o perioadă de majoră recrudescență a magiei, alchimiei și astrologiei, ce înfloriseră la sfârșitul antichității; reactualizate acuma chiar prin Academia Platoniceană din Florența. Pentru histerie și epilepsie are importanță reafirmarea în această perioadă a temei posesiunii omului de către spirite demoniace, desfășurată în marginea practicilor vrăjitoarești.

În cele câteva veacuri din amurgul Renașterii în care Inchiziția catolică a intentat procese și 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 ca posesiune demoniacă. Dar, 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 de clerici 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 respectivii demoni. Condiția aparte a femeii cu crize convulsive hiperexpresive - deci a histericei - consta în faptul că era considerată, în principiu, ca victimă pasivă, aflată sub efectul unei posesiuni involuntare; ea fiind

de fapt inocentă, resimțindu-și trupul manevrat de spiritele malefice străine, în afara voinței sale. Desigur, situația vrăjitoarelor era diferită.

Chenar 36

### **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.

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 hysterice ca mimând diverse boli, cu manifestări hiperexpresive: „femeile râd sau strigă 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 variate.” Am fi 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; tulburări ce se vor regăsi ulterior printre cele psihotice, dar și ca variante histerice particulare. E vorba deci de stări în care – la fel ca în epilepsie - subiectul nu e complet vigیل și nu are sub control propriul comportament. Histeria, care continua 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 unei vigilități reduse ce gravitau în jurul somnambulismului și transei, pot fi considerate ca reprezentând în această perioadă, aria derivată din comportamentul șamanului, rămasă după explozia structurii medico culturale a șamanismului). Manifestări hipovigile 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 autonomiei agenției la persoanele ce avea o capacitate volitivă redusă. În cazul sugestiei post hipnotice, subiectul ajunge să acționeze ca și cum voința sa este substituită de una străină, care-l manipulează; aspect care ridică probleme medico legale. În epocă dezbaterile au fost aprinse, fiind vorba de 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 însă într-un sens lărgit. Ea s-a aflat astfel mulți ani în prim planul dezbaterilor medico psihiatrice la Clinica Salpêtrière din Paris.

**c/ 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 o constituie și ea, având contribuții remarcabile în acest domeniu.

Chenar 37

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

Sindroame pseudoneurologice

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

Crize de suspendare a conștiinței

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

Tulburări neurovegetative, sindrom somatic

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

Tulburări ale vigilității conștiente

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

Studiind histericele prin comparație cu cazurile neurologice și dezvoltând lecții publice demonstrative, Charcot a reușit să diferențieze semiologic clar cele

două patologii. În simptomatologia histeriei pe care el a avut-o în vedere, se includeau forme funcționale de anestezie, pareze, paralizii, astazo-abazie, mișcări involuntare, afonie, disartrie, tulburări de vedere, de auz, miros, gust; deci o simptomatologie motorie și senzorială uneori pronunțată, ce era prezentă și în cazurile cu simptomatologie similară condiționate însă clar neuropatologic (Chenar 24). Un aspect caracteristic era faptul că în histerie, pacienta nu se arăta îngrijorată de gravitatea simptomelor sale, manifestând ceea ce s-a numit „la belle indiffernce”. Erau incluse și tb. neurovegetative și senzații corporale neplăcute – studiate de Briquet – dar în manieră periferică. În centrul patologiei se plasau însă, în conformitate cu tradiția, crizele sau atacurile psihomotorii însoțite de suspendarea conștiinței; care au fost comentate multiple 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, ajungându-se la pierderea cunoștinței; 2. Conracțiunile tonice urmate de cele clonice – la fel ca în epilepsie - dar însoțite de grimase; 3. Contorsiile (clownismul), care implica mișcări și strigăte (cătore 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, însoțită de halucinații și revenirea la starea conștientă. Se poate ușor remarca faptul că această simptomatologie includea și elemente psihotice (halucinații, raportarea la ființe imaginare) dar cu denivelări ale vigilității.

Charcot, a reușit să cultive și să întrețină în clinica sa, prin sugestie și chiar hipnoză, o serie de manifestări histerice hiperexpresive. Hipnoza era în acea perioadă la modă; iar profesorul de la Salpêtriere a folosit-o intens pentru a induce și reduce variate simptome la histericile din pavilionul său. Ceea ce nu era posibil la pacientele ce aveau în spatele simptomatologiei o suferință organică, neuropatologică; și nici în cazul unor tulburări propriuzis psihotice. Charcot

considera că histericele prezintă o sugestionabilitate și o hipnotizabilitate crescută. El a fost interesat și de grupajul patologiei care implica o reducere a vigilității în diverse grade și forme, așa cum erau stările de letargie, catalepsie, stupor, transă extatică, somnambulism, dromomanie hipnoidă, amnezie selectivă, personalitate multiplă; ultimele fiind studiate în clinica sa de către Janet, prin hipnoză.

Concepția lui Charcot privitoare la patologia histerică puna 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 persoană cu imaginar bogat o poate avea, în raport cu o veche traumă.

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

După moartea lui Charcot interesul pentru histerie s-a prăbușit însă; chiar și la Sălpetriere. 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 unele simptome 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 hysterice - și a diferențiat între simulare și realele modificări neurovegetative emotive pe care le-a denumit „physiopatice”. Se deschidea astfel calea pentru o corelare a histeriei - sau cel puțin a unei părți din moștenirea acesteia - cu reacțiile emotiv corporale induse de stresul traumatic; și cu ulterioara medicină psihosomatică.

Un bilanț al demersului lui Babinski s-a făcut în 1907 la Conferința alieniștilor 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. În schimb în sec XX multe din manifestările conversive ale histeriei – inclusiv cele dromomane și unele dintre cele psihotice scurte – au fost studiate și din perspectiva „epilepsiei temporale”; fapt important deoarece, se demonstra astfel că unele modele comportamentale ce se instalează reactiv-psihogen pot fi declanșate și endogen-paroxistic, de către o criză cerebrală epileptică.

**d/ 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 stărilor hipnoide și a stărilor

psihice de transă, care în Europa fusese abordată – după declinul posesiunii demoniace odată cu iluminismul – de către magnetismul animal, mesmerism și sugesție, mai ales de cea realizată sub hipnoză. Dar, mai interveneau și alți factori.

În forma tipică și completă, dubla personalitate se manifesta prin faptul că o persoană, dispărea de la un moment dat din locul său stabilit în societate; și reapărea în alt loc, unde se comporta cu o nouă identitate socială: ca nume, profesie, relații sociale, temperament și stil de viață, uneori întemeind 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 și 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 apoi și cu stările de transă dromomanică; episoade în care subiectul se deplasează prin locuri străine, având mișcările destul de bine

coordonate și un 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 timp hipnoza. Dar faptul psihologic deosebit asupra căruia această condiție a atras atenția, a fost acela că identitatea și agenția persoanei normale are un potențial intrinsec la dedublare – și multiplicare -, înscris în constituția sa. Este perioada în care psihologia persoanei umane își deschide porțile spre doctrina inconștientului. Doctrină ce a putut fi dezvoltată de către Freud în sensul că, deja din prima copilărie psihismul în dezvoltare integrează imagourile introjectate ale părinților. Apoi, pe parcursul sec. XX voga identităților multiple s-a estompat. Ea s-a reactivat pentru o scurtă perioadă în SUA în a doua jumătate a acestui veac, 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 – în viața cotidiană a societății civile - conceptul de „persoană”, ce a funcționat în antichitate în sens de mască teatrală reprezentativă și de concept juridic; concept ce a fost apoi absorbit 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. Conștiința civică a cetățeanului european de după Revoluția franceză, era acum dimensionată prin demnitatea sa de persoană, dotată cu diverse roluri și responsabilități, în cadrul unei identități definite social. În aceeași perioadă a început să se vorbească despre personalități creatoare – genii -, de personalități istorice etc. Iar identitatea

biografică resimțită de subiect, ca un fundal constant în spatele raportărilor sale actuale la situații, se subsumează și ea acestei identități de persoană socială.

Se poate adăuga apoi ideea romantismului - ce s-a inspirat mult din folclor – privitoare la dedublările persoanei între un eu bun și unul rău; care se luptă între ele; și uneori alternează în aceeași persoană. Temă ce a fost amplu dezvoltată în literatura sec.XIX. Alt aspect aparte al acestui secol îl reprezintă rapidele transformări ale vieții sociale pe care le-a indus industrializarea, oamenii circulând tot mai mult și ușor dintr-o parte în alta a lumii, cu accentuarea vagabondajului. Disoluția societății patriarhale, a lumii stabile și bine structurată ierarhic, fragiliza inevitabil identitatea persoanei, creând tentația experimentărilor și explorărilor nețărmurite. Iar emigrările, explorarea unor tot mai variate contexte socio culturale de afirmare, erau și ele favorabile unei flexibilități crescute a identității persoanei.

Spre sfârșitul sec.XIX se dezvoltă apoi știința sociologiei 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, scriind:

„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”.

Astfel de observații s-au corelat apoi firesc, în sec XX, cu concepția organizării și funcționării societății prin statute și roluri sociale (Pearson); pe care fiecare persoană le asimilează și le exercită în stil propriu, integrându-le ca dimensiuni ale propriei identități biografico caracteriale.



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 ar fi 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; întărindu-se astfel credința în multiplele ipostaze de existență ale unei persoane. În această categorie intrau și personalitățile istorice, ca Napoleon, Alexandru cel Mare etc. În viziunile sale, Swendenborg era convins ca 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.

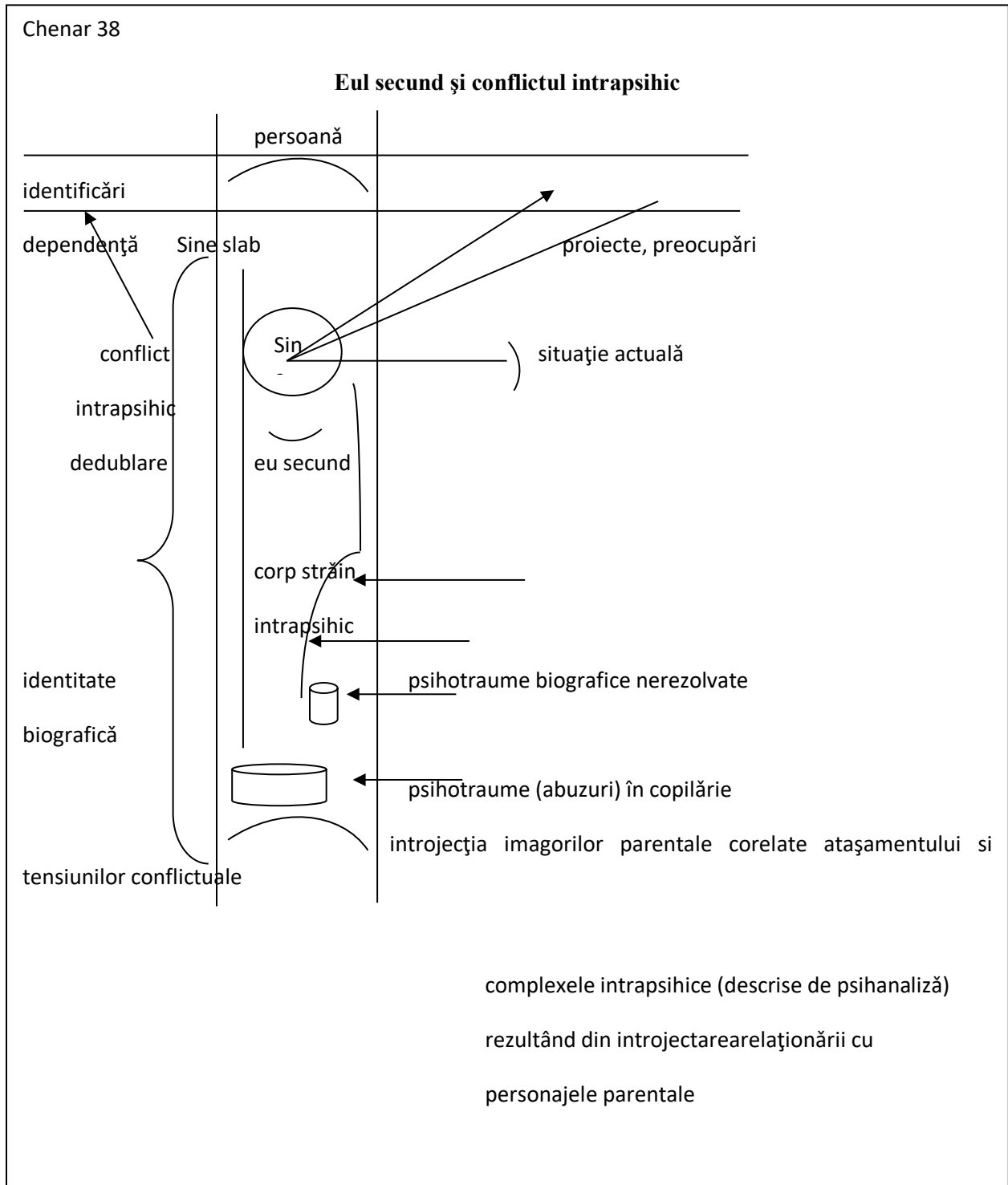
Voga spiritismului a diminuat ulterior. Rămâne interesantă însă această apariție în public a spiritelor cvasi-încorporate ale celor decedați, în plină epocă a științelor experimentale și a avansurilor tehnologice (e.g. fotografia); concomitentă dezvoltării temei psihologice a inconștientului. Căci altfel, credința universală 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 acum în marele concept al histeriei), e un argument în plus pentru a medita asupra derivării inițiale a acestui domeniu de patologie, din dezintegrarea structurii culturale a șamanismului.

**e/ 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; dar integrându-se acum în înțelesul psihanalitic al acestui concept. Simptomatologia cu care ea 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 stările de transă și dubla personalitate excepțional. Problema ce se cere comentată e 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 în interpretarea lui Cullen din sec. XVIII de „nervi”, de sistemul nervos; ci de edificiul psihismului personal, în primul rând de cel a sinelui biografic. Credem că 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 personal pe de o parte, și interdicțiile instanței Supraeului pe de alta. Supraeu care, deriva din introjectarea imagourilor 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) imagourilor persoanelor de atașament (= părinți); care devin părți componente ai propriei structuri psihice a persoanei. Dacă pe vremea romanilor spiritele strămoșilor erau concretizate în măști depozitate într-o anumită parte a casei, acum imagourile

părinților se localizează în inconștientul subiectului. Iar scenariile relaționale inconștiente de atașament distorsionat, împreună cu tensiunile conflictuale agregate în scenarii fantasmaticе ce implică imagourile părinților, pot genera – sugerează psihanaliza - anxietate. Simptomatologia neurotică ar rezulta din activitatea



„aparaturii psihice” al persoanei, care încearcă să reducă această anxietate, proiectând-o în configurarea unor manifestări psihice și corporale simptomatice, mai ușor costatabile de alții și de subiect. Viziunea psihanalitică asupra nevrozelor – și deci și a histeriei - face astfel referință la o instanță conflictuală relațională intrapsihică, care se manifestă ca un „complex” sau „corp străin intrapsihic”, ce dirijează din umbră opțiunile și comportamentele subiectului. (Chenar 33)

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 modelul relațiilor efective 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 deja din secolele trecute.

Nevroza psihanalizei 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 problematice și tensionate; în care, de ex. complexul Oedip nu e soluționat. Iar subiectul nu e conștient și lucid reflexiv de complexul său inconștient, de eul său secund. Cura psihanalitică ar avea în vedere rezolvarea acestor complexe, dezvoltarea și integrarea lor într-o personalitate armonică matură, autonomă, deasupra dedublărilor distorsionante.

Psihanaliza a încercat să sondeze psihismul individual în profunzimea sale inconștiente „refulate”, în spatele biografiei publice; și a autobiografiei ce poate fi rememorată lucid și reflexiv. Dar problema unei dedublării psihice printr-un „corp străin intrapsihic” e mai complexă, ea putând rezulta și din biografia explicită, trăită efectiv. O psihotraumă relațională importantă poate zace în memorie, nemetabolizată, dedublând într-un fel psihismul atât preconștient cât și conștient;

iar din această poziție, ea poate deranja viața curentă a omului, prin memorări intruzive 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 și conceptul „reacției de stres posttraumatic”, care are în vedere psihotraume explicit venite din „exterior”. În varianta standard al acesteia, scena psihotraumatizantă inițială revine în conștiință într-o modalitate cvasiobsesivă și preconștientă, inducând anxietate, trăiri neplăcute, psihopatologice. Având în vedere aceste evidențe, ultimele decenii au adus în dezbatere faptul că, de fapt, însăși copilăria multor oameni poate fi marcată de importante psihotraume psihice efective. Acestea nu necesită, cel puțin nu toate, să fie complet refulate în inconștientul profund pentru a deranja conduita adultului; sau pentru a-l face mai sensibil la unele evenimente actuale. În plus, abuzurile intrafamiliale din copilărie - emotive, fizice, sexuale - nu au de ce să nege problematica identificărilor și a introjecării imaginilor parentale pe care le-a comentat psihanaliza clasică și doctrina atașamentului. 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 (psih)-traumei și a „eului secund” a devenit mult mai nuanțată în psihopatologia recentă decât era pe vremea lui Janet și Freud, când ea era centrată pe probleme strict interpersonale intime ce susțin conflicte intrapsihice. 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. Și încă, pentru așa zisa patologie psihosomatică. Pe de altă parte, se consideră că astfel pot fi condiționate și alte manifestări particulare și dezadaptative, inclusiv cele ce sunt comentate în prezent sub eticheta tulburărilor disociative identitare.

Chenar 39

### 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 procesului 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 celalalt 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 în 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 pe care l-a etichetat „internal working model”. Această instanță ar reprezenta un cadru în care sunt integrate în prima copilărie, prin asimilare, imaginile diverselor persoane din anturaj; dar și mai târziu, în cursul vieții adulte. Iar această introjecție preia, concomitent, și valențele relaționale ale acestora cu subiectul. Colaborarea între cognitivism, teoria atașamentului și psihanaliză, 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 intuitivă a lui Freud că, fiecare persoană conține în structura psihismului său alteritatea; adică, după 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 semnalează.

Perspectiva în care evenimentele trăite și nemetabolizate de-a lungul vieții se suprapun și se conjugă în structurarea persoanei, începând cu primii ani de viață, dau în prezent o imagine mult mai nuanțată a organizării identității și vulnerabilității biografico-caracteriale a persoanei, decât era aceasta înțeleasă pe vremea lui Charcot și chiar a lui Freud. Identitatea persoanei mai presupune, desigur, și un pol corporal, o infrastructură moștenită din biologie, care constă în primul rând din direcții de orientare operativă, etichetate tradițional ca „instinctive”. Și la fel, ea include variate disponibilități de reacție, de montare și poziționare atitudinală sub forma dispozițiilor afectiv comportamentale temperamentale (anxioase, agresive, expansive de relație, inhibat depresive etc.); precum și capacitatea de a asimila scheme cognitive și comportamentale, prin învățare și descoperire. Modalitățile relaționărilor interpersonale pe care le sugerează axele ortogonale ale circumplexului interpersonal - CI -, se bazează și ele, în mare măsură, pe disponibilități înnăscute de relaționare cu sine și cu alții; care sunt apoi dezvoltate prin experiențele primilor ani de viață. Identitatea biografico caracterială, ca parte centrală a identității persoanei, e flancată și întrețesută însă nu doar cu identitatea psihocorporală ci și cu cea socială, asigurând structura de fond a conștiinței identitare a unei persoane; precum și a inconștientului și preconștientului personal, aflat în spatele manifestărilor actuale, mai mult sau mai puțin autonome ale agenției sinelui.

#### **4.3 Reacțiile comprehensive și tulburările de personalitate în tradiția histeriei și în marginea patologiei disociative actuale.**

Către sfârșitul sec. XX când pentru moștenirea patologiei histerice s-a impus denumirea de tulburare disociativă, reacțiile comprehensive anormale comentate de Jaspers la începutul veacului au fost acceptate și ele în nosologia psihiatrică, printr-un capitol intitulat **Tb. corelate traumei și stressorilor**. Tb. disociative au fost considerate ca apropiate de acestea, cele două capitole fiind plasate în DSM-5

și ICD-11 una lângă alta. Patologia ce derivă din nevrozele înțelese în tradiție psihanalitică – centrate pe un conflict relațional intrapsihic - se diferențiază din multe puncte de vedere de cea a stărilor reactive, corelată predominant unor trăiri situaționale psihotraumatizante; dar se pot urmări și zone de tranziție.

Din perspectiva reacțiilor psihice anormale primul aspect ce se impune acum e cel al leșinului psihogen ( Chenar..). Acesta a fost abordat în corelație cu marea criză histerică a lui Charcot (care era însă mult mai complexă, exprimând uneori și trimiterea la spirite) diagnosticul ei implicând tradițional diferențierea de criză epileptică de “grand mal”; fapt ce se realiza prin următoarele particularități : - apariția în public în urma unui eveniment psihotraumatizant (cel mai des aflarea unei vești rele, care-i afectează stima de sine); - pacientul anunță că va leșina, apoi cade fără să se lovească, nu prezintă contracții tonico clonice la fel ca în epilepsie (unde acestea sunt urmate frecvent de mușcarea limbii, midriază și abolirea reflexului rotulian și plantar); - durata e mai lungă, fiind însoțite de tremurul pleoapelor, lacrimi, suspine; - contactul cu ambianța se poate păstra fiind doar îngustat, printr-un singur canal relațional (ca în hipnoză); - revenirea e lentă, deseori cu oftaturi și plâns. Leșinul psihogen are un caracter dramatic, e impresionant, adună în jur multă lume, care compătimentește pacientul și se străduie să-i dea ajutor.

Modelul de reacție a leșinului psihogen are o semnificație largă, el putând fi interpretat și ca un simulacru de moarte. În acest sens la începutul sec. XX, Claparede și apoi Kretschmer au comparat această reacție cu “reflexul de moarte” (“Totstelreflex”) din biologie, care e o strategie instinctiv adaptativă a animalului aflat în mare pericol de a scăpa de predatori (care nu consumă cadavre). Dar, în leșinul psihogen strategia preconștientă a subiectului nu vizează sustragerea de la unui atac vital; ci dimpotrivă, el al semnifica un apel interpersonal, faptul de a-i



mobiliza pe alții – uneori, chiar anumite persoanei - să vină și să-l înconjoare, să încerce a-l ajuta, compătimentindu-l, încurajându-l, valorizându-l .

În tradiția histeriei de conversie, leșinul psihogen se corelează cu alte simptome corporale precum : mutismul, surditatea, amauroza (aparenta lipsă a vederii), pareze și paralizii ale membrelor, anestezii etc. Simptome ce pot apare și ele reactiv, blocând posibilitatea de relaționare cu alții și impresionând anturajul; funcționând ca un „limbaj corporal” prin care se solicită indirect ajutor din partea „celuilalt”, a celorlalți. Deasemenea se pot face corelații cu amnezia sau deplasarea dromomană hipoconștientă (stări crepusculare). Între manifestarea predominant reactiv-comprehensivă în raport cu un eveniment suprapersonal ce afectează subiectul, și cea insuficient de transparentă situațional – dar interpretabilă în contextul unor relaționări speciale - și intensă în manifestări (tradițional „nevrotică”), pot exista tranziții. O mare parte din aceste simptome au fost studiate de psihanaliză ca rezultând din elaborări inconștiente, disfuncția corporal comportamentală exprimând simbolic o problemă conflictual relațională inconștientă cu o anumită persoană și având o anumită semnificație inconștientă. Chiar dacă interpretările explicative psihanalitice pot fi considerate doar ca parțiale, ele atrag atenția asupra faptului că, simptomatologia disociativă presupune o interpretare mai complexă decât simpla activare hipersensibilă și excesivă a unor stări dispoziționale din fundalul temperamental (de tip anxios-fobic, agresiv-conflictual, depresiv etc.). Ea implică identitatea biografică a subiectului, experiențele sale de viață trăite, scenariile relaționale conflictuale ce se elaborează intrapsihic preconștient, menținându-se apoi într-o memorie identitară neexplicită; și care, din zona inconștientului refulat, ajung să se exprime uneori indirect, prin manifestări simptomatice corporale cu semnificație simbolică. Deci un model parțial diferit de cel al reacției comprehensive jaspersiene.

Chenar 40

### **Caz; reacție de leșin în contextul tb. disociative**

Andreea, are 19 ani și e o fire sociabilă, expansivă. Îi place să se îngrijească de felul cum se prezintă în public și petrece mult timp în fața oglinzii, aranjându-și aspectul, podoabele, îmbrăcămintea pe care o preferă colorată, chiar stridentă. Andreea știe să povestească atractiv, punând mult suflet în ceea ce spune, astfel încât în societate e tot timpul în centrul atenției celorlalți. Ea a avut timp de aproape un an un prieten, dar s-au despărțit, astfel încât acum nu are partener. Nu de mult timp a aflat că fostul ei prieten e pe cale să se căsătorească, tocmai cu o colegă de-a ei de facultate. Faptul a afectat-o, deși în public a bravat tot timpul. Lucrurile nu merg prea bine nici cu facultatea. A avut două restanțe, iar din cauza absențelor nu e primită la câteva examene. Tatăl ei, pe care-l idolatrizează, a aflat și s-a arătat nemulțumit de ea.

Într-o seară, fiind la o reuniune, una dintre colege i-a vorbit urât, a jignit-o și i-a aruncat în față niște acuzații care țineau de viața sa intimă. Andreea s-a emoționat foarte tare, s-a retras pe balcon și le-a spus celor de față că resimte o senzație de leșin. Apoi a simțit că îi amorțesc mâinile și își pierde puterile: și a căzut pe o canapea, nemaiputând să vorbească, tremurând și încordându-se. Nu mai răspundea la întrebări, respira greu, gemând uneori și curgându-i lacrimi din ochi. Ceidîn jur s-au alarmat, au încercat să-i dea să bea apă, i-au frecat mâinile și picioarele, s-au gândit să cheme salvarea. Dar după vreo jumătate de oră și-a revenit. Pleoapele i-au tremurat, apoi a deschis ochii, privind mirată în jur și părând că nu cunoaște pe nimeni. Doar cu greu s-a putut apoi scula și cineva a dus-o cu mașina acasă, unde o aștepta mama ei, căreia i se telefonase.

Câteva zile nu a ieșit din casă, simțindu-se obosită și fără chef. Apoi și-a reluat viața obișnuită. Dar în societate nu mai avea vioiciunea de dinainte. A aflat între timp că fostul său prieten realmente se căsătorește. Aparent veselie i-a revenit, vorbea mult în societate, spunea glume, parcă era de nestăpânit. Dar de mai multe ori s-a întâmplat să plece dintr-un loc și să nu ajungă direct la destinație, rătăcind câte o oră prin diverse părți; după care parcă se trezea, neștiind cum a ajuns acolo. Când s-a dus la un examen, după ce a tras biletul, nu a mai putut vorbi nimic privind în gol, deși știa răspunsul. Și a rămas astfel o zi întreagă. Altădată s-a întâmplat să scape obiecte din mână sau pur și simplu să nu-și poată mișca mâna dreaptă.

Au fost consultați medicii. Neurologii au făcut examinări amănunțite care au exclus o patologie a sistemului nervos. Până la urmă s-a pus diagnosticul de Tulburare Disociativă conversivă și a început un tratament psihoterapic.

Tradiția patologiei hysterice a marcat și problematica tulburărilor de personalitate, pe care psihiatria din sec XX le-a acceptat ca o categorie nosologică distinctă. Charcot și școala sa considerau că în perspectivă caracterială hystericele aveau un imaginar bogat și o sugestionabilitate crescută. Comportamentul lor era tradițional etichetat ca spectacular; iar atitudinea era de sumisiune, cu o crescută capacitate mimetică; inclusiv prin intermediul reprezentărilor imaginative.

Ceea ce a atras atenția psihopatologilor din sec. XX la aceste persoane cu sociabilitate crescută, a fost aspectul hiperexpresiv și captativ al manifestărilor; teatralismul prin care ele atrag mereu atenția asupra lor, plasându-se în mijlocul atenției publice, creând mereu evenimente pe care le centrează. Hiperemotivitatea pe care o exprimă e însă lipsită de trăiri subiective autentice, empaticе, de suferință și bucurie adevărată; apărând mai mult ca o mimare a acestora. Timpul prezent e potențat, însă nu ca trăire interioară; ci ca eveniment social strident, ce adună privitori. Nevoia continuă de spectatori îl face pe histrionic să fie sumisiv și maleabil față de preferințele celorlalți cu care intră în contact; căroră se adaptează și cu care e mereu de acord, pentru a-i menține în orbita sa. Faptul a sugerat etichetarea sa ca și „cameleonic”, în sensul de a nu avea un punct de vedere propriu, identitar, susținându-l mereu pe al celorlalți. (Dar histrionicul nu-și subordonează complet propria agenție unei unice persoane dominante, la fel ca în cazul TP dependente; el preferă contactul public cu ceilalți, în cadrul unei sociabilități crescute). Având astfel de caracteristici, persoanele aparțin ce gravitau în aria tradiției patologiei hysterice, cu identitatea lor mobilă și schimbătoare, au fost numite „histrionice”; după o expresie ce desemna actorul de comedie în spectacolele din antichitate.

TP histrionică e comentată în DSM-5 prin tendința continuă a unui subiect sociabil de a atrage atenția asupra sa printr-un comportament hiperexpresiv,

provocator, inclusiv în arie sexuală. Spre deosebire de persoanele emotive și senzitiv suspicioase ce sunt deranjate dacă sunt privite de alții, histrionicul preferă o poziție de centralitate socială. El caută să se facă mereu observat de alții prin îmbrăcăminte stridentă, prin mimică, gesturi teatrale, vorbire afectată, exagerarea expresiilor emoționale.

TP histrionică e plasată în DSM-5 în Clusterul B, alături de TP marginală („borderline”), narcisistă și antisocială; tulburări cu care ar putea fi comparată. Prin comparație cu teatralismul public, hipersociabil al histrionicului, TP marginală preferă centrarea pe o unică relație intimă, cu atașament cvasifuzional; în raport cu care, trăirile sale se manifestă cu intensitate, oscilând între sumisiune totală cu idealizare, furie agresivă, indiferență rece, rușine, anxietate, suspiciozitate, sentiment de vid interior. Comportamentul e marcat de manifestări impulsive auto și hetero agresive, uneori spectaculare; dar doar în arie privată.

TP narcisistă e centrată pe o bună părere despre sine, pe care o pretinde și altora; dar nu se manifesta public hiperexpresiv teatral sau prin narațiuni confabulate, în cadrul unei sociabilități crescute. Încă de pe vremea lui Charcot s-a remarcat la persoanele histerice prezența unui imaginar bogat, cu tendințe confabulatorii despre sine. Histrionicul poate avea deseori capacitatea de a povesti atractiv, captând atenția situațională a altora prin narațiuni; și manifestând astfel un comportament seductiv și manipulativ, apropiat de cel al psihopatului escroc. (E vorba de cazuri ce se plasează în cadrul superior, asertiv, al circumplexului interpersonal, spre deosebire de varianta tradițională a nevrozei histerice, caracterizată prin sumisivitate și sugestionabilitate crescută; ce se plasează în cadrul inferior). Relatările narate menționate mai sus pot fi și deformatate imaginativ, histrionicul apărând în ele mereu în mijlocul evenimentelor, ca erou al unor întâmplări excepționale, dramatice, uneori extraordinare și neverosimile. E vorba de ceea ce psihopatologia din sec. XX a consemnat sub denumirea de

confabulație (deformarea imaginativ megalomană a amintirilor) și mitomanie (autoplasarea narativă în scenarii fantastice relatate ca adevărate). Tendința megalomană în direcția unei păreri pozitive despre sine ce se exprimă în relatările confabulate și mitomane, apropie TP histrionică de cea narcisistă. În tradiția psihopatologică a sec.XX se poate aminti la acest nivel cadrul nosologic denumit „**pseudologia fantastică**”; care se referea la persoane ce relatau public o istorie biografică, identitară și de evenimente trăite, extraordinare și neverosimile; evident confabulate și cu încărcătură megalomană. Unele din aceste cazuri se intersectau cu psihopatul escroc; iar altele cu delirul parafren. Intersecția cu delirul, deși posibilă, e însă la acest nivel minoră. Persoana histrionică ce se transpune în scenariile fantastice pe care le povestește cu dezinvoltură altora, nu le trăiește de obicei efectiv sub spectrul convingerii (la fel ca Don Quijote). Povestind altora, în prim plan trece componenta de raportare nemijlocită, actuală la aceștia, de impresionare spectaculară a celorlalți în cadrul situațiilor vieții cotidiene; cu păstrarea testării realității.

Teatralismul ce a fost invocat în comentarea TP histrionice poate fi privit și din perspectiva dimensiunii cultural antropologice a instituției teatrului, în care actorii joacă diverse roluri, integrate în scenariile pieselor. Psihosociologia din sec. XX a comentat faptul că însăși modul de funcționare a societății implică anumite statute și roluri, ce sunt ocupate și exersate succesiv, „jucate social”, de variate persoane. Histrionicul poate mima și astfel de roluri, circumstanțial, în funcție de conjecturi (pe când persoana obsesivului se identifică rigid cu unele roluri sociale definite).

În perspectiva persoanei, capacitatea acesteia de a juca variate roluri în viață se înscrie și într-o dimensiune flexibilă a duplicității; care poate să susțină conduite ca minciuna, reaua credință, nesinceritatea, ipocrizia, fățărnicia, versatilitatea etc.

#### **4.4 Psihozele histerice și disociative.**

Psihiatrii au identificat constant pe parcursul sec. XX și o patologie de tip psihotic în aria tulburărilor histero-disociative. Un model ce a devenit clasic e cel al lui Janet (1904). Psihologul francez, în studiile sale privitoare la histerie și personalități multiple abordate prin intermediul hipnozei, a delimitat cazuri în care se manifestau: comportamente neadecvate, intense halucinații vizuale și auditive, o ideație (imaginativă) aberantă cu referință la evenimente biografice; dar și trimiteri la personaje socio culturale sau mitico sacrale. În fazele sale „psihotice”, histericul era desprins de ambianță într-o manieră mai complexă decât în detașarea din transă (cu posesiune), absorbit fiind de trăirile și de tematica sa, pe care o exprimă destul de vizibil. Janet a acordat în aceste cazuri un rol important simptomelor de depersonalizare și derealizare, care erau pe atunci recent descrise, neavând un statut nosologic bine precizat.

Modelul interpretativ a lui Janet se baza pe neintegrarea suficientă și armonică în memoria biografic-identitară a persoanei a unor episoade de viață conflictuale, la care subiectul se raportase cu o anumită identitate relațională. După autorul francez, personalitatea normală ar integra în structura sa mai multe dimensiuni identitar-relaționale, corelate experiențelor trăite și preocupărilor sale importante. În cazul psihozei, în urma unor circumstanțe aparte, s-ar produce o „disociere” a personalității; în urma căreia, o sub-structură identitară particulară, corelată unor anumite experiențe traumatice relaționale, s-ar detașa de ansamblu impunându-se în prim plan cu propria ei agenție. Autonomia de ansamblu a agenției, sintetizatoare, i-ar scăpa astfel subiectului de sub controlul; el simțindu-se manevrat de o alteritate (care de fapt derivă din sine) cu sentimentul dedublării. Episodul psihotic nu se manifestă deci ca o reacție comprehensibilă la o situație actuală stresantă; ci ca actualizarea, prin desprinderea din structura identitar biografică, a unei dimensiuni identitare anume, ce se reimpune în prim plan.

Reintegrarea sinelui disociat în personalitatea de ansamblu - demers ce ar putea fi realizat psihoterapeutic - ar reduce episodul psihopatologic.

Viziunea oarecum simplistă și schematică a lui Janet, precede complexa elaborare a psihanalizei lui Freud, ce trimite la experiențele biografice preconștiente din prima copilărie; și la elaborarea psihismului centrat de eu prin scenarii complexual-conflictuale, între Sine și Supraeu, resimțite fantasmatic. De asemenea, doar la un timp după elaborările sale, în psihopatologie s-au acceptat reacțiile anormale; inclusiv cea de stres posttraumatic în care amintirile se pot reactualiza pregnant. Dar, schema de fond a lui Janet s-a păstrat.

După declinul histeriei lui Charcot în prima jumătate a sec. XX, această viziune asupra psihozei histerice s-a estompat și ea, impunându-se nevroza histerică din interpretarea lui Freud. După cel de al Doilea Război Mondial tema psihozei histerice a fost însă reluată episodic. ( de ex. de psihiatrului olandez Hugenholtz -1946 - iar în SUA de Hollander și Hirsch -1964, 69 -). Iar tulburările psihotice din histerie au fost din nou comentate, în paralel cu bufeurile psihotice scurte de tip schizofren, predominant în marginea tulburărilor de transă și a celor identitare cu amnezie. Spre deosebire de cei cu bufeuri schizoforme, pacienții cu episoade psihotice de tip histeric se dezvoltau la persoane cu relaționări interpersonale bogate dar cu tendință la dependență.

Către sfârșitul sec. XX când terminologia s-a schimbat, a început să se vorbească de psihoze disociative. Acestea au fost corelate mai ales cu "tulburările disociative complexe", care gravitează în jurul tulburărilor 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”. Autorii ce s-au ocupat de psihozele disociative insistă asupra sentimentului frecvent al pacienților că în interiorul corpului și psihismului

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 actuale 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 imens....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).



lor se afla o altă persoană (sau instanță personalistă). În cursul episoadelor psihotice sunt prezente comportamente orientate spre scop aberante, pe care subiectul își dă seama că nu le poate controla. Orientarea și relaționarea în raport cu ambianța și cu propriul sine e deficitară în diverse grade. Subiectul re trăiește aspecte ale unor scene traumatizante, frecvent însoțite de reprezentări vizuale pregnante. Sunt prezente diverse idei neobișnuite și halucinații, în special sub forma unor voci ce i se adresează direct sau îl comentează din interior; și a unor influențe resimțite din partea „alterității interioare”; care îi induc sentimentul de pasivitate. Autorii comentează o frecvență crescută în psihozele disociative a simptomelor de depersonalizare/derealizare și a celor de transparență/influență( în sensul grupajului „simptomelor de prim rang Schneider”).

Tradiția psihozelor histerice 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 psihozelor disociative, deși se manifestă elemente biografice ale unor trăiri traumatizante din trecut, e frecventă trăirea unei dedublări, a relaționării cu o alteritate interioară în genere (care amintește de tradiționala trimitere spre posesia de spirite supranaturale). Ori, aceste spirite – demoni, zei -, fac parte din aria „teoreticului cultural”. Este una din importantele provocări ale cazuisticii psihopatologiei disociative faptul de a putea scoate în evidență că, psihismul oricărei persoane umane include în propria-i structură psihică alteritatea, cu trimitere și spre dimensiunea culturală a personajelor.

#### **4.5. Specificul tb. disociativ histerice în perspectiva psihopatologiei evoluționist culturale.**

Specificul manifestărilor psihopatologice pe care-l etalează istoria histeriei și actualele tb. disociative, merită abordate și prin perspectiva psihopatologiei

evoluționist culturale. Un prim aspect ce ar putea fi adus în discuție se referă la hiperexpresivitatea captativă a acestor simptome.

Comentarea medicală a histeriei a fost constant făcută, din antichitate și pâna la Charcot, alături de epilepsie, în ambele manifestându-se o criză psihomotorie de leșin cu suspendarea vigiliății; dar pentru varianta histerică s-a considerat mereu drept caracteristică hiperexpresivitatea ce atrage lumea pentru ajutor, aspect care se extindea și la o suită de simptome corporale pseudoneurologice, exprimate spectaculos. Adică, prin utilizarea de către histeric a corporalității ca un metalimbaj, prin care el ajunge să solicite sprijin afectiv din partea celorlalți; încă din Renaștere Willis remarcă ”atitudinea patetică, însoțită de rotirea capului și ochilor, deseori de răs”, iar Sydenham constata și el că „femeile histerice râd și strigă fără motive reale, adunând astfel lumea în jur”. Ulterior, Charcot a comentat aparent paradoxala și strania sa neparticipare emotivă la disfuncțiile corporale majore pe care le trăiește, prin atitudinea „la belle indiférence”; iar în sec. XX simptomele nevrotice de conversie somatică erau creditate ca strategeme ale unui „șantaj afectiv” în raport cu anumite persoane. O astfel de atitudine de solicitare a ajutorului – pe care criza de leșin o sugera oricum odată cu mimarea morții - e însă și o condiție generică a individului bolnav, slab, neputincios; a cărei rădăcină psihologia evoluționistă o descoperă în comportamentul animalelor.

Psihologia animală a evidențiat stereotipii comportamentale pe care animalele le pun în joc în caz de pericol vital. E vorba în primul rând de fenomenul bine studiat în etologie de „mimare a morții” („totstelreflex” în formulare germană): predatorul, care nu mănâncă cadavre, se îndepărtează de aparentul leș. Acest model al „nemișcării cadaverice areactive” se reîntâlnește în psihopatologie mai ales în stupor – când sunt suspendate astfel informațiile anxiogene - și în „lethargie”; precum și într-un set de simptome ce se manifestă în sd. cataton. Leșinul psihogen de tip histeric apare ca marginal acestei moșteniri, având ca

semnificație subiacentă solicitarea de ajutor și sprijin. Tot în biologie se manifestă - intraspecific de data aceasta – o reacție de sumisiune cu nemișcare în caz de eșec în confruntarea beligerantă a masculilor; ce funcționează ca un fel de „declarație de înfrângere”. Un câine învins în luptă cu altul, se lasă pe spate exhibându-și organele sexuale sensibile; el „se predă”, ca un sclav, la discreția învingătorului (sau precum cavalerul, care-și îndeplinește ritualul de vasalitate oferindu-și spada și înclinând capul, în genunchi, în fața seniorului). Sumisiunea, etalarea slăbiciunii și neajutorării, poate funcționa ca un limbaj de solicitare a sprijinului, a protecției. S-a remarcat că puii și copiii, prin însăși dimensiunile și forma lor corporală, inhibă agresivitatea; stimulând în primul rând comportamente de protecție și joacă, atitudini și relaționări neagresive. Regresia spre comportamente infantile ce a fost observată la histerici ar trimite și ea spre o astfel de interpretare. Într-o comunitate de oameni ce cooperează, boala, rana, incapacitatea fizică, suferința, declanșează spontan manifestări de grijă, protecție și sprijin. Ideologia milei și dragostei pentru aproape, amplifică astfel de atitudini protective; 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; iar ceilalți și comunitatea, se conformează. Desigur, durerea și alte trăiri maladive subiective nu sunt ușor de evaluat de către alții, ele putând fi și răbdate. După cum, pe de altă parte, emoția suferinței maladive poate fi exprimată uneori exagerat, cu intenția deliberată de a-i impresiona pe alții. Modelul hiperexpresiv corporal și comportamental din histerie e dezvoltat în această direcție, prin etalarea unor importante și spectaculare deficiențe senzoriale și motorii ce afectează comportamentul relațional adaptativ: tulburări de vedere, orientare, auz, vorbire, sensibilitate, mișcări ale mâinilor, poziția bipedă, deplasarea etc.

Faptul de a folosi limbajul expresiv al corporalității în comunicarea interpersonal socială s-a redus însă treptat pe parcursul istoriei, odată cu răspândirea comunicării scrise; și mai ales după diferențierea mijloacelor de comunicare mass media. Acest aspect a ieșit în relief în psihopatologie pe parcursul sec. XX, când s-a ajuns să se acorde importanță mai mare patologiei psihosomatice în dauna celei conversive. Dacă deja în cursul Primului Război Mondial Babinski a încercat să diferențieze disfuncțiile corporale emotiv-vegetative „fiziopatice”, obiectivabile, de hiperexpresivitatea celor histerice, în cursul celui de al Doilea Război Mondial diferențierea în această direcție s-a dezvoltat prin studii sistematice. Astfel, în armata britanică, în condițiile supunerii la același stres de război, soldații proveniți din Regatul Unit manifestau predominant tulburări psihosomatice de tipul hipertensiunii arteriale, gastritei, colitei, astmului; pe când cei proveniți din colonii, comportamente de tip hiperexpresiv conversiv și disociativ. În același sens a fost comentată scăderea progresivă a manifestărilor histeriforme tradiționale și creșterea celor psihosomatice în țările din „lumea a treia”, pe parcursul schimbării stilului de viață datorat industrializării și urbanizării. Ca o consecință, la începutul sec.XXI, la populația urbană a globului, manifestările clinice ale histeriei lui Charcot au devenit tot mai rare.

O altă manifestare din biopsihologie ce poate prezintă interes în aria psihopatologiei histero-disociative – ce s-a dovedit extrem de sensibilă la hipnoză - e fenomenul fascinației; în care, un individ-victimă ajunge să fie immobilizat de un agresor cu o atitudine concentrată. S-a constatat că animalele pot fi și ele „hipnotizate”, în sensul de a li se induce o postură imobilă și areactivă, dacă sunt supuse unor condiții monotone speciale de postură și stimulare. În marginea acestui aspect, s-a urmărit comportamentul fascinației pe care-l practică unii predatori care, printr-o anumită atitudine dominatoare de fixare, imobilizează

prada; pe care apoi o devorează. Modelul de raportare interindividuală pe axa dominație/sumisiune ce stă la baza hipnozei - și pe Circumplexul Interpersoanl îl include pe axa sa verticală - își are, deci, rădăcinile în psihobiologie. Această perspectivă merită invocată și ea odată cu manifestările histero-disociative, ce se poziționează sumisiv-captativ în raport cu o alteritate de tip uman; exprimând și o tendință la dedublare. Histericele posedate de spirite demonice de la sfârșitul Renașterii se înscriu și ele în această paradigmă. Același lucru se poate spune despre sensibilitatea la sugestie a histericelor lui Charcot; iar dubla personalitate exprimă pregnant tendința la dedublare a psihismului. În sfârșit, analizele mai recente ale psihozelor disociative semnaleză de asemenea cum pacienții resimt „în interiorul psihismului lor” o altă persoană ce-i influențează”.

În continuitatea acestor manifestări, un aspect semiologic ce merită privit prin optica evoluționismului cultural e reprezentat de stările de transă, mai ales cele cu deplasare și „posesiune”. E vorba de stări psihice în care vigilitatea reflexivă e redusă, menținându-se însă un comportament relativ coordonat, însoțit uneori de trăiri în care subiectul se simte dirijat de o forță superioară (= transă cu posesiune). Stările de transă s-au dezvoltat istorico cultural în marginea raportării subiectului la instanțe supranaturale. Deja în perioada omenirii de culegători și vânători, șamanul intra, odată cu leșinul său ritualic, într-un fel de transă; în timpul căreia sufletul său își părăsea trupul ce rămânea „aparent mort”, călătorind în lumea spiritelor; de unde se reîntorcea, readucând pe pământ sufletul vindecat al bolnavului. Marile sisteme religioase ce s-au dezvoltat în perioada agrară au implicat și ele psihismul uman, pe parcursul exercitării ritualului sacral, în stări particulare de conștiență specifice. Dintre acestea unele au similitudini cu simptomatologia actualelor stărilor disociative de „transă cu posesiune” descrise în DSM-5 și ICD-11. Pe parcursul unor astfel de trăirii, subiectul aflat într-o stare de semivigilitate

cvasihpnică, cu o „stare de conștiință secundă”, resimte că identitatea și agenția sa e preluată de o ființă supranaturală, de un spirit sau zeu.

Modelul menționat mai sus e cunoscut în istoria culturală a antichității mai ales prin „religiile de mistere”; așa cum era și cea a lui Dyonissos, activă în vremea medicinei hipocratice. Intrarea în starea de transă se realiza, pe atunci, în cadrul unor practici colective, în perioada sărbătorii, prin invocări și incantații, prin recitări, cântece, muzică, dans și consum de substanțe psihoactive.....toate participând la instalarea unei stări speciale de conștiință, distinctă de somnul cu vise și de simpla reverie. În cursul acesteia, problematica curentă a vieții cotidiene era lăsată deoparte, subiectul transpunându-se, în grup, într-o stare psihică aparte, cvasi-extatică, în proximitatea ființei supranaturale a zeului; stare la care participa cu entuziasm ( expresie grecească – *enthusiamos* – derivă de la *Theos* = zeu, semnificând tocmai faptul de a fi „în apropierea Zeului”.. interpătruns și purtat de acesta). Trăirea entuziastă a apropierii prin transă de Zeu și a interferenței cu acesta era, desigur, diferită de modelul rugăciunii creștine; sau a extazului mistic propriu zis. Dar aria desfășurării sale e în aceeași zonă a trăirilor psiho-spirituale.

Abordarea specificității psihismului uman la care ne invită psihopatologia nu ocolește, deci, nici acest domeniu de raportare la instanțele supranaturale. Căci exercitarea timp de mii și mii de ani a practicilor sacrale și a invocării entităților supranaturale, a dotat inevitabil creierul omului și cu disponibilități pentru astfel de raportări; care funcționează și în zilele noastre, exercitate de miliarde de credincioși în contextul practicilor sacrale la care participă. Sumisiunea față de o alteritate autoritară implică deci în lumea culturală a omului, de mii și mii de ani, și invocarea unor entități fictive supranaturale; proces care se derulează însă după parametrii specifici unei socio culturi date, în locuri și la momente determinate, implicând anumite ritualuri ce îl extrag din cotidianitate.

. Starea de vigilitate redusă din tb disociative nu e derivabilă, deci, doar din cea a sugestiei hipnotice și a somnului cu vise. Ci și din modelele cultural spirituale ce modelează subiectul contemplativ, precum reprezentațiile teatrale, muzica, dansul și recitarea ritmică a poemelor, ritualul sacral, incantațiile religiilor de mistere ș.a.m.d.

La toate acestea contribuie, desigur, și comportamentul comunitar contaminant, sugestia colectivă; iar pentru dimensiunea histrionic-disociativă, aceasta coparticipare public colectivă e esențială. Ceea ce nu înseamnă însă că perspective psihobiologice sunt anulate. Ultimele decenii au arătat reala posibilitate a unor automatisme nocturne psihomotorii ca rezultat al perturbării ciclicității somnului cu vise; reluând problematica tradiționalilor „lunatici”.

În rezumat: Simptomatologia tradițională și actuală a psihopatologiei disociative - considerată ca plasată în tradiția medicală a histeriei și privită inclusiv prin abordările sugerate de perspectiva evoluționist culturală - ne relevă o fațetă aparte a psihismului uman în care acesta se manifestă: - externalizat; - cu o identitate conturată spre exterior dar fragilă; - centrat pe o relaționare pasiv-sumisivă, hiperexpresiv și captativ față de alteritate; - dedublat; - cu o autonomie a agenției care îi scapă de sub control, predându-se alterității (de tip uman sau supranaturală); - și cu o reducere în diverse grade a vigilității și atitudinii autoreflexive, fapt ce permite imaginarului să fie mai activ.

Acest profil al psihismului uman corelativ patologiei disociative (tradițional histerice) se cere pus în oglindă cu cel al unei alte tulburări psihice majore, dedublante și ea a identității agențiale: cea a tb. obsesiv compulsive. Tulburare în care psihismul persoanei apare ca: - internalizat; - cu tendință la dispersie, reducere a coerenței centrale și atent la detalii; - tot cu o identitate fragilă, dar vag conturat înspre exterior și ținându-i pe alții la distanță; - de asemenea ca dedublat, însă sub

forma unui conflict egodiston trăit într-o manieră hiperanalitică; - în contextul unei vigilități crescute, a unei hiperreflexii și a unei permanente tendințe spre control situațional și autocontrol chinuitor al propriei agenții.



## Anexă la Capitolul 4

### Tulburări 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. 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 comprehensive anormale”, cu exemple din stările anxioase consecutive spaimei sau cea de doliu prelungit, cu trăiri depresive. Acestea se plasau la un pol opus față de Tulburările de personalitate. Totuși, treptat, s-a înțeles faptul că reacțiile la evenimentele situaționale se corelează, în fundal, strâns cu proiectele și preocupările de durată ale subiectului; iar pe de altă parte o serie de „stări reactive” sunt induse de însăși comportamentul particular al persoanei.

Reacțiile comprehensive anormale clasice se instituie nemijlocit în urma trăirii „actuale” de către subiect a unui eveniment cu o semnificație deosebită pentru el, foarte impresionantă. Manifestarea este comprehensibilă ca și conținut, adecvată ca stil exprimare dar exagerat de intensă și prelungită. Dacă cauza sa încetează, reacția se retrage treptat. Școala psihopatologică germană (Schneider, Muller-Sur, Kretschmer) a dezvoltat această temă, atrăgând atenția asupra sensibilității diferite a oamenilor la semnificațiile receptate; precum și asupra vulnerabilizării subiectului prin cumularea biografică în preconștient a unor psihotraume nerezolvate, într-o perioadă determinată de timp. La această sensibilizare s-ar adăuga apoi marcarea persoanei de-a lungul întregii sale biografii prin evenimente stresante și influențe psihice negative. Psihanaliza a adăugat conflictele intrapsihice, derivate tot din biografie. S-a acceptat apoi și o vulnerabilitate genetică crescută, care poate induce sensibilități tipologice specifice la unii stresori. Psihiatrul german Kretschmer a atras atenția asupra sensibilității crescute a anumitor tipuri de persoane la modele specifice de reacție, de ex. în manieră senzitiv relațională („Personichkeitreaktion).

Una din problemele comentării reacțiilor psihopatologice la stresori constă în faptul că, instanțele ce pot interveni nociv pot fi, uneori, aceleași cu cele care, printr-un nivel adecvat de prezență, pot fi chiar factorii formatori și protectivi; aspect evident în cadrul relațiilor constante și prelungite din familie.

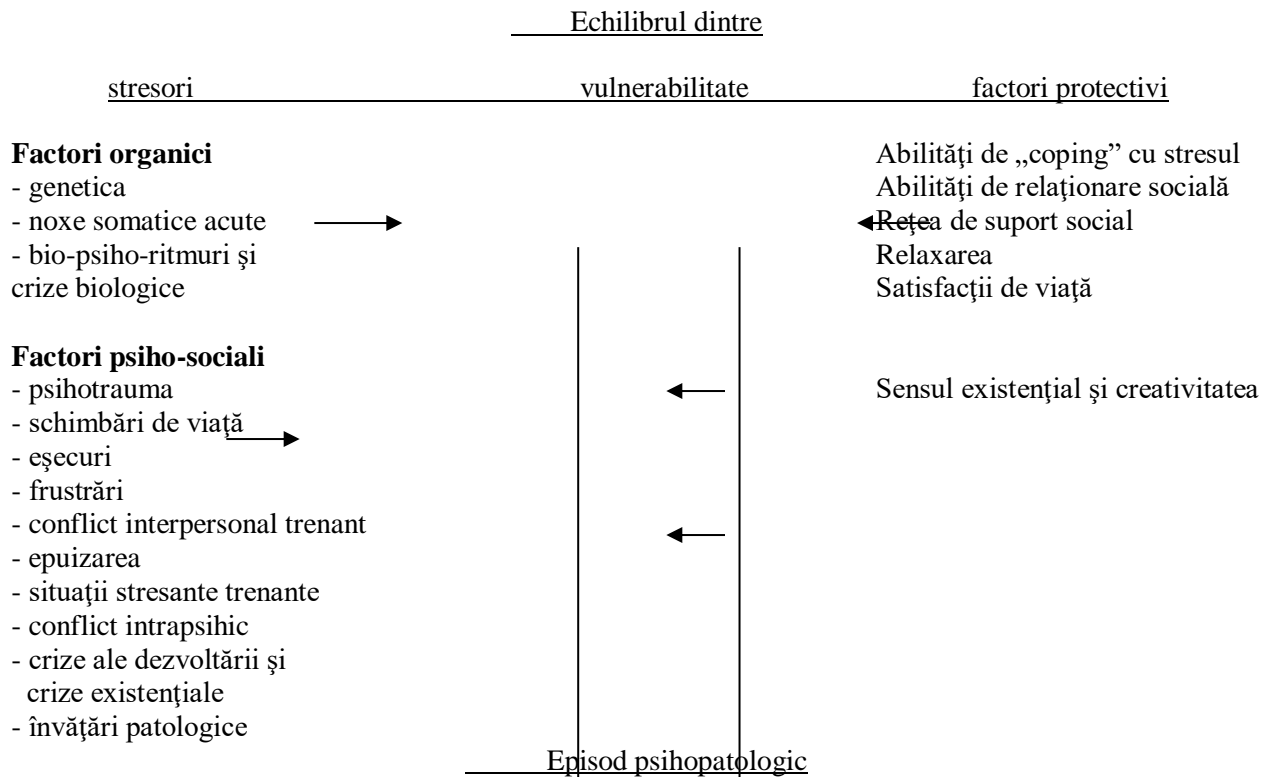
Problema a devenit între timp și mai complicată prin faptul că parametrii clasici ai definirii reacției psihopatologice – corelația nemijlocită cu psihotrauma, comprehensibilitatea răspunsului, remiterea treptată după încetarea stresului – au fost completați, în cadrul doctrinei vulnerabilitate/stres, cu noi perspective; care estompau distanța dintre intervenția unui „moment experiențial special” și o hipersensibilizare progresivă prin influențe psiho sociale, ce conduce la o vulnerabilizare a psihismului persoanei de tip “endogen”. Pe lângă aspectele menționate mai sus, s-au adăugat la clasică psihotraumă - constând din amenințare, agresiune și pierdere, și : - valențele psihotraumatice ale frustrării, eșecului, a substimulărilor, abuzurilor și chiar a psihotraumelor minore prelungite din ambianța proximală, familială și a rețelelor sociale proximale. Un rol deosebit l-a jucat mai ales introducerea conceptului de “schimbare de viață”; în urma constatărilor că modificarea parametrilor existențiali poate decompensa un subiect relativ 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, la noi responsabilități etc. În sfârșit, factorii stresanți se cereau puși în balanță cu factorii protectivi și compensatori, așa cum ar fi rețeaua de suport social, capacitățile de „coping” cu stresul, abilitatea de a implica pe alții în sprijin, relaxarea și satisfacțiile de viață, ancorarea în idealuri și credințe etc.

Această perspectivă analitică a stresorilor și a factorilor protectivi a condus la comentarea mai atentă a “stărilor de dezadaptare”; care sunt diferite de consecințele directe și comprehensive ale unor psihotraume secvențiale dramatice. Ele se petrec în condiții aparent firești de existență – corelate unor momente evolutive semnificative ale ciclurilor vieții, finalurilor problematice unor proiecte, momentelor unor decizii importante etc. - la unele persoane vulnerabile; manifestându-se prin simptome anxioase, depresive sau iritabil comportamentale. Această categorie diagnostică a fost introdusă deja în clasificarea DSM-III.

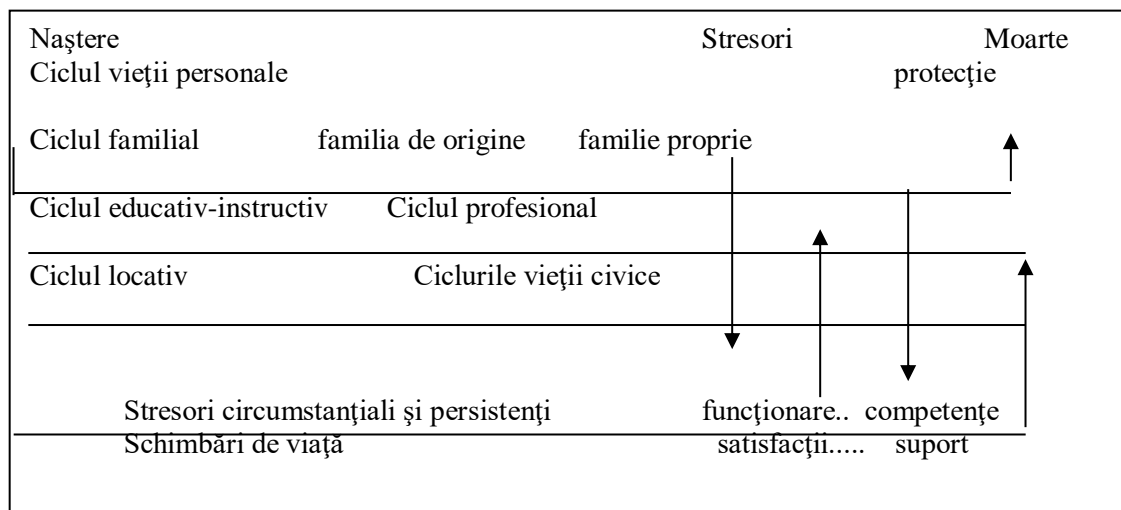
A fost studiat de asemenea mai atent și rolul patogenetic al substimulărilor psihosociale la pacienții instituționalizați. Wing și Brown au demonstrat că substimularea accentuează simptomatologia negativă a schizofrenilor cronici. Fapt ce a plecat pentru programe de stimulare și ergoterapie în instituții; dar mai ales pentru evitarea instituționalizării prelungite. Extrem de importantă s-a dovedit deficiențele în stimularea 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**

**Stresorii psihosociali pot accentua vulnerabilitatea genetică, condiționând 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 proximale, care sunt și ele dinamice (familia de origine, relații educative sau de la locul de muncă)**



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

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 precedentă 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, care a fost deja comentat în marginea tb. anxioase.

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 uneori și 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 sunt de obicei afectate grav și multe alte persoane. 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; deși subiectul rămâne de fapt în contact cu situația stresantă. 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 oscilația dintre somn și veghe e un referențial de ordin general (amintim că între acestea se include și relaxarea reveriei, hipervigilitatea specială din actul creator sau din 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 depresiei în aceste cazuri. Dar, autorii DSM-5 nu au putut cădea de acord asupra conturării unei depresii reactive. 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 anume, 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., toate desfășurate în jurul unei tematici anume. Prin aceasta, depresia de doliu este particularizată într-un tablou psiho-comportamental bine definit.

Un eveniment de pierdere – și mai cu seamă cel al unei ființe de atașament – nu poate ieși însă din modelul general al reacțiilor comprehensive; doar că se cerea avea în vedere și fundalul personalistic pe care evenimentul îl implică. În populația generală pot fi identificate persoane cu un potențial dispozițional afectiv redus, hipo sau chiar areactive la semnificații specifice: de pericol (- anxietate), succes (- bucurie), pierdere (depresie) etc. După cum sunt și persoane cu potențial crescut de reacție dispozițional afectivă în toate domeniile amintite; sau ținut, în direcția anxietății, agresivității, depresiei s.a.m.d. În deceniile trecute s-a discutat mult despre „depresii endoreactive”; în sensul că, un eveniment de eșec sau pierdere reală dar puțin importantă, mobilizează o disponibilitate crescută a „modulului de manifestare depresivă” aflat în fundalul temperamental caracterial al persoanei. Iar ca o consecință, depresia instalată poate avea o intensitate majoră, deși evenimentul era practic minor.

O înțelegere a reactivității după modelul vulnerabilitate/stres ca cel menționat mai sus – mai ales dacă e înțeles ca manifestându-se în cadrul derulării proiectelor și preocupărilor de durată a cursului existenței unei persoane -, sugerează un parțial răspuns și pentru psihopatologia considerată tradițional ca „endogenă” (în direcția maniei, a delirului sau schizofreniei etc.); în sensul că: Vulnerabilitatea pentru un model psihopatologic poate crește, într-o perioadă preclinică – inclusiv prin intervenția unor factori biopsihologici - până la nivelul la care, respectiva stare (= sindrom), ajunge să se instaleze reactiv la stresorii minori; sau chiar la cei firești, ai vieții cotidiene. În același sens s-ar putea interpreta cazurile aparent paradoxale în care, la un eveniment trist – e.g. moartea unei persoane apropiate – se declanșează de ex. un episod schizomaniacal.

Cât privește psihozele disociative din tradiția lui Janet și a modelului autorilor olandezi actuali, acestea au în vedere particularități structurale ale unor subiecți predispuși la o dedublare interioară. Ar fi vorba de persoane care implică intens o parte a identității lor biografice caracteriale în evenimente relaționale tensionate; constituindu-se astfel intrapsihic o „identitate parțială”. Adică o dimensiune personalistică identitară ce nu se integrează armonios în ansamblul personalității. În anumite împrejurări reactive, aceasta s-ar putea reactualiza, „disociindu-se” de coerența ansamblului persoanei; preluând trăirile actuale sub cupola unui psihism ce se simte dedublat. Această „identitate secundă-parțială” autonomizată, induce acum o stare psihotică impregnată de imaginar mnezico oniroid. Un astfel de tablou e însă unul particular în raport cu majoritatea „bufeurilor psihotice scurte”. Care se pot și ele instala aparent reactiv, dar nespecific; și care, se prezintă printr-

un un amalgam simptomatic al tuturor condițiilor psihotice, susținut de sd. de depersonalizare/derealizare.

Se mai poate menționa un model de tranziție între tb. reactive și cele psihotice din arie delirantă, pe filiera preocupărilor prevalențiale. O serie de trăiri firești și adaptative – cum ar fi reacția la indici care sugerează o boală, un dismorfism facial, infidelitatea partenerului sau persecuția din partea altora –, pot fi trăite de către subiect cu intensități crescute, în manieră anxios fobică sau obsesiv compulsivă, chiar perioade prelungite de timp; ele pot însă ajunge și să fascineze ansamblul de preocupări ale subiectului, prin impunerea majoră a unei ideții tematice supraevaluate. În consecință, preocuparea ajunge să implice conturul și semnificația suprapersonală de statut și rol social a respectivei trăiri; cu care pacientul se identifică. El ajunge să adopte nediscriminativ o identitate socială de: „om bolnav”...sau de „om diform,...înșelat...persecutat...”etc.; până la un nivel la care întreaga existență identitară a subiectului devine dominată de o astfel de preocupare. Dispare capacitatea și disponibilitatea sa de a fi interesat și preocupat de alte teme și evenimente, ce se afirmă de obicei în planul „țesături de relații și preocupări” care dă „adâncime temporală” oricăreia din raportările sale situaționale actuale; și care acum se aplatizează, circumscriind un fel de „prezent continuu”. Ne plasăm astfel aproape de domeniul delirurilor monotematice.

În rezumat : Tb. corelate traumei și stresurilor, așa cum le delimitează clinica psihiatrică actuală, includ manifestări care fac trimitere nemijlocită la trăirea situațională actuală a unor evenimente cu o semnificație aparte, unele din acestea fiind corelate relaționărilor interpersonale. Prin această trimitere ele se plasează la un pol opus față de clasa Tulburărilor de personalitate; care, prin definiție exprimă o anormalitate comportamentală prelungită, dacă nu chiar permanentă, ce vizează fundalul identitar. Tb. corelate stresurilor implică însă și ele, într-un fel sau altul, actualizarea unor disponibilități psihice funcționale ale structurii identitare temperamental-caracteriale și biografice, așa cum ar fi: - dispozițiile afective anxios fobice, depresive, de relație euforic expansivă, iritabil explozivă etc.; apoi, - dispozițiile relaționale de dominație sau sumisiune, suspiciune, indiferență etc.. Iar prin trimiterea la ”traume” (biografic-identitare), în ele sunt implicate, parțial, și scenarii relaționale experimentate biografic de persoana identitară (eventual cu o „identitate secundă”); inclusiv structuri complexuale mai elaborate, în sensul scenariilor fantasmatiche comentate de psihanaliza lui Freud. La întreg acest ansamblu de parametrii, se cere a nu se ignora dimensiunea culturală a psihismului uman, ancorată în logosul teoretic, în cadrul căreia subiectul se proiectează ca personaj a unor scenarii narative; și în raport cu care el se preocupă de abstracții conceptuale și matematice. Iar întreg acest ansamblu e subsumat parametrilor ce asigură coerența identitară a persoanei, centrată de sinele intențional reflexiv; și variat delimitată.

## **CAP. 5 PATOLOGIA OBSESIV COMPULSIVĂ ȘI SPECTRUL EI.**

**19 .03.2023**

### **5.1. Scurt istoric și caracterizarea generală a patologiei obsesionale**

Simptomatologia psihopatologiei obsesiv compulsivă (O.C.) s-ar defini pe scurt prin : trăiri negative, 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. Trăirile obsesiv compulsive sunt resimțite ca izvorând din propria agenție - nu ca impuse de o alteritate - inducând dificultăți de raportare la situație și o tensiune conflictuală la sine; ele îl fac pe pacient să sufere, îi consumă mult timp, perturbă inserția sa în viața cotidiană și performanțele. Subiectul prezintă o exagerată tendință la autocontrol, cu redusă spontaneitate în manifestarea situațională, cu nesiguranță, indecizie, îndoială, relaționare socială problematizantă. 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 – în sistematizarea propusă de Achenbach - la mijloc. Raportarea la situații, deși e marcată în TOC de intenții agresive, nu se desfășoară efectiv impulsiv sau asertiv conflictual; iar anxietatea nu se poate fixa clar, fobic, pe un obiect sau o situație de evitat din lumea înconjurătoare (pericolul pare a veni din sine însuși sau din imediata proximitate fizică). Trăirile obsesive negative sunt dublate de imediate comportamente compulsive simple, de contracarare. Deși,... egodistonia, autocontrolul exagerat, coexistența marcată a stărilor anxioase și redusă sociabilitate, înclină puternic balanța și în direcția celor internalizate. În plus, comorbiditatea cu depresia e pronunțată, la fel ca și tematica de culpă.



Comportamentul obsesiv compulsiv nu a atras atenția din antichitate, la fel ca spectaculoasa histerie - ce se manifesta la persoane hiperexpresiv-captative, orientate spre relaționare și cu tendința spre o dedublare sumisivă, în contextul dominării sale de către o alteritate umană sau de un spirit (cu sentiment de posesiune). Totuși, încă din antichitate a început să se profileze și un model al psihismului reflexiv, pe care-l sugerează cazul lui Socrate; pe care *daimonul* său intim îl sfătuia să nu participe la manifestările politice - publice, din agora Athenei - ci să se replieze meditativ asupra propriei interiorități, conceptuale. Dar, deși ideea unui *forum de dezbatere interioară* se conturează deja în stoicism, de abia prin impunerea creștinismului persoanele ajung să acorde o importanță serioasă subiectivității, ideății și problematizărilor ce emerg din profunzimea minții lor. Biserica creștină, mai ales în perioada post Renascentină a Reformei și Contrareformei, îi stimulează pe credincioși să-și autoanalizeze zilnic vinovățiile – comise cu fapta sau cu gândul - și să se spovedească. În acea vreme, s-au semnalat cazuri de apel excesiv la confesiune, chiar 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 anumită atmosferă cultural-spirituală poate susține și cultiva unele valențe psihice aparte.

Simptomatologia obsesiv compulsivă a fost în continuare comentată de medici, mai ales în marginea unor tulburări determinate, precum cele ale mișcărilor involuntare (ticuri), cele impulsiv addictive sau a evitărilor anxios fobice; adică, a unui grupaj de comportamente anormale care exprimă un deficit de autocontrol al agenției comportamentale. După ce în sec. XIX această simptomatologie a fost descrisă mai detaliat, ea a fost încadrată la începutul sec.XX în largul concept al „psihasteniei” lui Janet. Apoi, Freud a diferențiat o nevroză obsesională, distinctă 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 clasei simptomatologice obsesiv compulsive. În ultimele decenii studiile cognitive au contribuit la o mai sistematică delimitare și descriere a trăirilor simptomatice obsesiv compulsive. Iar marile sisteme de clasificare internaționale de la cumpăna dintre sec.XX și XXI, ICD-9-11 și DSM-III-5, au ajuns să comenteze TOC într-un capitol distinct, care tinde să-și contureze în jur un spectru malativ propriu. (inițial, DSM-III includea patologia TOC în cea anxioasă).

În TOC există un fundal agresiv-anxios, 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; manifestări ce se plasează, evident, într-o direcție opusă față de pasivitatea dependentă a histrionicului disociativ. Dar, chiar dacă există uneori schițe de acțiune, agresivitatea din TOC nu ajunge să se manifeste direct și nemijlocit în raport cu alții - la fel ca în Tb. externalizate ale dispoziției iritabil conflictuale sau ale psihopatului (vezi Cap.3); ea e trăită subiectiv egodiston, pacientul făcând continui eforturi pentru a o controla; resimțind în permanență frica de a nu fi acționat agresiv, aspect ce-l orientează spre repetate verificări. Altă sursă de anxietate o constituie în TOC sentimentul agresării sale de către microbi și alte substanțe neperceptibile; și de dezordine. Trăiri ce-l conduc spre compulsii de spălare și ordonare. E de subliniat și că anxietatea fobică din TOC nu are în vedere intenții agresive din partea altora, ca în paranoide; precum și faptul că lipsește conduita de a face apel - ca în anxietatea fobică - la sprijinul protectiv al celor apropiați și a spațiului securizant al locuinței. Dimpotrivă, obsesiile de contaminare/spălare și dezordine/ordonare se manifestă preeminent în chiar acest spațiu intim.

Continua propensiune spre controlul situațiilor și autocontrol 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. Relaționările cu alții sunt și ele mereu elaborate, lipsite de spontaneitate. Iar psihismul propriu e resimțit de către obsesivul hiperanalitic ca insuficient de unitar și asertiv, el fiind atras de detalii, dedublat egodiston, lipsit de o suficientă coerență centrală și delimitare; dar aspirat de un ideal perfecționist, scrupulos și zgârcit. Subiectul trăiește continuu într-o atmosferă de nesiguranță, incertitudine, indecizie, îndoială, ambivalență, orientat mai mult spre cele posibile decât spre realitățile efective.

Ansamblul patologiei obsesiv compulsive exprimă, deci, un deficit în spontaneitatea acțiunilor situaționale – inclusiv în relaționări - și în resimțirea identității de sine. Cazuistica obsesională cu manifestări mai pronunțate sugerează un proces de depersonalizare/derealizare; diferit însă de cel din tb. disociative, orientat spre dezorganizarea psihismului. În cadrul patologiei obsesionale iese însă în relief – spre deosebire de pasivitatea și heterocontrolul agențial din partea altora, specifice patologiei disociative – o tendință spre un excesiv autocontrol al propriei agenții, a „funcțiilor executive” ce susțin acțiunea cu scop a subiectului, însoțită de indecizie, hiperelaborare, supracontrol. În plus, faptul că obsesiile psihice și compulsiile motorii sunt resimțite ca emergând – involuntar din propria psihocorporalitate, atrage subiectului atenția asupra propriului corp. De aceea, se va începe capitolul printr-o scurtă prezentare a Tb mișcărilor involuntare a ticurilor, ce sunt intens comorbide cu TOC.

## **5.2. 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, la joc, achiziția limbajului și a cunoștințelor școlare, a cititului și scrisului etc. Cea de a doua se referă la **Tulburarea mișcărilor stereotipe**, care sunt mișcări repetitive, fără finalitate, așa cum ar fi fluturatul mâinilor, balansarea, întoarcerea sau înclinarea repetată a capului, autolovirea propriului corp etc.; ele pot însoți alte boli neurologice sau neurodevelopmentale, ca deficiența mentală și autismul. Cea de a treia se referă la **ticuri**.

**Ticurile** sunt definite în DSM-5 ca mișcări motorii sau vocalizări involuntare ce se manifestă brusc, rapid, recurent. Tulburarea ticurilor apare înainte de 18 ani; de fapt, 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 (ecopropraxie). 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; alte ticuri sugerează o atitudine de retragere sau apărare fizică, iar altele, o ripostă sau atitudini agresive. Prin astfel de asemănări patologia ticurilor apare corelată parțial cu relaționarea interpersonală și distinctă de tb. de tip coreo atetozic. În perioada 3-6 ani se întâlnesc frecvent câteva obiceiuri comportamentale tranzitorii, ca: suptul degetului, scobitul în nas sau rotirea capului, care seamănă până la un punct cu ticurile.

Tulburarea ticurilor e frecvent comorbidă cu tulburarea instabilității atenției și comportamentului - ADHD - și cu TOC. 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. Copiii care prezintă doar ticuri au în general un comportament internalizat. Cei cu ADHD au în schimb un comportament externalizat, dar fără implicarea directă a altor persoane. Când coexistă Tulburarea ticurilor și ADHD se amplifică un comportament disruptiv interpersonal.

Privitor la comorbiditatea cu patologia obsesiv compulsivă (TOC), 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

Chenar 43

### Funcțiile executive în specificitatea lor umană.

Funcțiile executive (F.E.) se referă la inițierea și coordonarea unei acțiuni cu scop, așa cum ar fi cea prin care se realizează un produs, sau vorbirea ce transmite un mesaj. Ea e considerată ca unul din principalele câștiguri filogenetice și antropogenetice, girate de cortexul prefrontal. De fapt, e vorba de multiple funcții definite operațional și prin teste; care însă toate participă la același obiectiv. În grupajul F.E. 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 inhibate (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, față 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 sugerând coeziunea din 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.

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.

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 respondență la medicația antidepresivă specifică.

Ticurile se mai cer raportate la comportamentele impulsive simple raportate la anumite zone corporale, așa cum e smulgerea părului (tricotilomania) sau gratarea excoriațiilor; tulburări care sunt clasificate în prezent în spectrul TOC. În deceniul 2000 a fost propusă o schemă a spectrului TOC (Hollander) în care una dincoordonate se întindea de la mișcările involuntare neurologice de tip coreic, trecând prin ticuri, spre compulsiile din TOC; iar în continuare, spre comportamentele impulsive. În prezent această schema nu mai e la fel de mult creditată.

Prezentarea Tb. developmentale de autocontrol a psihomotricității înaintea simptomatologiei specifice a TOC a fost făcută și pentru a se sublinia că accentul cade acum pe aspectul executiv, pe inițierea și executarea mișcărilor ce implică instrumentalitatea propriei corporalități; și nu pe sentimentul controlului agenției de către o alteritate dominatoare, ca în unele tb. dissociative ( e.g. transă cu dirijare)..

### **5.3. Circumscrierea tb. obsesiv compulsive (TOC) în DSM-5 și descrierea semiologică a tulburării.**

Actualele sisteme de clasificare a tulburărilor psihice folosesc termenul de obsesiv compulsiv (OC) pentru două categorii diagnostice: Tulburarea obsesiv compulsivă (TOC) și Tulburarea de personalitate obsesiv compulsivă (TPOC). Comorbiditatea stabilită statistic între TOC și TPOC nu este mare. Totuși există o strânsă legătură între ele prin faptul că în ambele perturbarea afectează autocontrolul agenției ce se

bazează pe funcțiile executive; fapt ce conduce la o egodistonie indecisă și nesigură, cu lipsă de spontaneitate în acțiune și autocontrol excesiv.

**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 suprimă aceste gânduri, tendințe sau imagini sau să le neutralizeze cu alte gânduri și acțiuni (realizând compulsiile).**

**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 compulsiile. 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 colecționariism; 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 parafilică;-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 supraestimare a fricii;- Perfecționism și intoleranță la incertitudine;- O importanță crescută acordată gândurilor și nevoii 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 de obicei asociate și corelate, având o pondere variată în simptomatologie. Mai rar ele pot să se manifeste și independent; sau prin forme de tranziție. Studiile statistice au conturat ca principale grupaje (clustere) simptomatice: - intenții agresive/verificare; - contaminare/spălare;- ordine/ordonare; - colecționare. În DSM-5 colecționariismul patologic e prezentat ca o categorie distinctă de TOC, dar în aceeași clasă cu acesta.

Simptomatologia TOC are în vedere o raportare disfuncțională la situații actuale; care e lipsită de spontaneitate și neimplicându-i de obicei direct pe ceilalți (decât în rare modalități specifice). În continuare vor fi prezentate grupajele

simptomatice menționate, urmate de aspecte mai speciale ale simptomatologiei OC.

## 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, ce se corelează direct sau indirect cu situații actuale. Ideea obsesivă poate fi doar resimțită subiectiv, ca intenție de act; sau, ca reprezentare a respectivului act în diverse grade de elaborare, care pot fi schițate sau chiar începute dar nu realizate până la capăt. Trăirile respective intrigă subiectul, îl nemulțumesc și induc o anxietate fobică – uneori și vinovăție - în legătură cu intenția resimțită. 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 a ei retroactivă, printr-un act considerat contrar. Obsesiile agresive vizează de obicei persoane slabe, neajutorate sau apropiate, pe care subiectul le percepe situațional; sau care se află în perspectiva sa perceptivă: bebeluși, bătrâni, bolnavi, soția, proprii copii, prieteni. Astfel de obsesii pot apare situațional instantaneu: e.g. intenția de a lovi în cap pe cineva aflat fața sa, de a îmbrânci un bătrân înaintea unei mașini, de a smulge perfuzia de la un bolnav pe lângă care trece etc. Uneori, ele 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 obsesia compulsia să-i strângă de gât pe pacienți (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 uneori prin mimarea actului, prin aplecarea de câteva ori deasupra ferestrei). Printre obsesiile agresive poate apare și intenția de a utiliza obiecte tăioase sau ascuțite pentru a-i

### Cazuistica TOC și patologia delirantă I

Psihopatologia clinică a comentat în repetate rânduri eventuala intersecție dintre patologia obsesională și delir. Se acceptă în prezent că acea variantă a TOC în care critica (insight-ul) scade până la dispariție - ca în fenomenul "fuziunii gând-acțiune"- ar putea fi considerată delirantă. Convingerea delirantă presupune adoptarea de către pacient a unei "identități de personaj dintr-un scenariu fictiv"; ceea ce s-ar realiza parțial în menționata condiție. Specific pt TOC e menținerea criticii, dar, uneori chiar păstrarea acesteia, ideea obsesivă monstruoasă poate fi atribuită diavolului, deci cu convingerea delirantă de posesiune. Intersecțiile dintre patologia TOC și cea delirantă poate să se manifeste în variate combinații, uneri simptomele TOC instalându-se alături de alte trăiri psihotice..

**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. Atribuie 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..

agresa pe alții sau pe sine; motiv pentru care subiectul le ascunde sau le exclude din casă, pentru a nu le percepe.

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\_gândindu-se asupra faptului cum îl tranșează și îl pune în frigider. Subiectul își ia nenumărate precauții, inclusiv îndepărtarea copilului din casă. Un astfel de act subliniază faptul că trăirea îngrozită de acest gând; mai ales că poate avea o reprezentare scenică terifiantă a OC poate consta nu doar din scurte secvențe declanșate de percepția nemijlocită a cuiva; ci și dintr-o dispoziție tematică mai prelungită, ce susține scenarii complexe (corelată totuși unei ambianțe perceptive). 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 reprezentativ, 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 raport cu alții, în contextul vieții cotidiene; inducând evenimente relatabile și de către alții. Proiectul de act – sau, în cazuri mai complexe scenariul comportamental obsesiv compulsiv - se derulează în TOC în plan metareprezentational subiectiv, avându-l pe pacient ca erou central, plasat într-o condiție aparte, anormală; aspect ce poate fi un preambul al unei scheme delirante.

Privitor la ideația OC agresivă, s-a demonstrat că ea derivă din cursul ideativ curent al oamenilor, tematica respectivă fiind de fapt răspândită în populația generală. Dar în normalitate ea este minoră și periferică în raport cu ansamblul fluxului ideativ, fiind astfel ignorată de subiect. În TOC se petrece însă o selectare

a unor astfel de idei periferice, o scoatere a lor din flux și o aducere în prim plan; unde se impun, menținându-se repetitiv. Patologia ar consta în primul rând din acest proces de selecție cognitivă perturbată, în care atenția se concentrează pe detalii agresiv culpabilizatoare; pierzându-și capacitatea de a menține o ierarhizare sintetică, o coerență centrală firească a selectării din cursul ideativ ce se derulează continuu, în fundalul raportărilor subiectului la situații.

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, la periferia tulburărilor disruptiv impulsive; în care manifestările verbale agresive și injurioase se petrec efectiv.

Alte simptome OC agresive se referă la distrugeri și incendieri –ultima putând fi comparată cu pyromania impulsivă -, fără a viza deci 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 sau intenții nerealizate, exprimă o scăpare parțială de sub control a procesului complex de funcționare a agenției persoanei. Adică a acelei zone în care se elaborează gândurile, dorințele, intenționalitatea, ce stă la baza tendințelor de acțiune și a comportamentului efectiv; inclusiv argumentarea acestuia. Instanța agenției e la pacientul TOC dedublată, o parte fiind resimțită ca aflându-se în afara controlului său (deși, nu manevrată de o alteritate); la fel cum pacientul cu Boala Tourette

pacientul 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 însă trăită în raport cu un act efectiv făcut; 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 păcătuit 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 ideății, a eventualităților pe care aceasta le înfățișează subiectului în plan metacognitiv: care ajung să devină echivalente cu realitatea efectivă. Dacă subiectul se gândește ca „nu cumva soția ce călătorește cu trenul să aibă un accident”, el poate resimți și crede apoi că simplul fapt de a se fi gândit la așa ceva, a și influențat producerea catastrofei..... că accidentul s-a întâmplat... și că el a devenit culpabil; tematică ideatică de care ajunge aproape să fie convins. Drept urmare, începe un proces compulsiv de verificări „dacă accidentul nu a avut totuși loc”; deși lucid știe ca nu. Se poate instala și un sentiment de vinovăție, ce decurge din posibilele consecințe ale unor acțiuni accidentale, care ar fi putut fi cauza prejudicierii altora. Astfel de ex., 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 dintre 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 direcția convingerii delirante.

Verificarea, care e considerată principala compulsie ce apare în cadrul simptomelor OC agresive, se manifestă însă la pacienții TOC și în împrejurări banale ale vieții curente: în legătură cu închiderea ușilor, gazului, ferestrelor, apei, curentului electric etc. Aceste acte de verificare compulsivă în spațiul domestic, au fost puse de Slavckovitch tot în legătură cu sentimentul vinovăției: dat fiind faptul că cei cu TOC sunt persoane hiperconștiincioase, scrupuloase, s-ar instaura gândul subjacent că respectivele omisiuni ar putea avea consecințe rele pentru cei din casă: furt, incendiu, răceala etc. Această 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 cerebrala 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 efectiv s-a terminat, chiar când el a gata. La cei cu TOC acest deficit de sinteză informațională feedback, induce un sentiment al „neterminatului”, care se integrează în cel de „incompletitudine”.

În cazul simptomatologiei TOC agresive, ideția obsesivă constă deci din reale tendințe la act impulsive, care depășesc nivelul strict ideatic; trecând nu doar spre reprezentare ci uneori și spre o realizare parțială, desigur simbolică și hipercontrolată. 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) agresive spre acțiunea efectivă e încetinită, controlată, blocată; cu efort, chin, anxietate și culpă. Menținerea continuă în planul elaborării și tendinței de implementare dar fără finalizare, transformă proiectul de act într-o eventualitate neîndeplinită. Această menținere în planul eventualităților, e de fapt una din specificitățile acestei patologii. Care e, în ansamblul ei, centrată pe problematica

acțiunii; pe o orbită paralelă cu cea a narativității, ce operează cu personaje fictive, desfășurată în plan imaginar; dar susținând în cele din urmă 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 potențial.

La fel ca în simptomatologia OC agresivă, în prim moment se afirmă ideea 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 până la urma nu se ajunge la desfășurarea efectivă a celor mai multe dintre ele. Există însă nenumărate variante ale acestui scenariu, ce se derulează în cea mai mare măsură în spații private. Astfel, privitor la scopofilie, 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, cu mai mult sau mai puțin succes 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, care 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 conduite provocatoare.



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

1.3. Obsesiile și compulsiile cu tematică religioasă se manifestă – și ele - 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. Pacientul 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 descoperirea multor păcate la credincioșii care sunt îndemnați de religia lor să-și facă în fiecare seară un examen de conștiință.

Simptomele TOC agresive, sexuale și de încălcare a tabuurilor, exprimă intenții de act reprobabile și neacceptabile pentru subiect, ce dedublează agenția sa; împotriva cărora el dezvoltă compulsiile de apărare, neputându-le însă 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 o alta necontrolabilă, este un aspect esențial al dedublării depersonalizante specifică patologiei TOC. Se mai cere remarcat că e vorba de acte simple și conjuncturale, ce implică propria corporalitate în ambianță situațională, proximă, imediată; și nu de proiecte elaborate de acțiune ce ar urma să se desfășoare într-un timp îndelungat, ca în cazul celor cu TPOC.

2. Simptomele TOC de contaminare/spălare formează și ele o grupare simptomatologică aparte, destul de specifică. În esență, tema obsesivă constă acum în sentimentul unei contaminări malefice realizată prin murdărie, microbi sau diverse substanțe care nu pot fi percepute prin simțuri; dar care tind să pătrundă pe cale cutanată în interioritatea propriului corp. Obsesie ce declanșează compulsia spălării.

Simptomatologia contaminării e una anxios fobică particulară, constând în sentimentul unei agresiuni periculoase și greu controlabilă asupra sinelui corporal, din partea unor agenți cvasisubstanțiali neperceptibili; a”ceva rău”, ce acționează din proximitatea trupului, prin atingere. Ea diferă clar de simptomatologia anxios fobică standard, ce se manifestă în spațiul exterior extins, în aria comportamentelor active ale subiectului, implicându-i și pe alții; și care se accentuează pe măsura ce subiectul se îndepărtează de ariile protectoare (locuință, persoane de atașament) spre zone spațiale necontrolabile și periculoase (manifestări în public, în zone aglomerate). Ea diferă și de anxietatea fobică paranoidă, în care subiectul e convins că alți oameni și instituții intenționează să-i facă rău, uneori de la distanță. În TOC agenții nocivi nu sunt cei umani; în plus ei sunt imperceptibili, tinzând să invadeze interioritatea sinelui corporal în urma contactului fizic nemijlocit.

Agenții invocați sunt deobicei: 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 uneori ca și contaminantă. La fel ca în cazul simptomelor agresive, fobia de contaminare se prezintă ca un fel de sensibilitate sau temă ce persistă constant în subiect; și care se actualizează în împrejurări critice.

Partea corpului resimțită ca cea mai expusă la contaminare este mâna; adică zona care efectiv vine deobicei în contact direct cel mai des cu obiectele și suprafețele lumii exterioare. Fapt ce conduce la protejarea acesteia, de către

obsesiv, cu mănuși, cu hârtie sau cu șervețele, atunci când e deschisă o ușă sau e utilizat un telefon public; iar în unele cazuri subiectul evită și să strângă mâinile altora. Dar și alte părți ale corpului sunt resimțite ca putând fi contaminate, fiind în consecință 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 parțială 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 agenți infestați. Așa sunt: clanțele ușilor și telefoanele publice, mijloacele de transport în comun, banii, WC-uri publice etc. E de fapt 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 zonele potențial contaminate. În vizorul factorilor de contaminare pot intra însă și materiale 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)

Ideea de fond din simptomatologia TOC de contaminare, o constituie sentimentul unei anormale vulnerabilități a limitelor corpului ( a sinelui corporal), față de o agresiune, realizabilă prin contact, de către factori exteriori neperceptibili nocivi, în principiu non-umani. Limitele ce despart corpul de lumea înconjurătoare sunt de fapt cele mai marcante și evidente limite ale însăși persoanei identitare - centrată de sine - ce se raportează la lume. Iar problematizarea vulnerabilității acestei zone, trimite spre o arie particulară a psihopatologiei, de tip depersonalizant.

Chenar 45

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

Simptomatologia TOC se poate apropia sau intersecta cu patologia psihotică nu doar prin temele de culpabilitate ale cazuisticii de intenții agresive, în care prin fuziunea act-gândire și-ar putea pierde controlul critic; sau, prin intersecție cu alte sd. psihopatologice și ideea preluării, prin posesiune, a propriei agenții. E posibil ca teme specifice TOC cum sunt cele de atingere/contaminare sau problematizarea ordine/simetrie, să plaseze sinele identitar în condiție cvasi-delirantă.

**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 de ”ceva” malefic.

**Caz** O tânără are un prim contact cu psihiatria la 24 ani pentru astenie și 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, cu lecturi 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, creind 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 transparentă 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 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.

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 marchează 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 (dezordonată) - a obiectelor în spațiul proxim, familiar. E trăită nevoia ca toate lucrurile 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 e 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 și mai evidentă în Tb. de personalitate OC, la care se întâlnesc și tendințe colecționariste. Totuși există și un colecționarism care e circumscris ca o tulburare inclusă în DSM-5 în spectrul TOC. 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 cu puține obsesii

pregnante împotriva cărora subiectul să lupte. Acesta nu reacționează negativ față de grămezile de obiecte ce se adună în casă și îi deranjează pe colocatari. E de remarcat și în această tulburare a colecționarismului, atenția acordată unor detalii ne semnificative; și concentrarea asupra spațiului restrâns al casei.

Simptomatologia de ordine/simetrie/ordonare din TOC se intersectează, așa cum s-a menționat, cu cea a spectrului autist; fapt pe care cercetările cazuistice actuale îl confirmă. Dar ea se poate manifesta uneori printr-o formulă și cu o intensitate ce o apropie de orbita psihotiformă - la fel ca fenomenul fuziunii gândire/act din simptomatologia intențiilor agresive sau cel al atingerii contaminante (Chenar 39).

Preocuparea față de ordinea simetrică se poate impune prevalențial, unii pacienți fiind preocupați insistent ca partea dreaptă a corpului să fie perfect simetrică cu cea stângă; fapt ce-l verifică în mod repetat în oglindă. Sau, uneori se deplasează exact pe mijlocul străzii, străduindu-se să fie mereu „în centru”. Spațiul fizic ambiental poate fi resimțit apoi ca nesigur. Un astfel de pacient schizo-obsesiv descris de Minkowski era cuprins de anxietate în corelație cu discontinuitatea ce o observa în ambianța din jur (a pietrelor de pavaj, a spațiului dintre cărămizile edificiilor); el se mai întreba obsesiv: „dacă zidurile clădirilor sunt efectiv drepte?”. 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 desanimantă, 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 dezorganizant al depersonalizării anonimizante a simptomatologiei negative (schizofrene). Alunecarea spre orbita psihotiformă pe această direcție e diferită de cea a transformării subiectului într-un personaj cuprins într-un scenariu delirant, pe care

o inițiază patologia disociativă a identității; deși în schizofrenie cele două pot fi complementare.(Chenar 40).

4/. În continuare se vor comenta câteva aspecte speciale a simptomatologiei TOC, corelate direcției depersonalizante amintită mai sus, în care se evidențiază perturbări aparte ale spațio temporalității psihice.

Preocuparea anormală a obsesivilor față de ordinea spațială se dublează și se conjugă uneori cu 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 magic. 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, ca ritualuri mai complicate. Ceremonialul consta în executarea unui set de mișcări destul de complexe, fără scop pragmatic, derulate într-o anumită ordine; și, de obicei, de un număr repetat de ori. Realizarea ceremonialului are pentru pacient o valoare antianxiogenă, „magică”, ca un fel de „dezlegare” pentru ca o acțiune cu sens – de ex. 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 trece pe lângă un anumit dulap. Ritualurile și ceremonialurile, marcate fiind 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, uneori obligată de se implice și ea în ritual.

(Deși aparent neobișnuite, ritualurile și ceremonialurile amintesc de comportamentele complexe ce se desfășoară în lumea animală în unele situații speciale, corelate ciclurilor instinctive – rut, construirea cuibului etc.; iar pe de altă parte în lumea culturii umane, de comportamentele sacrale de invocare a ființelor supranaturale - de unde e și împrumutată expresia. Atât în biologie cât și la om ritualurile și ceremonialurile fac însă parte integrantă din comportamentul de integrare socială, derulându-se împreună cu alții, în mijlocul grupului care participă la un eveniment special, cu semnificație colectivă importantă; astfel încât prezența lor la un individ izolat e deja un indice de anormalitate. Totuși, perspectiva evoluționist culturală ne sugerează că disponibilitatea psihismului de a desfășura astfel de comportamente are rădăcini adaptative, colective, ancestrale .

Recurgerea la numărare, în primul rând în cadrul derulării ritualurilor, 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 uzuală. În TOC se pot întâlni în, raport cu numerele, următoarele simptome: - Număratul 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 față 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 orice raportare ce presupune o acțiune situațională realizatoare; și 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 să nu fie precedate totdeauna de obsesii mentale; ci doar de o stare de tensiune ce se descarcă prin aceste manifestări. În același sens se pot întâlni, simetric, și 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 însă 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, inclusiv pentru el, că nu are la dispoziție o rezolvare decisivă. Problematizarea interminabilă 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 vor prezenta 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 dezbateri câteva 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 a situației în care se află și privitor la acțiunile întreprinse, sub spectrul anxietății și culpei. O altă caracteristică cognitivă generală e cea că,

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 disfuncțional cognitiv particular, care intervine în însăși geneza și structurarea simptomelor, acompaniindu-le apoi. 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, în marginea temei „dacă subiectul nu 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 printr-o „coerență centrală”, datele prezenței lor în situație. 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 înrădăcește în sinele identitar, biografico caracterial, încorporat și inserat în intersubiectivitatea rețelelor sociale; și care presupune și ea o „funcție generală identitară a coerenței centrale”. Din această perspectivă ar merita atenție perturbarea la nivelul filtrării fluxului ideativ intern - din fundalul intim al conștiinței - care actualizează raportarea intențional reflexivă actuală la situație cu date mnestice corespunzătoare intențiilor; dintre care unele sunt agresive. Și la fel, emergența agenției și organizarea coerentă și eficientă a proiectelor de acțiune, în universul posibilelor metareprezentationale. În acest context, inferența rațională firească e subminată în infrastructura sintezei sale thetice.

În proiectul cognitiv de studiere a TOC, esențială poate fi considerată atragerea atenției asupra prezenței la aceste cazuri a unei structurări aparte a instanței metareprezentationale, de operare ideatică pe modele, cu eventualități.

Pacientul acordă atenție crescută gândirii; dar în condițiile unei pronunțate incertitudini în raport cu variantele posibile și a unei crescute nevoi de control; flancată de problematizarea necontrolabilă a eventualităților.

E o variantă depersonalizantă diferită și paralelă cu disfuncția care conduce la patologia identitară delirantă, prin „transpersonalizarea din delirul primar” a lui Jaspers; orientată spre o hipertrofie a condiției de personaj a subiectului, ce alunecă într-o „lume delirantă”. Incertitudinea și îndoiala ce se instalează în patologia OC, schițează direcția unei depersonalizări centrată pe o deficiență a „coerenței centrale”, cu alterarea sintezei agenției; subminând spontaneitatea generativ sintetică a sinelui intențional în direcție comportamental acțională.

#### **5.4. Diagnosticul diferențial dintre TOC și alte trăiri sau tulburări de tip obsesiv; depersonalizarea specifică patologiei obsesive și intersecția acesteia cu orbita psihotiformă.**

Sistemul DSM-5 include alături de criteriile de diagnostic și o listă de tulburări de care simptomele TOC se cer diferențiate. Acestea ar putea fi grupate în: a) tendințe externalizate impulsiv agresive; b) patologie internalizată depresivă și anxioasă; 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 impulsiv agresive incluse în clasa Tb. disruptive, impulsive și de conduită (comentate în Cap.3.).În acestea lipsește însă autocontrolul; care eventual, poate fi parțial prezent în unele perioade depresive. Simptomatologia TOC se exprimă în specificul său tocmai prin faptul că intențiile agresive sunt de la început plasate într-o instanță metareprezentatională, a eventualului, a posibilului („ce ar fi dacă...); care în normalitate e doar un implicat al raportării efective la situații. Psihopatologii

cognitiviști au evidențiat ca una dintre particularitățile persoanelor cu TOC faptul că, aceasta „acordă o importanță crescută gândurilor”... având tendința de a le echivala cu realitatea - ca în cazul „fuziunii gândirii cu actul”. Astfel de trăiri amintesc de universul magic al basmelor și legendelor; model magic care grevează și derularea ritualurilor, a ceremonialurilor comportamentale.

Există și o arie a patologiei impulsive în care controlul trecerii la act e uneori tentat de pacient, ca în cazul impulsului la jocul de noroc și a altor adicții (dipsomanie alcoolică, voyeurism, cumpărături patologice etc.). Subiectul încearcă să se opună temporar tentației, controlându-și un timp comportamentul; dar aceasta revine obsesiv... pentru ca de la un moment dat el să cedeze, lăsându-se în voia impulsului resimțit. Acest model nu se întâlnește însă în cazuistica TOC specifică.

b) În raport cu tulburări predominant depresive și anxioase, referințele se pot face la obsesiile de culpă din depresie și la cele din reacția de stres posttraumatic; care fac însă trimitere, ambele, la evenimente efectiv trăite și nu la eventualități corelate propriilor intenții de act; iar în anxietatea socială și agorafobie, referința e la comportamente și situații proiectate în viitor, ce pot fi evitate sau asigurate. Situațiile menționate reamintesc faptul că trăirile de tip obsesiv fac parte, în cele din urmă, din recuzita celor normale. TOC e însă major comorbidă atât cu anxietatea cât și cu depresia; deși, aceasta din urmă are tendințe centripete, opuse într-un fel celor centrifuge din obsesionalitate. Iar patologia „spectrului obsesiv” – dismorfofobia, hipocondria etc.. – este și ea intricată intens cu trăirile depresive.

În direcția obsesiilor articulate cu eventualități, au fost studiate îngrijorările accentuate ce apar în legătură la derularea unor preocupări normale. De ex. cu ocazia primei nașteri, când atât gravida cât și soțul pot deveni extrem de preocupați, „obsesiv”, în legătură cu nașterea și evoluția copilului; cu verificări interminabile și consulturi repetate la medici. Și în acest caz, eventualitățile gravitează în jurul unui fapt realmente posibil, amplificat mult anxiogen.

Chenar 46

**Diagnosticul diferențial al simptomelor din TOC cu cele de tip obsesiv/ 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.parafilicăTb.de anxietate generalizată

(preocupări sexuale)

(anticipare anxioasă)

Tb. disruptiveTb. de anxietate socială

(impulsive/explozive)

(preocupare față de apariție)

Tb.addictivă deTb.dismorfofobicăde substanțe/joc

(preocupare față de aspect)

(preocupare față de

Tb. alimentare (anorexia)

reluarea adicției)

(ritualizarea alimentării)

cleptomanie, piromanieTb.anxietății de boală**TOC**tricotilomanie Tb.escoriaț

Tb.aut

(ritualuri repetitive)

Insertia gândirii

**psihoză**

Simptome de  
ordine/ordonare/colecționare

În altă perspectivă, ritualurile micii copilării, mai ales cele de dinaintea somnului, exprimă o tensiune anxioasă ce se liniștește doar prin conduite rigide ce se repetă identic; dând astfel un sentiment de stabilitate și siguranță. Într-un fel, comportamentul ritualic se impune ca un fel de „soluție magică” – ca un gard protector - pentru anxietatea anticipatorie. În raport cu toate aceste manifestări, simptomatologia din TOC pare a depăși un prag, în direcția unui model comportamental „neobișnuit”, nefiresc. Fobia de murdărie și de microbi urmată de ablutomanie, deși are un grad de comprehensibilitate – și un important model cultural în spate – ne apropie și ea de un nivel opac la argumente; sugerând un proces de depersonalizare, cu dispariția limitelor ce despart subiectul încorporat de lume.

c) În ceea ce privește simptomatologia de ordine/ordonare și a colecționarismului, acestea se cer raportate la psihopatologia din spectrul autist. Un simptom specific acestuia din urmă e intoleranța la schimbarea spațială a ambianței, cu resimțirea nevoii ca obiectele să se mențină în același loc („seimnes”), într-o ordine nemișcată. Această simptomatologie se reîntâlnește uneori manifest și în TOC; ea e oricum corelată cu simptomele de simetrie/ordonare și cu sentimentul că „totul trebuie să fie în ordine” („all right”). Atenția crescută acordată detaliilor, colecționarismul, ceremonialurile și preocuparea față de numere, sunt de asemenea simptome comune celor doua sindroame, regăsindu-se și în unele forme de catatonie schizofrenă. În privința numerelor, autiștii dovedesc uneori o extraordinară capacitate de memorare cifrică și de calcul; iar obsesivii implică numărutul în ritualuri. Față de autiști, cei cu TOC au în mod semnificativ capacități crescute de operare cu cuvintele și de relaționare interpersonală, fiind mai puțin stereotipi.

Depersonalizarea specifică și intersecția TOC cu orbita psihotiformă.

Aspectul central prin care simptomele obsesiv compulsive se diferențiază de trăiri similare din alte sindroame sau din normalitate, ar consta într-un proces particular de depersonalizare/derealizare; diferit parțial de cel descris în DSM-5 la cap. Tb. dissociative, unde principala sa articulație e cu perturbări ale identității biografico-relaționale, implicând instanța personajelor (e.g. starea de transă cu posesiune). În TOC depersonalizarea vizează identitatea la nivelul polului persoanei corporale și a elaborării agenției (fără directe relaționări cu alții și fără orientare spre o identitate secundă); arie care implică instrumentalitatea propriului corp și funcțiile executive efectorii. Depersonalizarea OC se corelează și cu trăiri derealizante, subiectul resimțind realitatea din jur ca „nefiind în regulă, în ordine”, cu sentimentul că trebuie să o aranjeze și să o verifice până când totul va fi „așa cum trebuie” („all right”); iar acțiunile nu-i par efectiv terminate, decât dacă sunt „perfecte”(ideal). „Sentimentul de incompletitudine” - cum îl numea Janet - însoțește trăirile pacientului într-o atmosferă de reducere a libertății și de transpunere într-o instanță a posibilelor vagi, a eventualităților necontrolabile, marcate de infrastructura ma-tematică a realului și de o cauzalitate magică.

A fost amintit, în marginea studiilor cognitiviste privitoare la TOC, faptul că această patologie relevă diverse incidențe ale perturbării unei funcții generale a ”coerenței centrale” : atât la nivelul filtrării informațiilor mnestică și a utilizării lor în scenariile metareprezentationale ale acțiunilor posibile, cât și în elaborarea și executarea actelor; sau la nivelul organizării centrate și delimitate a structurii identitare, mnestică biografice. O astfel de disfuncție ar genera nu doar compulsiile agresive, ci și fenomenul fuziunii gândire/act; care apropie unele cazuri de formula delirului de vinovăție; iar dedublarea agenției astfel indusă, ar putea sugera uneori ideea de control prin posesiune (demoniacă), care și ea se apropie de un delir, de control xenopatic. Dar specificul depersonalizării din TOC vizează și delimitarea



polului psihocorporal al persoanei identitare; fragilitate care induce senzația unei vulnerabilizări psihocorporale la agenți malefici exteriori (dar nepersonalizați ca în paranoide), ce se exprimă curent în ablutomanie, putând însă evolua cazuistic și ea până în marginea unei tematici delirante aparte. Specificul depersonalizării obsesive vizează apoi, în mod central, aria executivă a agenției - pierderea coerenței acțiunii cu scop; fapt exprimat prin majoră incertitudine, indecizie, ambivalență, ambitendență, abulie. Direcția e cea a unei depersonalizări deficitare, apato-abulice, anonimizante; care se conjugă în psihopatologie și cu dezorganizarea ideo-verbală - ce favorizează și preocuparea pentru abstracții, conceptuale și matematice.

La o analiză atentă simptomatologia TOC, considerată în ansamblul său, se intersectează cu o axa de patologie ce se întinde de la autismul developmental la dezorganizarea și simptomatologia negativă din schizofrenie. Iar la bază ei stă o deficiență depersonalizantă a funcției generale a „coerenței centrale”. Similitudinea dintre unele simptome din TOC grav și cele din autismul developmental, pot fi privite din această incidență. Și la fel, agregarea unor simptome prezente în formele grave de TOC și sd. Tourette și tabloul clinic al unui sindrom tradițional cum e cel cataton; în care se regăsesc, de altfel, și simptome ce derivă din linia psihopatologică a tb. histero disociative.

### **5.5. Tulburări din spectrul TOC**

Psihiatrii clinicieni și psihopatologii 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 se constituie într-un fel de spectru. Caracteristicile comune ale acestora constau din preocupări repetitive anormale - cu tendință prevalențială - ce se desfășoară la

limita corporalității, predominant în aria de proximitate a habitatului; deobicei, într-o dispoziție afectivă depresivă, ușor anxios iritabilă. În DSM-5 sunt menționate:

**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 autoobservă 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 prevalente, chiar 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. Dar tulburarea se poate manifesta și predominant anxios fobic; sau ca preocupare prevalențială, marginal delirantă, deseori pe fundal dispozițional depresiv. În corelație cu tb. dismorfic corporală sunt frecvent comentate preocupările privitoare la aspectul corporal din anorexia mentală a tinerelor și din bulimia cu tendință la obezitate.

\* **Tulburarea de referință olfactorie;** aceasta 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. Comorbiditatea cu alte tb. psihice somatoforme și cu depresia e importantă.

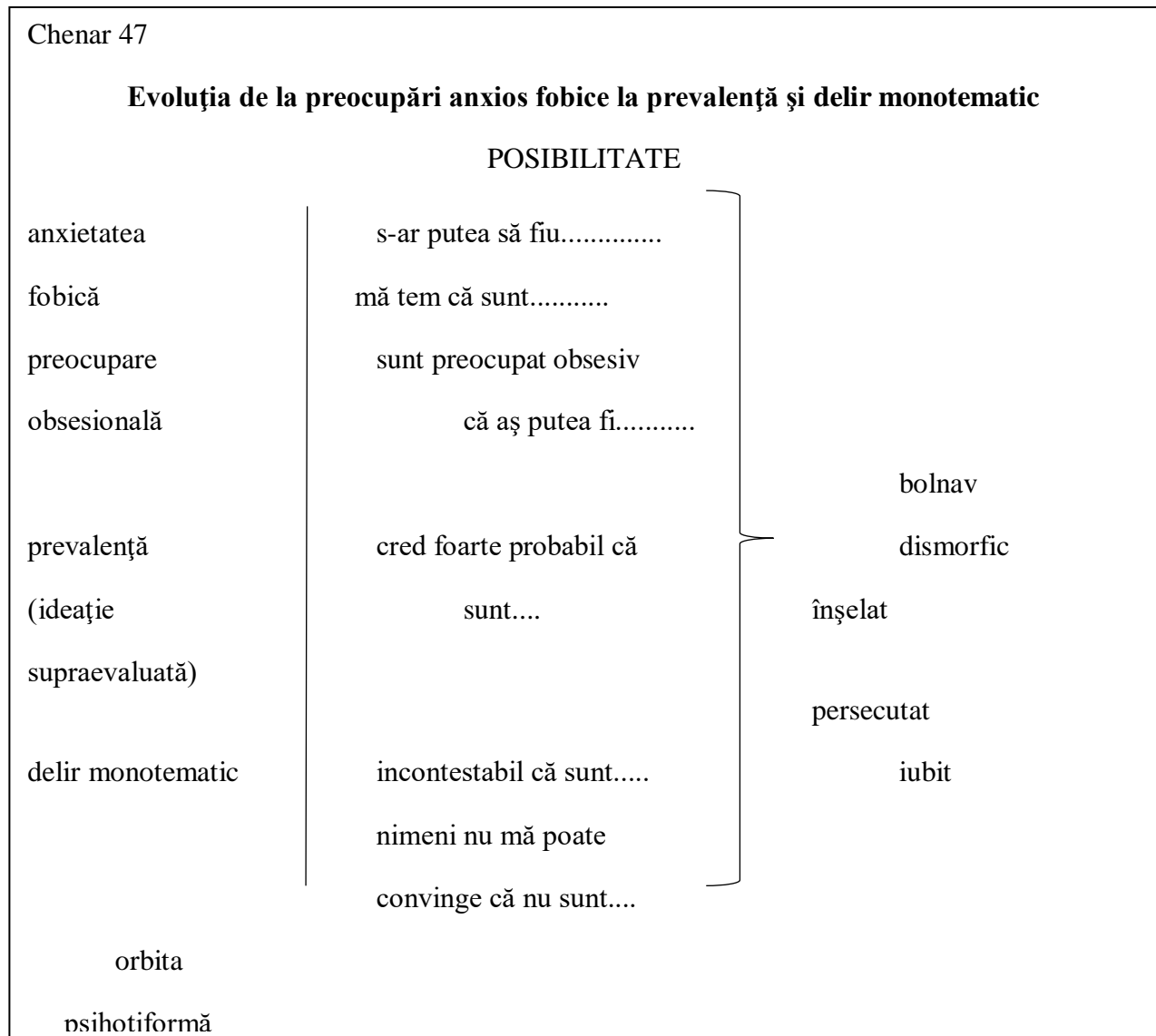
\* Tulburări comportamentale centrate pe corp constând în acte repetitive (de tip impulsiv compulsiv) la marginea tegumentelor, incluzând: Tricotilomania sau smulgerea părului în diverse zone ale corpului; - onicofagia sau roaderea unghiilor. Tulburarea escoriațiilor ce constă în presarea pielii, repetitiv, în diverse zone, până escoriații. Manualele comentează și alte comportamente repetitive corelate corporalității cum ar fi scobitul în nas etc.

În DSM-5 tot la acest „spectru obsesiv compulsiv” e comentată gelozia patologică, în varianta ei predominant obsesională 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.

Grupajul tulburărilor repetitiv prevalențiale din spectrul TOC prezintă, deci, ca principală caracteristică centrarea lor pe condiția corporalității, pe limitele acesteia, pe aspectul relațional pe care majoritatea acestora îl implică – cu excepția ultimelor trei - și pe ambianța (spațială) proximă; e frecventă comorbiditatea cu depresia, care accentuează centrarea pe corporalitate. Faptul subliniază afectarea predominantă a polului corporal spațial-relațional al identității persoanei, cu preocupări și comportamente aberante în această zonă: de la probleme în aria epidermei, la starea de sănătate, cea a posibilei afectări a

relaționărilor prin aspectul fizic sau odorație; dar și prin suspiciuni față de partenerului din gospodărie sau prin îngrămădirea colecțiilor absurde în spațiul de locuit. Nu se includ însă în acest spectru aspecte ale controlului excesiv al deliberării și acțiunii cu obiective în viitor, zonă ce e în mod specific afectată în TPOC.



Mai există însă un aspect aparte. Și anume faptul că, o bună parte din preocupările suferinzilor incluși în acest grupaj - dismorfofobia, hipocondria, tb. de referință olfactivă, gelozia - pot fi tematizate prevalențial. Astfel, subiectul ajunge să se simtă ca un personaj preocupat constant de faptul că: ... e grav bolnav.....că are un aspect respingător... că emană mirosuri dezgustătoare...că e înșelat..etc. Preocupări care pot parcurge etape succesive, de la variante anxio-fobice, la trăiri obsesiv compulsive, cu evoluție spre prevalență ideatică și chiar delir. (Chenar 37); ele defășurându-se într-o instanță metareprezentatională, intermediară între cea specifică scenariilor de preocupare identitară proprii delirului, în care subiectul se agregă spre..sau chiar se transformă într-un personaj dintr-un scenariu aberant; și cea specifică patologiei TOC, orientată spre ordonarea ambianței proximale și dezorganizarea ruminativă a acțiunii orientate spre scop.

**5.6. 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 relațiilor interpersonale. În TPOC acestea joacă un rol minor, esențialul constând în preocuparea pentru organizarea unor posibile acțiuni, pe care subiectul încearcă să le realizeze treptat, perfecționist, într-o atmosferă de continuu hipercontrol. Dacă simptomatologia TOC e constant centrată pe o ambianță proximală ținută sub un control tensionat, trăsăturile ce caracterizează TPOC plasează subiectul la distanță de evenimentele nemijlocite și de raportarea la alții; cu centrarea pe proiecte de durată, pe elaborarea și controlul realizării perfecte a acestora; articulat totuși cu micile detalii ale existenței imediate și cotidianității.

Profilul fenomenologic al TPOC a fost sesizat de toate încercările de analiză și sistematizare dimensională a tulburărilor de personalitate, inclusiv când s-a ajuns

la restrângerea trăsăturilor la doar patru supracategorii. O astfel de dimensiune de tip obsesional e menționată și în ultimul Draft ICD-11 (2019), sub eticheta de anakasm. TP obsesiv compulsivă 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 din DSM-5 subliniază, deci, în primă instanță tendința exagerată spre control și hipercontrol acțional și relațional; la un pol opus spontaneității, inițiativei și respondenței emotive la evenimente. Manifestările din TPOC pot fi puse în contrast cu reactivitatea situațională exploziv-impulsivă și comportamentul agresiv crud și manipulativ al TP antisocială; sau cu modelul comportamental hiperexpresiv exhibiționist și captativ al histrionicului, care induce mereu evenimente în jur. O trăsătură specifică pentru TPOC e și insuficiența asertivității sale în plan interpersonal - prin comparație cu psihopatul ce-i manipulează, lipsit de empatie pe alții ca pe niște obiecte; dar și prin contrast cu oscilațiile interpersonale imprevizibile ale TP marginale în raport cu o persoană apropiată. În TPOC se evidențiază nu doar o emotivitate și reactivitate redusă, ci și o sociabilitate și comunicabilitate deficitară; dar nu în varianta indiferenței

schizoide; ci într-un sens internalizat, al unei precauții tensionate ce impune un permanent control. În afara tendinței spre hipercontrol și ordine ( prezente și în TOC), în TPOC iese în prim plan atașamentul față de muncă, activitate și performanță perfecționistă, cu excluderea distracțiilor, jocurilor, destinderii, calmului necesar petrecerii timpului împreună cu alții, fără un obiectiv pragmatic.

Interesul crescut față de muncă se întâlnește și la unele persoane normale, la care d.p.d.v. caracterial predomină factorul „conștiinciozitate” (din sistemul Five Factor Model) constând în: tendința spre realizare, deliberare, organizare, autodisciplină, eficiență (competență) și simț al datoriei. E vorba deci de un interes și de abilități crescute în direcția activităților realizatoare, pe care omul le desfășoară deobicei în cadrul muncii organizate instituțional; și la baza cărora stau funcțiile cognitive executive, prin intermediul cărora psihismul individual inițiază și realizează acțiuni cu scop. La anancast însă, acțiunea, proiectele, activitatea, toate sunt marcate de o tendință la perfecționism, într-un plan al posibilelor. Ele sunt în mod exagerat planificate, minuțios sistematizate, organizate până în cele mai mici detalii.; totul fiind supus unui control și autocontrol continuu și exagerat. De aceea și decizia de implementare efectivă a proiectelor e deobicei dificilă. Subiectul poate pierde 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, ce operează pe modele, cu eventualități. Pentru a evita acest proces chinuitor de pregătire și elaborare, anancastul preferă deseori să se înscrie în executarea unor comportamente standardizate ( e.g. activitate de funcționar).

-a descris o variantă mai rigidă - anancastă - și una mai relaxată - psihastenă - a TPOC; fapt ce ar corespunde polarizării verticale din circumplexul relațiilor



interpersonale, ce se distribuie între asertivitate și sumisiune. La extremitatea rigidă, odată depășite dificultățile deliberării, activitatea se poate desfășura inflexibil și conștiincios, în conformitate cu planul adoptat; este respectată o ordine fixă și 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 improvizați, în raport cu variabilitatea situațiilor. Acest model se apropie de cel ce se regăsește și în spectrul lărgit al autiștilor. Varianta relaxată e marcată de indecizie, abulie, ambivalență, ruminății, evaluarea excesivă a eventualităților, apragmatism. Aceste modele comportamentale sunt răspândite și în normalitate, în marginea modelului persoanei structurate tipologic în jurul trăsăturii ”conștiinciozității”; iar în psihopatologie ele se pot exprima prin variante cu manifestări excesive în ambele direcții. Descrierile clasice ale TPOC au ca referențial un construct intermediar între cele două variante extreme (Chenar..)

Anancastul este sârguincios, încăpățânat, perseverent în acțiunea proiectată, atent la detalii, meticulos, scrupulos, pedant, atent la aspectele ce țin de ordine. El tinde să fie exact și punctual, disciplinat; lucruri care nu-i reușesc 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 persoanei cu TPOC se evidențiază și datorită faptului că, progresul acțiunii nu e de obicei liniar, marcat de excursuri colaterale și de reluări. Preocuparea față de detalii îl face deseori să piardă mult timp; iar ansamblul comportamentului cu scop poate apare ca insuficient de coerent.

TPOC e și perfecționistă, mai ales în varianta sa anancastă. Subiectul dorește ca tot ceea ce face să fie perfect, rezultatele să fie maxime; el tinde să se afirme, să se împlinescă prin performanța impersonală a muncii; a evaluării

pozitive a acesteia, în cadrul rolului său social. Doar că standardele pe care și le autoimpune sunt exagerate, deseori nerealiste. Persoana cu TPOC deseori nu declară un lucru ca terminat deși știe efectiv că e încheiat, trăind un “straniu sentiment al neterminatului” (Petrilowitsch, 1960); sau un “sentiment de incompletitudine”, în sensul lui Janet. Odată cu terminarea unui proiect anancastul poate rămâne cu un sentiment de gol interior și cu nevoia de a începe cât mai repede un altul; el resimte o continuă nevoie de a face ceva, de a acționa, de a fi ”preocupat”, fiind „aderent de muncă”. Își ia de lucru acasă la sfârșit de săptămână și în vacanțe; căci în afara muncii, a activității, se plictisește repede, resimte un „vid interior”; aspect ce a fost comentat și ca o „depersonalizare de fundal”(Goppert). Anancastul nu știe să se distreze, să se joace, să se bucure în liniște de timpul petrecut cu alții, în conversații banale. El apare ca un om serios, respectabil, dar plictisitor, fără umor, care nu se pricepe să spună și să guste glume, care nu are “șarm

La un pol opus rigidității ritualice a comportamentului se întâlnește, tot în aria TPOC, persoana “psihastenului”, care e nehotărât, abulic, dezordonat (Petrilowitsch, 1960). Psihastul se caracterizează printr-o pronunțată predominare a nesiguranței de sine, a indeciziei, cu ruminatii intense asupra variantelor optime de acțiune. (Ruminatii ce pot apare și ca simptome obsesive). El face nenumărate planuri alternative, schițe, proiecte, algoritme, scheme, a căror valoare este în mod repetat comparată; decizia 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 multiple 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 anancastului tipic sunt mai mult oficiale, formale ori distante. Ele stau sub prescripția normelor, obligațiilor, datoriei, a relaționărilor oficiale. Lipsește spontaneitatea, emotivitatea, afectivitatea tranzitivă, empatia, atașamentul profund, comuniunea și rezonanța afectivă intimă. Dorința e ca relația să fie clar și precis stabilită; și, cel puțin aparent, cât mai corectă. Nu reușește să realizeze integrarea armonioasă cu celălalt în cadrul unui parteneriat, colaborarea în activitate fiind dificilă; iar partenerul fiind admis doar dacă se conformează propriului stil de acțiune. Se mai notează lipsa umorului, a autoironiei, a ingeniozității jocului interpersonal, a imaginației necesare capacității de a povesti atractiv. Această „răceală afectivă” a fost comparată cu cea a schizoidului, fiind introdusă în mai multe scale de evaluare.

În perspectiva comportamentului etic, anancastul rigid tinde să respecte normele și regulile sociale suprapersonale, ceea ce “se face”, “se obișnuiește”, “se cade”. El își îndeplinește corect, în mod formal, oficial, datoria față de altul; fără a se lăsa „corupt” sau copleșit de compasiune și entuziasm, de milă sau generozitate. Anancastul invocă mereu normele etice, tinzând, prin scrupulozitate, spre perfecționism moral. Uneori pretinde celorlalți o conduită ireproșabilă; pe care de altfel și-o impune, uneori, și lui însuși. Rigiditatea relațională a anancastului e dublată uneori de agresivitate, culpabilizându-i intolerant și inflexibil pe alții pentru incorectitudinea conduitei lor; cel puțin la suprafață. Este uneori scrupulos și cu sine, autojudecându-se aspru și găsindu-se frecvent vinovat, cerându-și apoi public scuze altora. Totuși, în spatele principialității anancaste excesive, își fac loc deseori comportamente duplicitare, compromisuri, chiar ipocrizie etc. Spre deosebire de anancastul rigid, psihastenul poate fi ceva mai afectiv în relațiile interpersonale; dar ambivalent și inconstant. Nesiguranța de sine și deficitul de autodelimitare poate fi în cazul lui major.

Chenar 48

### Varianta anancastă și psihastenă a TPOC

Pentru Tulburarea de personalitate obsesiv compulsivă (TPOC) s-au descris două variante: una, anacastă, rigidă; și alta, psihastenă, marcată de incertitudine, nesiguranță, nehotărâre. Acestea s-ar plasa la polul superior și respectiv inferior al axei verticale din Circumplexului Intrapersonal. Tipus Melancholicus a lui Telembach-Kraus apare ca un anacast mai coerent, afectiv și centrat.

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 referința la norme și reguli impersonale pe care le adopă și le urmează conștiincios. Relațiile cu alții sunt politicoase dar formale. Nu acceptă sugestii și colaborează dificil cu alții în acțiune. Se consideră omul datoriei astfel încât face “ceea ce se cere”, preferând în permanență anonimatul și impersonalul. Prezintă intoleranță la ambiguitate și inactivitate. Datorită perfecționismului deseori nu consideră că a încheiat o sarcină, deși ea e efectiv terminată, deoarece are sentimentul că nu a făcut totul perfect.

Psihastenu 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 inițiale. 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 ruminății pe teme abstracte. Poate asculta sugestiile altora dar nu duce la bun sfârșit ce a promis că va face. Notă: psihastenu se apropie, în descrierea DSM-5, de personalitatea dependentă.

În a doua jumătate a sec.XX fenomenologul H.Telenbach a descris o variantă aparte a persoanei preocupată de ordine și muncă anonimă, pe care a numit-o Tipus Melancholicus, considerând-o specifică celor predispuși pentru patologie depresivă endo-reactivă. E vorba de persoane ce 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-l pot decompensa în direcția unor episoade depresive. Intoleranța la ambiguitate indică însă apartenența acestei cazuistici la polul anacast al obsesionalității. S-a sugerat că, constituția sa mai unitară, cu tendințe centripete de “centralitate”, l-ar diferenția de anacastul-obsesiv hipo afectiv și cu tendințe centrifuge.

Varianta tipologică circumscrisă prin Tipus Melancholicus nu epuizează însă tipologia temperamentală depresivă. În continuitatea melancolicului antic și renaștin, aceasta a fost comentată constant, încă de la începutul sec.XX – fiind de ex. Inclusă și de K.Schmeider între cele zece categorii de personalitate psihopată ce le-a comentat. Depresivul poate fi liniștit, puțin implicat în activități, timid, reținut, meditativ, “melancolic”, pesimist, neimplicat. El poate fi apropiat tipologic și de descrierile tradiționale ale personalității astenice și a celei dependente.

În ceea ce privește resimțirea propriei identități, 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 și în conduite duplicitare: compromisuri, inconsecvență, ambiguități; care alternează cu formulări tranșante. Autoanaliza continuă, ruminățiile, permanentul autocontrol și scrupulozitatea – mai accentuată în cazul variantei psihastene - îl fac să se îndoiască de sine, să resimtă uneori acut o nesiguranță interioară. Toate aceste condiții îl fac să se raporteze cu dificultate la situațiile problematice, în sensul de a le defini și a reacționa adecvat, prin soluții proprii, personalizate.

La cele de mai sus se adaugă faptul ca cei cu TPOC diferențiază greu între esențial și neesențial; fapt ce-i frustrează de găsirea spontană a reperelor și soluțiilor în diverse situații. De aceea se agață în mod rigid de principii abstracte, se sprijină în mod exagerat pe norme, legi, regulamente, modalități standardizate de reacție, pe conformismul social. Neîncrederea în sine, dificultatea de a se hotărâ, nesiguranța de sine (“selbstunsichere”) au fost considerate 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, aspectul public exterior, cei cu TPOC îmbrăcându-se sobru, corect – uneori pedant – cu o ținută rigidă, “civilizată”dar impersonală, cu atitudine aproape tot timpul serioasă.

Formalismul rigid al anancastului poate fi interpretat și ca o încercare de delimitare, în raport cu dificultatea de a-și resimți identitatea; față de tendința la descentrare și dispersie, dedublare, ambivalență, nesiguranță; față de incertitudinea limitelor personale. Dacă histrionicul își trăiește insuficiența identitară prin nevoia captativă de a fi în centrul atenției altora (cu care e tot timpul de acord) sau prin transpunerea în personaje de narațiune deosebite, persoana orientată spre TPOC își

manifestă deficitul identitar prin identificarea cu roluri sociale impersonale, absorbit de normativitate și randament; situație prin care încearcă să dea un oareșcare contur sentimentului său de nesiguranță, de incertitudine, de vid interior.

Un aspect al delimitării persoanei mai puțin evident la prima vedere, îl constituie dimensionarea sa prin cele avute, prin avere; nivel la care se manifestă zgârcenia. Ea se articulează cu nevoia obsesivului de a aduna și tezauriza, de a nu renunța la lucrurile în posesia cărora intră, chiar și atunci când nu mai are nevoie de ele. Chiar dacă în urma zgârceniei și acumulărilor sale anancastul devine bogat, el de obicei rămâne 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.

### **5.7. Patologia obsesiv compulsivă în perspectivă evoluționist culturală**

Manifestări similare celor din patologia obsesiv compulsivă se întâlnesc și în lumea animală, ca de ex. în aria ritualurilor – inclusiv a celui de curățire a corpului – și a colecționarismului.

În biologie întâlnim ritualuri comportamentale destul de complexe la vertebrate, mai ales la reptile, păsări și mamifere, în corelație cu principalele cicluri instinctive. Ritualurile sunt modele comportamentale suprapersonale – caracteristice unei specii - fără rezultat pragmatic nemijlocit, care se desfășoară în perioada de pregătire sau înaintea declanșării efective a unui comportament instinctual important. Așa sunt ritualurile de curtare a femelelor și cele care preced confruntarea dintre masculi în perioada de rut, ritualurile corelate începerii

construirii cuibului în vederea reproducerii și a creșterii puilor ș.a.m.d. În aceste împrejurări dispoziția de fond a organismelor animale este una ergică, orientată spre acțiune realizatoare, uneori deschis agresivă. Ritualul se manifestă ca un preludiu, printr-un comportament generic, pentru ca respectivul comportament instinctual să se desfășoare în siguranță , „pe un suport sigur”. Lipsa fazei ritualice scoate din firesc și face deseori imposibilă manifestarea instinctivă în cauză; care, în desfășurarea ei efectivă, pretinde ca individul să adapteze coniecturilor variabile.

În lumea umană ritualurile se dezvoltă în plan supraindividual-cultural mai ales 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 a unor entităților superioare au funcționat, desigur - într-o manieră magică - și în perioada “șamanică” a vânătorilor și culegătorilor, în contextul reprezentărilor totemice. Ele se dezvoltă însă sistematic în societățile sedentar agrare ce apar după neolitic, în paralel cu elaborarea religiilor. În toată această perioadă, coeziunea grupurilor umane se bazează pe memoria și reprezentarea scenariilor mitice care evocă originea cosmosului și a lumii lor umane, generate de zei; evocări ce sunt derulate ritualic în perioade calendaristice bine definite, de sărbătoare. Se asigură astfel, pentru colectivitate, sprijinul din partea unor forțe superioare. Comportamentul ritualic individual derivă din cel colectiv suprapersonal; având însă aceeași semnificație, de asigurare a unui sprijin din partea unor instanțe omnipotente (e.g. gestul unui creștin ce-și face cruce înaintea unei acțiuni periculoase). Acesta ar fi contextul evoluționist cultural. În patologia TOC ritualurile și ceremonialurile se desfășoară în plan individual și chinuitor, decontextualizate de vreo mitologie explicită, în corelație cu acte banale; păstrându-și însă valențele antianxiogene ale unei tradiții magice.

Ritualul spălării mâinilor derivă din îngrijirea suprafeței corporale, pe care o întâlnim în biologie cu o semnificație sanogenetică, de îndepărtare a paraziților. Ea se realizează uneori prin colaborare cu organisme din alte specii, fiind frecvent și parazitismul reciproc avantajos, simbioza. La primatele superioare se observă în această direcție și colaborarea cu congenerii din grup. Comportamentul de îngrijire a tegumentelor va continua la om, centrat acum pe spălarea mâinilor; fapt justificat atât de acoperirea majorității corpului cu îmbrăcăminte, cât și de folosirea mâinilor în același timp pentru muncă și pentru alimentare.

De la un moment dat al evoluției culturale, ritualul de curățire și spălare a mâinilor e integrat într-un scenariu mitico ritualic specific, care: - valorizează negativ dezordinea, haosul, întunericul și murdăria cu semnificații negative, de „ceva rău”; și – ca „pozitive” ordinea, lumina, curățenia. Odată ce ideea etică de vinovăție și păcat ajunge să se articuleze și ea cu narativitatea mitico sacrală, ablutomania va fi practică și cu înțelesul de curățire spirituală,...de “spălare de păcate”, pentru „ a fi curat în fața lui Dumnezeu „. Aceasta era semnificația cu care comportamentul spălării publice a mâinilor a funcționat atât în civilizația elenistă – pe vremea lui Pilat din Pont -, cât și în modernitate – pe vremea lui Lady Machbet. Alunecarea spre psihopatologie ce se petrece în TOC se corelează cu un proces depersonalizant/derealizant, ce induce în subiect: - pe deoparte sentimentul vulnerabilității limitelor psihocorporale ale persoanei, deci a tegumentelor, față de invazii nocive: - pe de altă parte, sentimentul unei dezordini globale greu de controlat, cu resimțirea unei dificultăți de a ține în frâu tendința spre împrăștiere, haosul și ”murdăria” din jur; dar și din interiorul propriul psihism, ce tinde spre încălcarea agresivă a normelor și spre păcat. Spălarea mâinilor, considerată tradițional ca necesară îndepărtării „murdăriei și păcatelor”, ajunge, începând cu sec XIX, să fie considerată și ca o „fobie de microbi”, fiind integrată tot mai mult



între parametrii igienei personale. Ea se impune acum, în cadrul psihopatologiei depersonalizante psihocorporal din TOC, ca simptom specific acestei tulburări.

Pentru psihismul și existența umană nevoia de ordine, curățenie, claritate (și lumină), se extinde însă și dincolo de corp sau ambianța proximală, intrând între parametrii culturali specifici unei lumi umane civilizate, organizată prin munca colectivă și instituții urbane ierarhizate. În această direcție ea apare în anumite momente pe parcursul devenirii istorice ca o ideologie, ca un ferment civilizator cultural aparte. Așa ar putea fi cotate civilizația antică a Romei, cu excesivul său interes pentru băi, drumuri, legi, ordine și sistematizări tranșante; civilizație care, a dat un contur ferm efervescenței spirituale mediteraneene ce înflorise prin spiritualitatea greacă. Iar apoi, nevoia de ordine în gândire și habitat se impune și în Europa de după Renaștere, structurând civilizația Europei Iluminismului, prin “idei clare și distincte”; și colecții de „date” sistematizate, în toate domeniile culturii și științelor. Iar acest ultim cadru e important și pentru dezvoltarea dimensiunii conștiente a psihismului; a cărei subiectivitate reflexivă facilitează și ea 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 de moment se manifestă la animale în multiple variante; dar unele specii fac depozite alimentare uriașe. La om, trăsătura individuală a colecționarismului și zgârceniei a fost sesizată încă de caracteriologia antică. În perspectiva TPOC ar fi vorba de o problematizare a posesiilor, a unei delimitări rigide a persoanei prin “a avea”; dublată deseori de o excesivă preocupare pentru clasificare și sistematizare. Variantele normale de colecționarism includ însă la om și domenii ale civilizației și culturii, precum banii, bunuri imobiliare, cărți, picturi, timbre etc., plasându-se în prelungirea unor preocupări comunitare. Colecționarismul psihopatologic, deși rămâne articulat de

cel tipologico caracterial al zgârceniei, se desfășoară și prin adunarea absurdă, în spațiu restrâns al locuinței, a multor lucruri inutile.

Psihopatologia TOC trimite și spre o problematizare a controlului agenției responsabile a persoanei, aspect ce s-a diferențiat amplu în psihismul omului epocii agricole. Acțiunea cu scop, susținută de funcțiile executive, s-a dezvoltat progresiv pe parcursul antropogenezei, la omul făuritor de unelte, într-un mediu colaborativ; ea distribuindu-se ulterior între comportamentele cu obiectiv personal și cele cu scop colectiv. Coexistența într-un spațiu relativ restrâns a multor oameni ce se relaționează prin norme deontice, ridică pentru persoană permanente probleme de autocontrol comportamental interpersonal. Manifestarea autonomiei agenției va fi flancată, progresiv, și de 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 și alături de vecini. Locuința poate fi considerată o “piele lărgită”, o delimitare socială a individului și grupului său familiar, în raport cu marea lume. Acest aspect delimitativ – care e prefigurat încă din biologie - asigură o zonă protectivă, de siguranță; fapt ce se evidențiază în psihopatologie prin conduita agorafobiei și a fobiei sociale, care se manifestă în spațiile publice. Spre deosebire de acestea însă, mare parte din simptomatologia TOC se desfășoară în chiar spațiul proxim al locuinței; fapt care o corelează cu psihopatologia autismului developmental. În autism nu se dezvoltă suficient ”creierul social”; adică, capacitatea de atașament, de comunicare nonverbală empatică emotivă cu alt om; dar și de relaționare stabilă și de comunicare verbală directă, în primă instanță cu persoanele din ambianța intimă. Subiectul se resimte în siguranță doar într-un restrâns spațiu fizic, lipsit de oameni,

hiperordonat și imobil; în care, el manifestă conduite stereotipe, repetitive și constructive.

Modelul comportamental deficitar al autiștilor se reîntâlnește, parțial, la mulți pacienți cu TOC; care se simt deranjați de cea mai mică dezordine și posibilă murdărie din jur, refăcând mereu o ordine fixă, cu tendință la simetrie și permanentă curățenie. În locul simplelor mișcări stereotipe ale autiștilor, obsesivul poate dezvolta însă ritualizarea actelor cutumiere zilnice (culcatul, spălatul, îmbrăcatul, mâncatul, plecarea de acasă); care se derulează acum lent, repetitiv, de un număr fix de ori, însoțite uneori de ceremonialuri magice. Relaționarea cu ceilalți nu e însă la fel de afectată ca în autism; fiind în schimb marcată de formalism și obsesii agresive, pe care pacientul se străduie să le controleze prin compulsii.

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 ale psihismului uman de a lungul istoriei culturale. În raport cu epoca de dinaintea culturii antichității eleniste, psihismul persoanei din perioada de după Renaștere se conturează prin dezvoltarea tot mai nuanțată a subiectivității conștiente, marcată de inițiativă și un pronunțat autocontrol analitic.

Alt aspect psihologic ce s-a dezvoltat în Europa de după Renaștere este individualismul, asociat spiritului întreprinzător și unui calcul riguros al șanselor de câștig. Cel puțin indivizii anumitor elite lucrative se obișnuiesc să-și facă proiecte personale pe termen mediu și lung, a căror realizare necesită un plan și o muncă perseverentă, autocontrolată, cu agonisirea meticuloasă a câștigului. Comentând nașterea capitalismului european în această perioadă, M.Weber pune accentul pe rolul semnificativ în această direcție a etosului neoprotestant; ce

cultivă, alături de conduita întreprinzătoare și calculată în vederea câștigurilor, austeritatea comportamentală, până la zgârcenie; într-o lume în care „funcționarul anonim” se afirma în plină ascensiune. Masoneria epocii susține și ea adeziunea față de activități realizatoare pozitive și lucrative. Dezvoltarea agenției omului european în această direcție poate evidenția zone de fragilitate precum: dificultatea deciziei, lipsa de perseverență, de autocontrol și de finalizare eficientă. Acestea vor fi, alături de adeziunea excesivă față de muncă, caracteristici ale TPOC.

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 deficit disfuncțional o anumită zonă a psihismului persoanei, care se diferențiază și se metamorfozează progresiv pe parcursul istoriei culturale. Iar aria psihică specific afectată în obsesionalitate, e cea a autocontrolului agenției realizatoare autonome, a sinelui intențional și reflexiv, încorporat și circumscris într-un spațiu intim privat. Arie diferită de cea a relațiilor interpersonale hiperexpresiv captative și sumisive, în care se exprimă psihopatologia disociativă, urmașă a histeriei, care se desfășoară în ariile publice.

## Anexă la Capitolul 5

### **Patologia obsesională și relaxarea funcției coerenței centrale, în raportarea activă la situații și la nivel identitar**

Psihopatologia obsesională scoate în relief fațete ale psihismului diferite de cele evidențiate în tb. disociativ histrionice. E prezentă și acum o dedublare a psihismului identitar, dar nu în planul mnestic biografic și al relaționărilor sumisive, ci în cel al agenției asumate, trăită autoreflexiv. Subiectul se opune egodiston unor trăiri care, deși izvorăsc din sine, nu au acordul său. Dedublarea specifică e evidentă și în planul Tulburării de Personalitate OC, ca îndoială, nesiguranță, ambivalență și ținerea altora la distanță. În TPOC lipsește sugestionabilitatea crescută din partea altora 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; fascinat fiind de către detalii, colecționări și sistematizări.

S-ar putea formula că, în patologia obsesională în prim plan apare deficitul autocontrolului și menținerii în ordine a propriei identități și agenții de acțiune, în contextul unei raportări situaționale constant problematizate. Perturbarea se manifestă marcat în aria deciziei, a proiectării, organizării și implementării ordonate și controlate a comportamentelor cu scop; dar și a ținerii sub control a ambianței imediate, a situațiilor, a relaționărilor conjecturale, a ordonării și sistematizării preajmei, avutului și cunoștințelor. În varianta psihastenă a TPOC se evidențiază clar indecizia, trecerea dificilă la act, pregătiri și verificări excesive, alunecarea spre acțiuni colaterale, reluarea unor etape prin variante paralele, progresia dificilă spre final. (Chenar 38-b). În perspectivă cognitivă se poate vorbi de o insuficiență a „coordonării coerente a funcțiilor executive”; iar într-un plan mai general, de insuficiența funcționării „apercepției” în planul acțiunii.

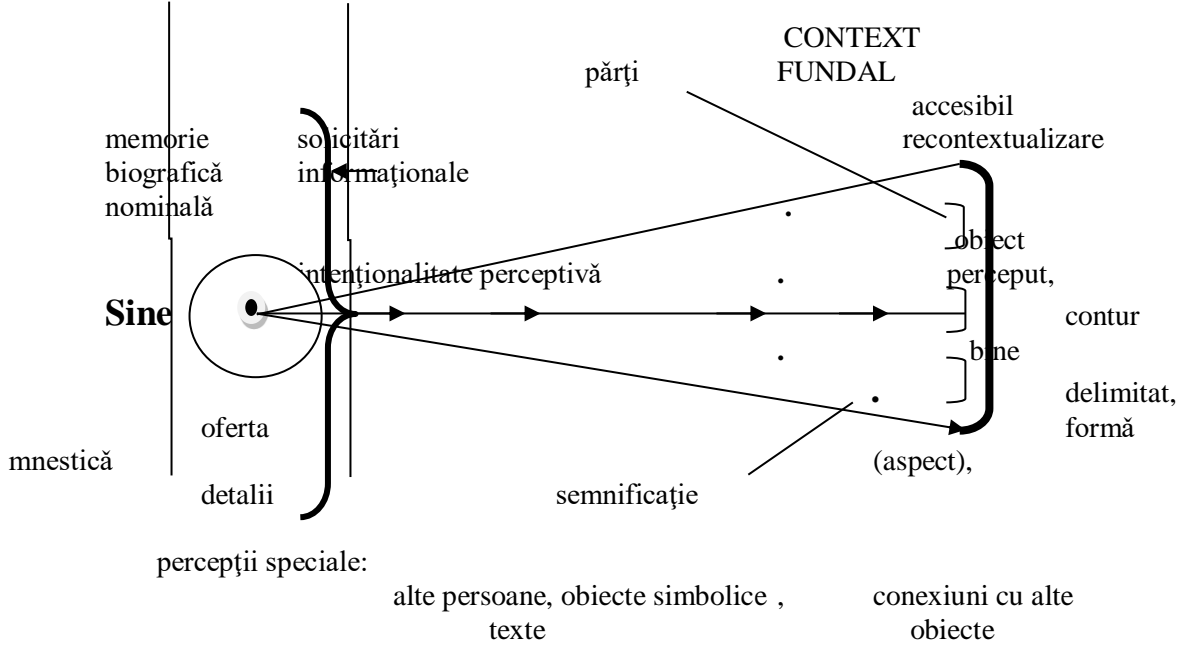
Funcția de ordin general a apercepției - care constă în integrarea sintetică a părților într-un întreg centrat, delimitat și contextualizat – susține, în primă instanță, conturul și coerența prezentului trăit în ansamblul său (Anexa Cap.1); iar la al doilea nivel, unitatea, centrarea și delimitarea unității persoanei. 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 marginea tulburărilor perceptivă din autismul developmental.

În autismul infantil s-a evidențiat un deficit în percepția spațială a ansamblurilor, cu incapacitatea subiectului de a configura pregnant întregul unei

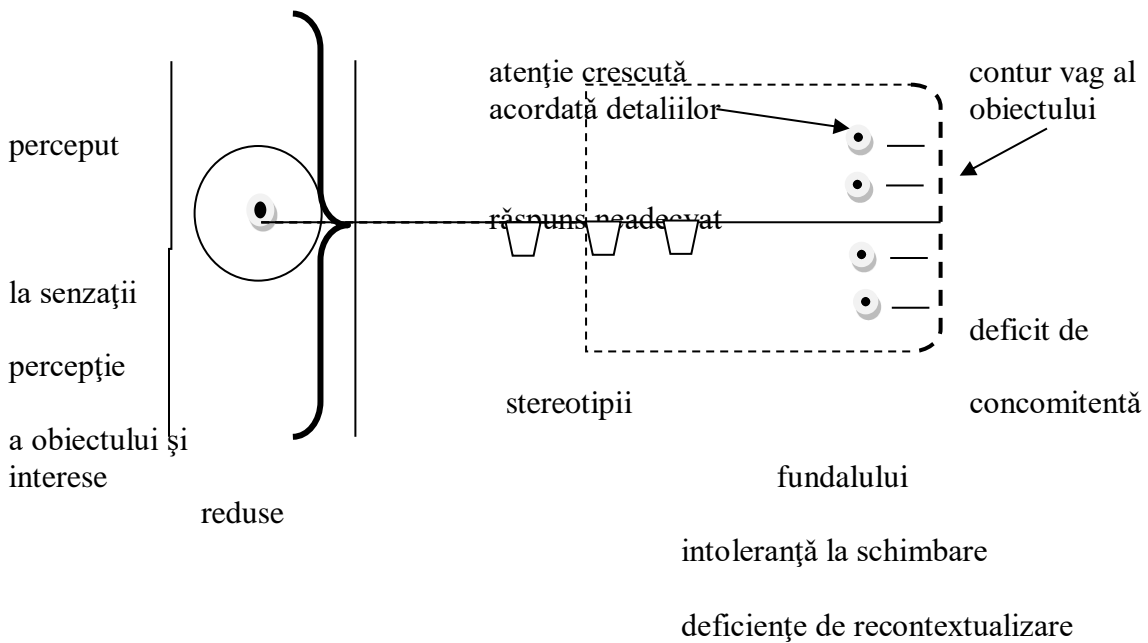
Chenar 49

### Deficiența funcției coerenței centrale perceptivă în autism

#### Caracteristici standard ale percepției



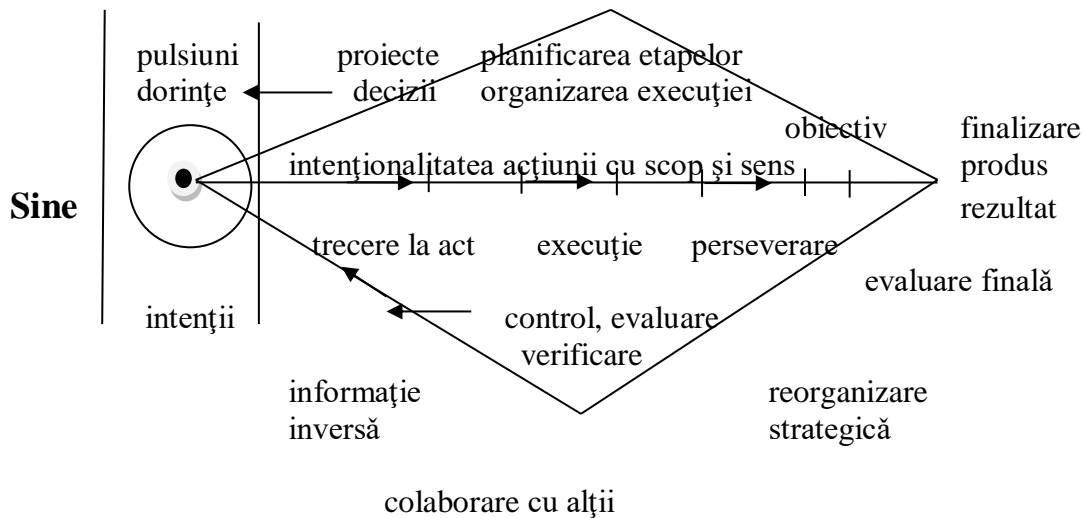
### Deficiența “coerenței centrale perceptivă” în autism



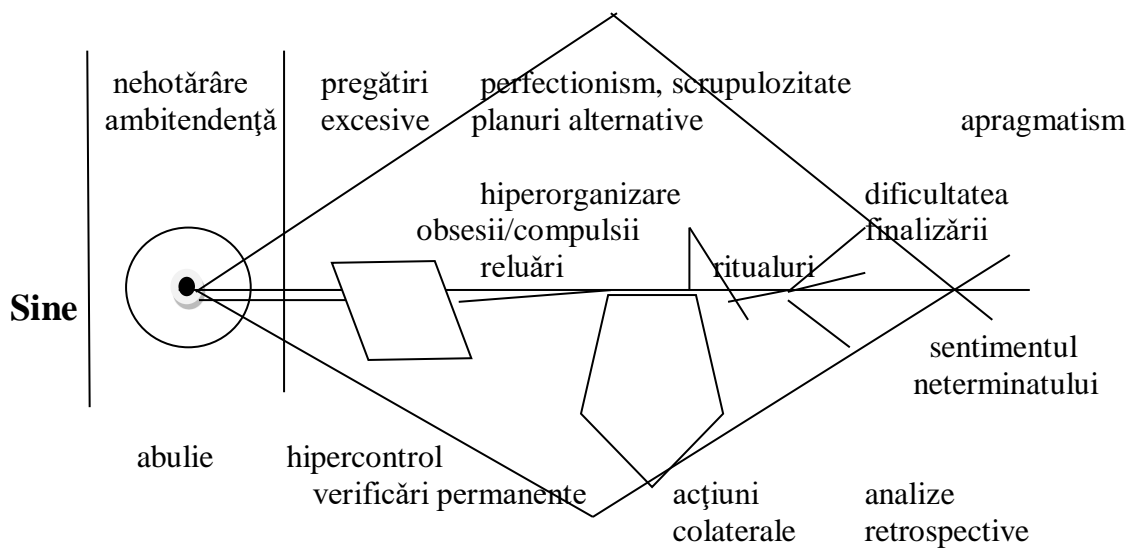
Chenar 50

**„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 și integra concomitent în figura centrală și în ansamblul perceptiv. Iar conturul figurii e cu dificultate diferențiat de fundal. Autistul preferă ca obiectul perceput să aibă o poziție fixă. El e intolerant la schimbări, informații noi, la recontextualizări spațiale ale ambiantei.

Aceeași disfuncție - și problemă – a deficitului coerenței centrale (c.c.) în raportarea la întreguri, poate fi regăsită în patologia TOC prin dinamica inițierii și executării unui act; iar într-un sens mai larg, ca asigurând un suport adecvat – un „câmp al acțiunii” – pentru ansamblul funcțiilor executive angrenate în proiecte ce urmăresc atingerea unui scop, prin etape succesive. (Chenar 31).

Problema ce o ridică configuraționismul și pe care a reluat-o cognitivismul, e de fapt cea a experimentării și integrării relațiilor de ordine parte/întreg. În aria receptării perceptivă și a manifestărilor active. În normalitate, odată cu sinteza percepției spațiale a unui obiect, părțile sunt integrate ordonat în întregul pe care acesta îl constituie, prin delimitarea sa semnificativă în raport cu fundalul. Iar în cazul acțiunii, 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.

În patologia OC deficiența se manifestă mai ales în cel de al doilea aspect menționat. Adică - dezvoltând ideea susținută mai sus - în realizarea unui proiect de acțiune, în cadrul unui „câmp al acțiunii”. În mod normal, conturarea întregului se realizează prin parcurgerea etapelor succesive proiectate pentru a se ajunge la un final, prin derularea în etape a acestora; susținute de un „mediu” de coeziune - realizat prin „working memory” și de controlul informativ feedback. Astfel, acțiunea ajunge să se împlinească și să se detașeze, în timp, pe fondul variatelor evenimente care solicită subiectul; și pe care el le străbate, urmărindu-și scopul, în paralel cu alte acțiuni și preocupări țintite ce le desfășoară concomitent

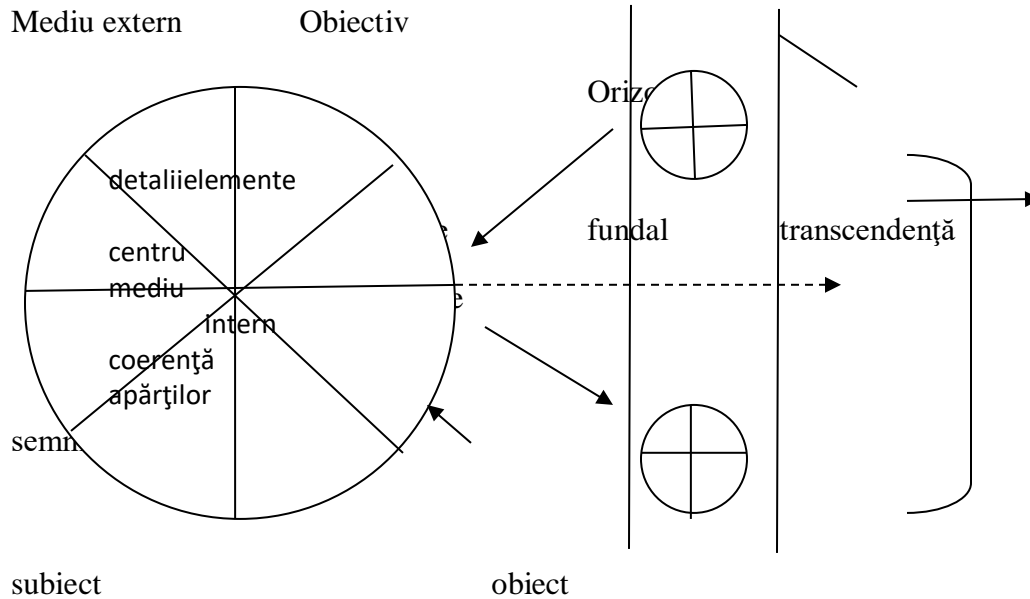
Dar nu doar o acțiune izolată, luată ca atare, se derulează structurat în timp, configurând prin realizarea sa un întreg. La fel pot fi înțelese toate proiectele de acțiune, inclusiv cele derulate pe termene mai lungi. Și la fel, ansamblul raportărilor active la situație ale unui subiect la un moment dat, cu multiplele sale vizări: în plan practic, interpersonal, speculativ teoretic, spiritual etc.; fără a ignora preocupările de clarificare a relaționărilor sale sociale și a multiplelor alte teme. Intenționalitatea reflexivă a sinelui, ce susține comportamentul activ și rezolvarea problemelor în care subiectul se angajează, este în același timp și cea care asigură obținerea informațiilor necesare acestora. În cele din urmă însăși perceperea poate



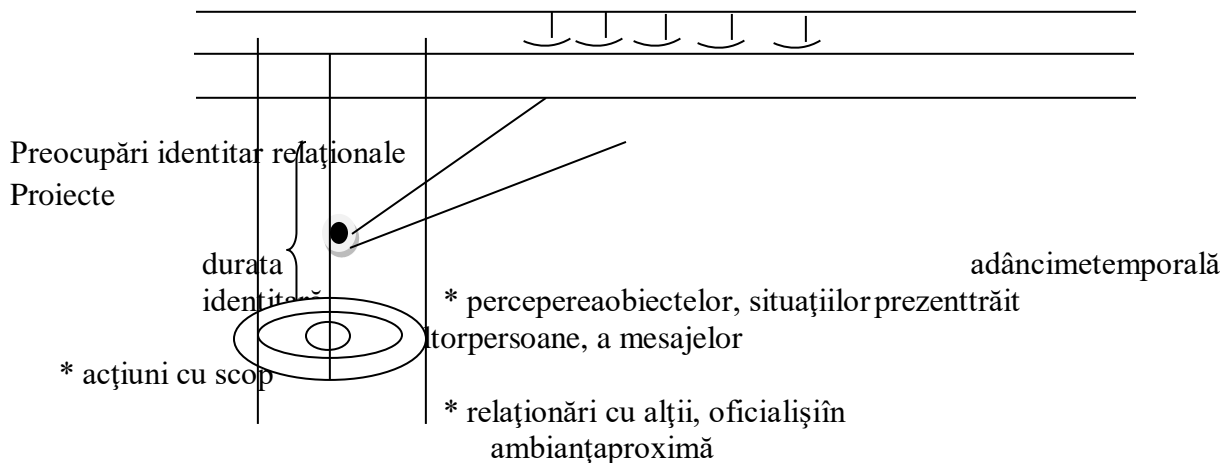
Chenar 51

### Modelul aperceptiv al “coerenței centrale” în organizarea psihismului uman

a) Principiul organizațional conform căruia întregul e structurat printr-o funcție a “coerenței centrale”



Manifestări ale psihismului uman organizate aperceptiv, 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 sociale, proprietăți etc.

fi înțeleasă ca un comportament sau un „act perceptiv”; care implică și mobilizează continuu și polul bio-psiho-copropal al psihismului persoanei.

Funcția formală a coerenței centrale (f.c.c.) ce stă în fundalul comportamentelor cu scop și sens – organizând în același timp prezentul trăit situațional al subiectului - se cere înțeleasă însă continuu din profunda perspectivă a apercepției.

Intervenția funcției formale a coerenței centrale se manifestă și la nivelul structurii identității biografice caracteriale a persoanei; care, în economia psihismului uman, se plasează la un pol opus față de raportarea actuală la situații. Identitatea persoanei, cu întreaga sa complexitate, ar putea fi privită și ca o structură funcțională unitară și coerentă, cu o specifică organizare spațio temporală și delimitare. Structură ce asigură, prin durata ei, ordonarea biografică a evenimentelor trăite; și depozitarea organizată în fondul mnestic personal a datelor și informațiilor obținute. Persoana identitară e centrată de un sine intențional și reflexiv, autogenerativ și sintetizator, ce constituie un fundal permanent, plasat în spatele manifestărilor actuale ale subiectului, a proiectelor și preocupărilor sale de durată. Persoana identitară e organizată apoi pe mai multe nivele concentrice, interacționând cu.. dar și delimitându-se de.. alții și de lume.

Unitatea și coerența persoanei identitare implică articularea ordonată a evenimentelor și episoadelor sale de viață trăite și integrate în memoria biografică ; care includ experiențele subiective corelative, inclusiv pe cele relaționale. În reacțiile de stres posttraumatic - și mai ales în „psihozele disociative” comentate de Janet - anumite „blocuri mnestic-identitare” care nu sunt suficient de bine metabolizate și integrate psihic identitar, se reactualizează pe scena prezentului trăit de subiect.

Pe parcursul istoriei sale biografice subiectul se relaționează în permanență cu alții, pe care-i poate integra în propria-i structură. Faptul se petrece încă din primii ani de viață, cu persoanele de atașament - iar ulterior cu cele de raportare intimă - din cadrul rețelelor sociale proximale. Oricum, delimitarea unui subiect include diferențierea sa, resimțită și obiectivată, în raport cu persoanele cu care se relaționează situațional și cu cele din rețeaua sa socială; de care e atașat și cu care interacționează continuu, în plan intim, activând deseori „câmpul relaționalelor intersubiective”.( Chenar..). Existența „duală” cu aceștia nu anulează identitatea sa.

Delimitarea persoanei față de lume începe, totuși, în plan psihobiologic, prin însăși corporalitatea sa. Subiectul își autoreprezintă în permanență, preconștient, limitele sinelui său corporal – ca „schemă și imagine corporală” – prin care se raportează la mediul său curent, social, de existență. 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 reprezintă o

marginie pregnantă a însăși sinelui identitar. Faptul e perturbat în sd. de depersonalizare, când pacientul resimte că „limitele sale (corporale) au dispărut, astfel încât are senzația că se extinde la infinit”; iar o variantă particulară a trăirii pierderii acestor limite, o întâlnim în simptomatologia de contaminare din obsesionalitate.

Delimitarea fizică a propriului corp e marcată, în lumea umană, de purtarea îmbrăcăminții și podoabelor, expresive social; fapt ce poate „atrage atenția altora” – aspect ce devine „simptom” în trăirile senzitiv relaționale; dar și în histrionism. Apoi, acțiunile subiectului asupra lumii sale înconjurătoare – și a lumii în general – se realizează, în primă instanță, prin instrumentalitatea propriului său corp; și doar pornind de la acesta, prin uneltele și instrumentele ce le produce lumea sa umană; și prin care-și prelungește corporalitatea personală, ca printr-un „corp lărgit”.

În spectrul patologiei TOC sunt comentate tulburări ce indică o hipersensibilitate particulară la nivelul limitelor corporale, manifestate de ex. prin tricotilomanie sau prin trăiri dismorfofobice. Și la fel, ambianța spațială din jurul propriei corporalități se cere mereu ordonată; iar uneori – la fel ca la autiști - menținută într-o stare neschimbată. În prelungirea psihopatologiei autiste, în TOC subiectul e preocupat anormal – dincolo de simptomatologia contaminării - de detalii ale ambianței sale proxime, pe care în permanență tinde să o „aranjeze” (chiar simetric), ca un fel de spaimă de dezordine. Și tot în spațiul proxim al locuinței, se mai pot desfășura la pacienții cu TOC ritualuri în marginea actelor cotidiene banale – uneori cu repetiții numerice, magice – mai ales cu ocazia plecării de acasă. Psihopatologia obsesională perturbă, la unul din polii săi, sinteza spațialității proxime, pericorporale. Fapt ce subminează infrastructura situațiilor trăite, impunând un hipercontrol situațional continuu. Iar la alt pol, e perturbată derularea coerentă a acțiunilor voluntare, ce sunt și ele sub un hipercontrol verificațional.

Revenind la problematica delimitării identitare, propriul corp apare ca toposul psihic din care emerge agenția intențională a subiectului, prin intermediul căreia el abordează activ lumea situațională, acționează, produce evenimente, efecte și opere. Dar și urmele pe care subiectul le lasă în lume pe parcursul biografiei sale fac parte, de asemenea, din circumscrierea și delimitarea sa identitară. Și la fel produsele, operele sale. În cele din urmă s-ar putea afirma că: persoana se dimensionează și prin avutul său, prin proprietățile sale; care dau un contur aparte delimitării sale. Iar în această perspectivă, dimensionarea sa se extinde și în planul teoretic al lumii umane, incluzând domeniile culturale pe care le frecventează, operele culturale de care e atașat, propriile sale creații și opere spirituale. Iar proprietățile unui om sunt, totuși, lucruri pe care el le poate până la un punct manipula. Ele pot fi colecționate, uneori depozitate, sistematizate. În

această arie, personalitatea obsesivului se caracterizează, tradițional, prin colecționarism, zgârcenie și preocupare față de sistematizări.

Metaforic s-ar putea formula că, la extreme, o persoană este proprietara propriului său corp și al propriei sale biografii, în cadrul lumii sale umane.

Doar ținând cont de toate dimensiunile menționate ale psihismului persoanei – incluzând caracteristicile sale formale, așa cum e „coerență centrală(aperceptivă)” - putem comenta comprehensiv psihopatologia sa, inclusiv cea din tb obsesiv compulsiv; și care se înscrie pe o amplă traiectorie, ce implică manifestări psihopatologice cum sunt cele întâlnite în autismul developmental, dezorganizarea ideoverbală și comportamentală și unele variante ale depersonalizării.

## CAP. 6 MANIA ȘI TULBURAREA BIPOLARĂ

19.03.2023

### 6.1. Mania, depresia și tulburarea bipolară; scurt istoric și abordarea din DSM-5

Dintre tulburările psihice identificate de medicina antichității și care sunt și în prezent actuale, se numără starea maniactală și cea depresivă (melancolia). Mania și depresia antichității au pentru psihopatologie o semnificație specială, mai ales că ele absorbeau pe atunci atât variantele predominant psihotice (delirant halucinatorii și anxios agitate) cât și pe cele predominant temperamentale, precum caracterul melancolic. În plus, polarizarea dintre manie și melancolie intuia ceva similar cu cea dintre tulburările externalizate și internalizate a lui Achenbach, pe care le-am urmărit prin comentarea comportamentelor conflictual agresive pe deoparte, și a celor anxios fobice pe de alta. Abordarea tb. disociativ histerice și a celor obsesiv compulsive au extins problematica deficitului disfuncțional comportamental externalizat și internalizat de la nivelul dispozițional situațional la cel al dimensiunii identitare a persoanei. Cu mania și depresia revenim însă spre zona dispozițională, dar având acum în vedere întreaga arie a manifestărilor psihice dintre polul situațional și cel structural identitar. Căci, dacă se reia întrebarea pusă inițial în raport cu starea depresivă: „ce comportamente normale și adaptative ar putea fi plasate în spatele sindromului deficitar disfuncțional maniactal?”, răspunsul ne-ar trimite spre însăși condiția bazală a majorității raportărilor performante esențiale ale omului; realizate prin relație și proiecte ce străbat actualitatea trăită, de-a-lungul unor episoade de viață pe parcursul cărora el e ancorat în viitor: activitățile și muncile curente, procesualitatea investigației, rezolvările de probleme practice și teoretice, episoadele creative, relaționările uzuale pozitive, confruntările beligerante...și.. chiar petrecerile sărbătorești, consecutive succeselor

și victoriilor. Starea maniacală și cea a depresiei majore ridică probleme centrale pentru conturarea organizării psihismului uman, în perspectiva dimensionării existenței sale prin proiecte și episoade de viață. Faptul e sugerat și de constanța cu care această patologie a fost sesizată de-a-lungul veacurilor; precum și de complexitatea manifestărilor sale clinice. Vom începe comentariul cu o schiță istorică și un rezumat al manifestării clinice a patologiei bipolare din DSM-5.

Mania și melancolia au fost comentate în medicina umoralistă a antichității cu o simptomatologie similară cu cea a cazuisticii actuale, observându-se de pe atunci posibilitatea tranziției directe a unuia dintre aceste sindroame în celălalt (Areteus.....). În acea perioadă cele două tulburări erau descrise ca frecvent mixtate cu simptome delirante; iar cazurile de manie, cu stări de agitație (furioasă) și cele melancolice cu simptome anxioase și suspicios paranoide.

După Renaștere, medicina Europei reia descrierea lor aproximativ în aceiași termeni, interpretarea fiind însă diferită, prin trimitere nu la umori ci 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-denumită „depresie”; și se circumscrie o „psihoză endogenă cu dublă formă”, bipolară. Aceasta e inclusă de Kraepelin în sistematica sa nosologică ca boală maniaco-depresivă, alături de demența precoce (schizofrenie) și de paranoia; rămânând de atunci în centrul patologiei psihiatrice. Către sfârșitul sec.XX cercetări longitudinale mai atente au identificat o tulburare depresivă recurentă unipolară; și, în general, un spectru malativ depresiv distinct. S-a comentat apoi și un spectru bipolar, care a acumulat multiple variante clinice, 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 sau cu cicluri scurte.

Chenar 52

**Mania și melancolia în epoca modernă**

Medicina Europei de după Renaștere, susținută de diplomele noilor Universități, pune în relație punct cu punct mania și melancolia. Willis, fiind în continuare adeptul „spiritelor animale” care se scurg prin nervi, are în vedere criteriile calitative care polarizează cele două boli

**Melancholia**  
Spiritul e ocupat de reflexie  
imaginația se odihnește  
se fixează asupra unui simptom  
sau obiect conferindu-i proporții  
nerezonabile  
tandrețe și teamă

**Mania**  
Imaginația e ocupată de un flux perpetuu de  
idei impetuoase  
conceptele și noțiunile sunt deformate  
își pierd congruența, valoarea reprezentativă  
e falsificată  
îndrăzneală și furie

Spiritele animale  
sunt obscure, întunecate de un  
fum gros

Spiritele animale se mișcă continuu și neregulat  
ca suport a gândurilor incoerente  
ce scânteiază și iradiază căldură, ca o flacăra;  
de aceea maniacalul nu se teme să stea înfrig

Diateza melancholică agravându-se devine furie;  
aceasta, când descrește și trece în repaus se reîntoarce  
la melancolie; 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.

Mania apare când tensiunea e dusă la paroxism ca un instrument a cărui corzi prea întinse vibrează la cel mai slab zgomot.

Melancholicul nu e capabil să intre în vibrație cu lumea exterioară deoarece fibrele sale sunt destinse; răspund numai câteva fibre care corespund unui detaliu.

Creierul maniacalului e uscat și arzător, al melancholicului e umed și rece.

Aceste concepții corespund scrierilor unor medici ca Boerhave, Splengler, Hoffman.

Polarizarea între melancolie și manie din sec.XVII-XVIII e speculativă, ea nu se bazează pe observații clinice, dar e persistentă.

După : Foucault M., Istoria nebuniei în epoca clasică, Ed.Humanitas, București, 1996

În prezent în DSM-5 (2013) se are în vedere câte 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. În continuare vom prezenta și comenta predominant episodul maniacoal și bipolaritatea, episodul depresiv fiind deja comentat în primul capitol. În DSM-5 pentru diagnosticul pozitiv al episodului maniacoal 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; 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.**

Criteriile de diagnostic DSM-5 pentru depresia majoră au fost prezentate în primul capitol ). Se acceptă o simetrie în oglindă între cele două sindroame polare.



Sistemul DSM-5 mai prezintă o serie de precizări și nuanțări privitoare la diagnosticul clinic a patologiei bipolare și depresive. Astfel, criteriile pentru Episodul hipomaniacal sunt aceleași ca pentru episodul maniacal dar exprimate mai puțin intens; durata poate fi și de câteva zile, iar simptomele nu determină o deficiență marcată în funcționarea socială sau ocupațională sau internare. DSM-5 mai descrie ciclotimia, care 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 subdepressive 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.

Sunt menționați și o serie de “specificatori” : **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.** Episod depresiv cu aspecte atipice, precum: reactivitate dispozițională specială și cel puțin 2 din: creștere semnificativă în greutate, hipersomnie, rejecție și senzitivitate interpersonală; **6.** Episoade cu aspecte psihotice: acestea pot fi deliruri și halucinații congruente cu dispoziția afectivă, sau incongruente; cu anhedonie; **7.** Cu debut peripartum; **8.** Cu pattern sezonier: simptomatologia maniacală și/sau depresivă se intercalează în funcție de sezon.

În comentarea bipolarității sunt menționate și 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 mai introduc și dimensiunea temperamentului – depresiv, ciclotim, distim, disforic - ceea ce DSM-5 nu poate să o facă.

Pe parcursul întregii caracterizări a patologiei centrate de sindromul maniacal și depresiv, sistemul DSM-5 pune un accent deosebit pe amploarea simptomatologiei, pe intensitatea clinică și pe durată.

DSM-5 prezintă concis și clar aspectul care-l interesează pe medicul ce vrea să pună un diagnostic reproductibil. Această circumscriere rigidă, cu liste de simptome și cuantificări, este consonantă cu obiectivul pe care sistemul și l-a propus: concordanța (reliability) în diagnostic. Dar tocmai respectivul decupaj schematic și rigid aduce în lumină cu evidență faptul că, procesul de diagnostic e mediat întotdeauna de instrumentul utilizat. În cazul de față, de cel cu care operează manualul DSM-5. În urma aplicării sale se poate releva doar ceea ce instrumentul permite a se constata.

Chenar 53

**Variante ale manifestărilor clinice ale episoadelor afective**

Episod maniactal major

Episod maniactal scurt

Ciclotimie

Episod depresiv major

Episod depresiv mediu

Tulburare distimică

Episod depresiv scurt

Episod afectiv minor în

Cicluri rapide

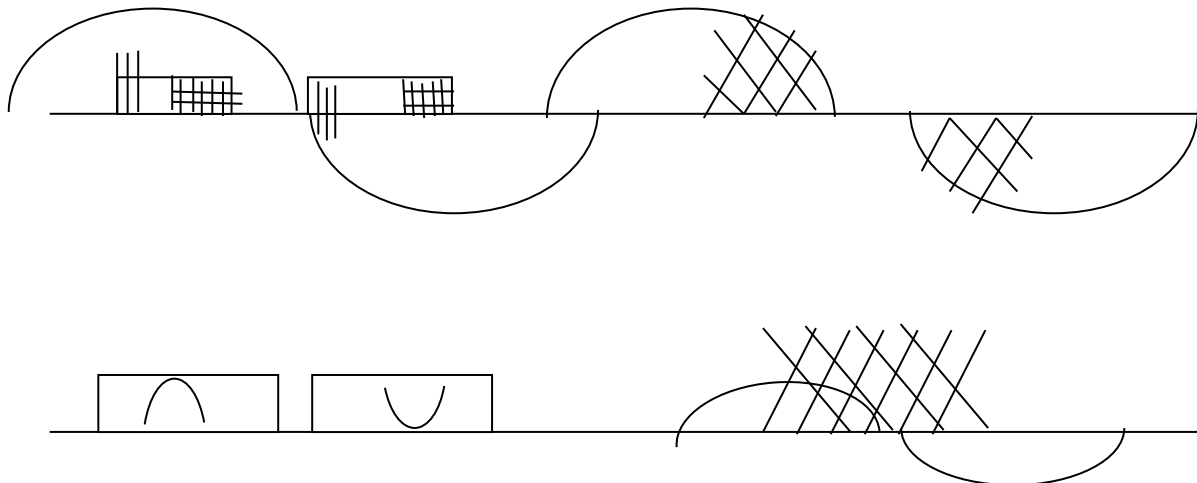
Stări mixte

finele Episodului clinic

Episoade afective cu delir congruent și

Episoade schizo-afective

incongruent



## 6.2. Sindromul maniactal și cel depresiv abordate ca și cazuri robot

Rămânând în cadrul psihopatologiei descriptive dar formulând în același timp intenția de a sonda bazele antropologice ale psihismului – temă pentru care sindromul maniactal și depresia majoră sunt manifestări importante - apare și o nevoie de prezentare mai nuanțată și sistematică a acestor sindroame. Se poate apela pentru aceasta la manualele didactice de psihopatologie descriptivă în care sindroamele sunt comentate prin liste de simptome, de obicei din perspectiva cazului tipic ideal sau a cazului robot. O astfel de listă, care ar putea fi uneori destul de amplă, necesită însă minime criterii de sistematizare. Unul din acestea ar putea ordona simptomatologia prin partajarea între: - simptomele predominant biopsihologice, mai ușor observabile; și – simptomele predominant subiective, ce pot fi aflate prin autodescriere și dialog; iar în cadrul acestora din urmă, se agregă și o zonă ce se poate transforma în tematică delirantă, prin alunecarea autoreprezentării subiectului în condiția de personaj dintr-un scenariu aberant. S-ar compensa astfel atenția redusă pe care DSM-5 o acordă simptomelor subiective (Chenar 54). Simetria în oglindă a simptomelor se menține.

O a doua perspectivă de sistematizare ar putea distinge între: - aspectul formal bazal al tulburării (de ex. în cazul maniei: dezinhibiție expansivă, tahipsihică și ergică cu autovalorizare și sociabilitate pozitivă și proiecție într-un viitor a toate posibil ); și: - exprimarea exagerată și decontextualizantă a acestuia, prin perturbarea funcțiilor psihice tradiționale de: vigilitate, pulsionale, cognitive, comportamentale, afective, relaționale (Chenar 55). O astfel de abordare – ce a fost comentată pentru depresie, în Primul Capitol și care menține simetria - poate sublinia coerența de sindroame specifice a stărilor maniactale și depresive. Ea ridică însă, în mod legitim, problema privitoare la structurile funcționale psihice normale și adaptative din care mania și depresia derivă. Anticipând, s-ar putea s

Chenar 54	
<b>Sistematizarea simptomelor maniei și depresiei în vederea unui diagnostic comprehensiv</b>	
A. Simptome biopsihologice predominant observabile	
MANIE	DEPRESIE
Dezinhibiție extroversă și tahipsihie globală (instinctivă, decizională, comportamentală, ide-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 reticentei</p>	<p>insomnie nocturnă și trezire matinală rău matinal oboseală, anergie inapetență, scădere în greutate reducerea libidoului ideație 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	Stimă de sine scăzută
<p>sentiment de valoare și capacitate crescută încredere în sine, asertivitate, optimism nerealist grandiozitate, afirmare de sine</p>	<p>sentiment de capacitate și valoare redusă neîncredere în sine, indecizie, problematizare vinovăție, negație de sine</p>
<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>

susține că, intră în joc acum cadrul general al dispozițiilor externalizate și internalizate, ca scheme formale aflate la dispoziția subiectului, în vederea raportărilor sale adaptative expansive și/sau retractile la situații; și care ar avea o structură de fond identică, dar opus orientată. Adică, pe deoparte spre rezolvarea situațiilor de investigare, de angajare ergică și îndrăzneță în realizări proiectate și în conflicte – direcție „externalizată”, ce poate aluneca psihopatologic spre manie. Sau, în direcția retragerii din situație, cu o repliere analitică pe sine și pe trecut, în vederea refacerii și reorganizării - fapt ce orientează spre depresie. În aceste două direcții majore, relaționările interpersonale joacă un rol redus față de confruntările beligerante sau față de stările anxios fobice, care pretind protecție și sprijin.

### **Simptome externalizate evidențiate în tabloul clinic al sindromului maniacal.**

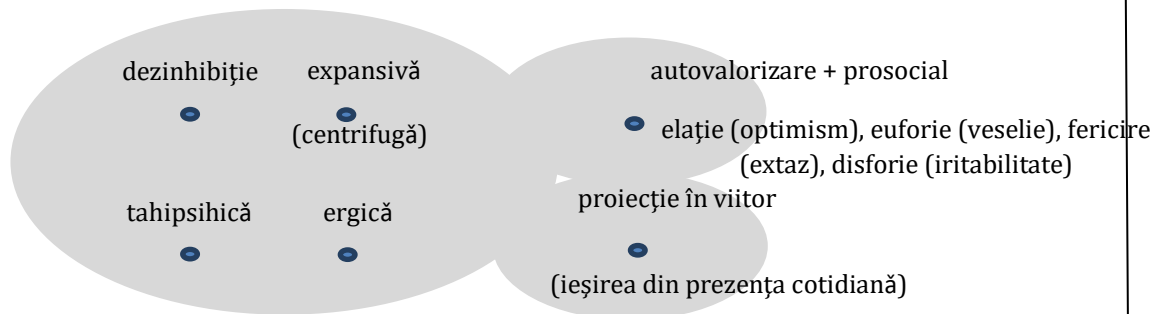
Mania e un sd. dispozițional în dublu sens. Pe de o parte, disponibilitatea de raportare proactivă la situațiile ambianței e dezinhibată, dinamizată ergic în toate planurile, cu încredere crescută în sine, proiectând activ subiectul spre un viitor imediat atâtea posibil. Pe de altă parte, dispoziția afectivă de fond se manifestă pozitiv, ca relație, bună dispoziție, euforie, extaz sau iritabilitate combativă, toate însoțite de încredere în sine și excelentă autovalorizare, trăiri ce se manifestă acum rigid, ne mai fiind motivate și influențate situațional. Faptul se reflectă în circumscrierea sindromului în DSM-5 prin două componente de bază: - manifestarea proactivă aberantă; și: - dispoziție afectivă elevată. Starea maniacală se instalează fără o cauza sau motivație psiho socială evidentă; și durează continuu o perioadă de timp, săptămâni sau luni.

Privind într-o perspectivă fenomenologică globală, trans-simptomatologică, starea maniacală s-ar caracteriza printr-o continuă proiecție, încrezătoare, asertivă

Chenar 55

**Simptomatologia sindromului maniacal privită ca derivând dintr-o tulburare formală bazală**

dezinhibiție erotică	presiunea vorbirii (logoree)	agitație	elație, (optimism), euforie (veselie), disforie (iritabilitate) dispoziție afectivă +
insomnie ergică	fugă de idei atenție distributivă memorie percepție estezie } +	acte riscante activitate motricitate } +	hipersociabilitate (superficială)
instinct vigilant	cogniție	comportament motricitate	afectivitate sociabilitate



dar mobilă, spre un viitor imediat, ce-i apare subiectului ca favorabil și a toate posibil. Atitudine în cadrul căreia el se sprijină doar pe fragmente ale situației actuale, resimțite hiperestezic și uneori hedonic,..comportându-se dezinhibat și ergic, tahipsihic și expansiv, prosocial gregar, încrezător în sine și ignorând riscurile. Se manifestă deci o aplatizare și distorsionare a parametrilor unui prezent

situațional bine structurat, armonic inserat într-un evantai de proiecte și preocupări personale; prezent care, deși e trăit cu acuitate, e acuma împrăștiat și secvențial, fiind absorbit de un viitor imediat plin de optimism.

În continuare se va prezenta ceva mai detaliat grupajul simptomatic maniacal menționat mai sus, inițial prin parametrii săi formali de fond și apoi prin expresivitatea acestora în funcțiile psihice curente.

. 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 direcționate, precum : - dezinhibiția instinctiv erotică, atât ca atracție cât și prin comportamente specifice, vorbire licențioasă sau performanță sexuală; - insuficientă reținere și autocontrol în relaționări cu transgresarea normelor sociale, a conveniențelor și reticențelor; - scurtcircuitarea deciziilor, ducând și la comportamente impulsive; implicarea permanentă în proiecte de acțiune multiple, deseori fanteziste (în toate aceste simptome intervine și tahipsihia).

Expansivitatea (centrifugă) e susținută și intricată cu celelalte caracteristici (dezinhibiție, tahipsihie, energie crescută). Ea se manifestă în plan ideatic, verbal 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. Tahipsihia ar putea fi considerată ca expresia aplatizării unei structuri a psihismului care în normalitate îi permite căutarea unor opțiuni diverse în receptarea informației și în sinteza elaborării și implementării acțiunilor. Echivalentul în depresie e bradipsihia.



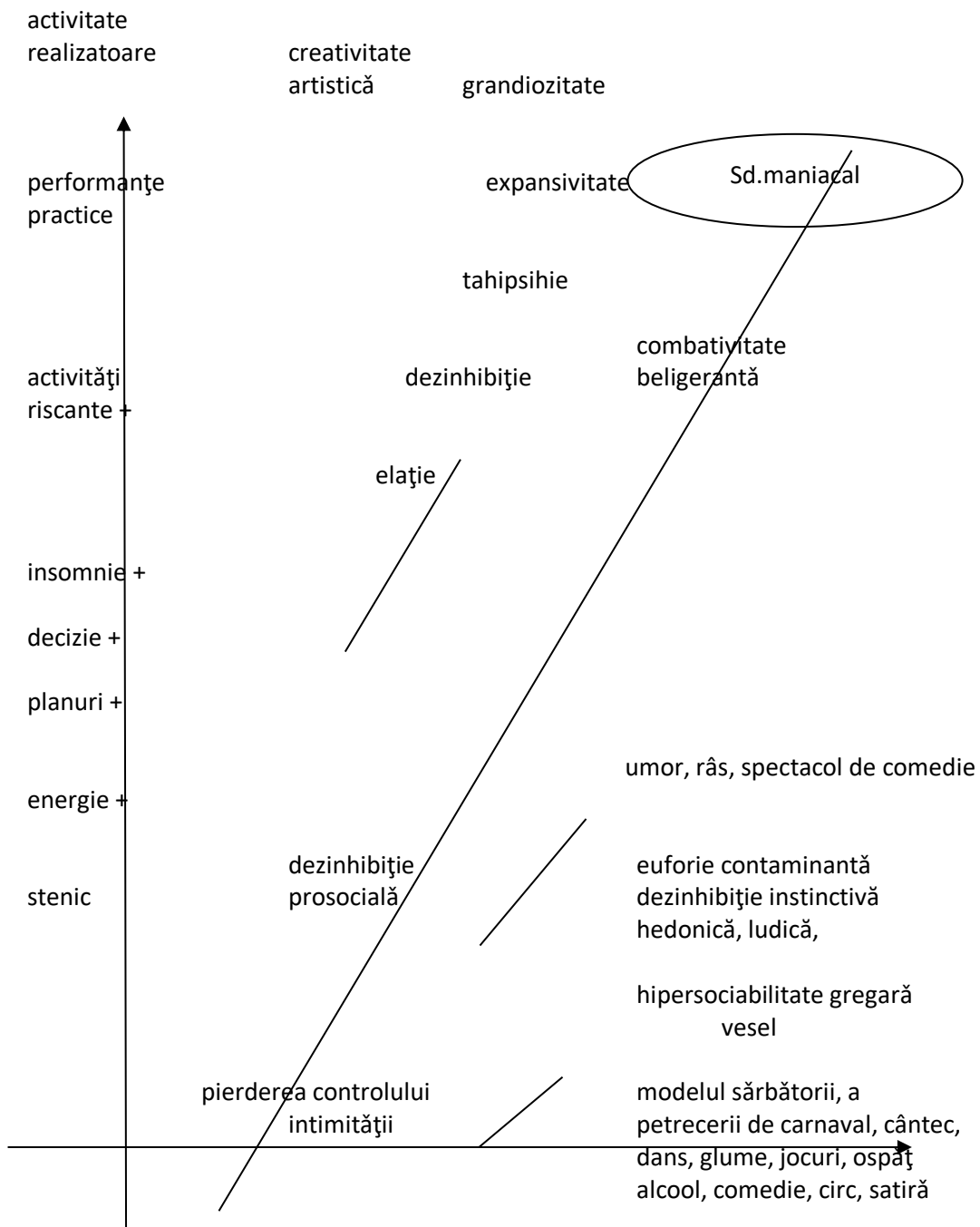
Energia crescută este pe de o parte resimțită subiectiv, întreținând încrederea în sine și sentimentul de atâtea puțință. Pe de altă parte ea are însă și un aspect obiectiv, maniacalul vigیل funcționând mult timp fără a obosi, capabil de eforturi fizice și psihice mari. E unul din motivele pentru care 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 maniacalul se raportează la situație, mai ales în comparație cu depresivul; și chiar cu anxiosul. Maniacalul 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 și într-un orizont de timp mai îndelungat. Practic, maniacalul nu trăiește 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. Presentul său e punctiform și nestructurat, aspirat în permanență de viitor. Delirul de grandiozitate extrage și mai mult pacientul din prezentul real.

Chenar 56

**Manifestări ale dezinhibiției expansive externalizate din care poate deriva sd. maniacal, incluzând hipersociabilitatea gregară.**



Trecând la simptomatologia exprimată prin perturbarea funcțiilor psihice, care e 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 deseori activat potențialul ludic și hedonic al satisfacțiilor și plăcerilor corporale. În mixare cu anxietatea, poate fi întreținută adicția de alcool și de unele droguri. In variantele agitate, e dezinhibată pulsionalitatea agresivă, combativitatea; fapt ce poate fi referit la moștenirea confruntărilor beligerante din biologie, continuate în viața umană ( ).

Procesele cognitive sunt dezinhibate și accelerate. E crescută nu doar estezia și acuitatea perceptivă, ci și funcționarea memoriei, 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 deteriorării în organizare a proceselor mentale orientate spre un scop. Subiectul trăiește cu evidență o convingere fermă într-o crescută capacitate și valoare.

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 și viteza derulării motricității e mai rapidă; el reacționează prompt, dar fără suficientă deliberare. Nivelul activității cu scop (profesional, școlar) crește în faza inițială; subiectul are multe planuri și se angajează în activități riscante. 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, având și o 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, eventual științifice, 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. Relaționările se desfășoară în stil public, „superficial”, fără raportarea la specificul personalistic a celuilalt, a subiectivității și intimității sale. 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 fără suficientă deliberare, ostil; și ajungând mereu la dispute, la confruntări cu ceilalți. Hipersociabilitatea gregară, cu un comportament similar celui din timpul petrecerilor sărbătorești dezlanțuite, este o tradițională caracteristică a

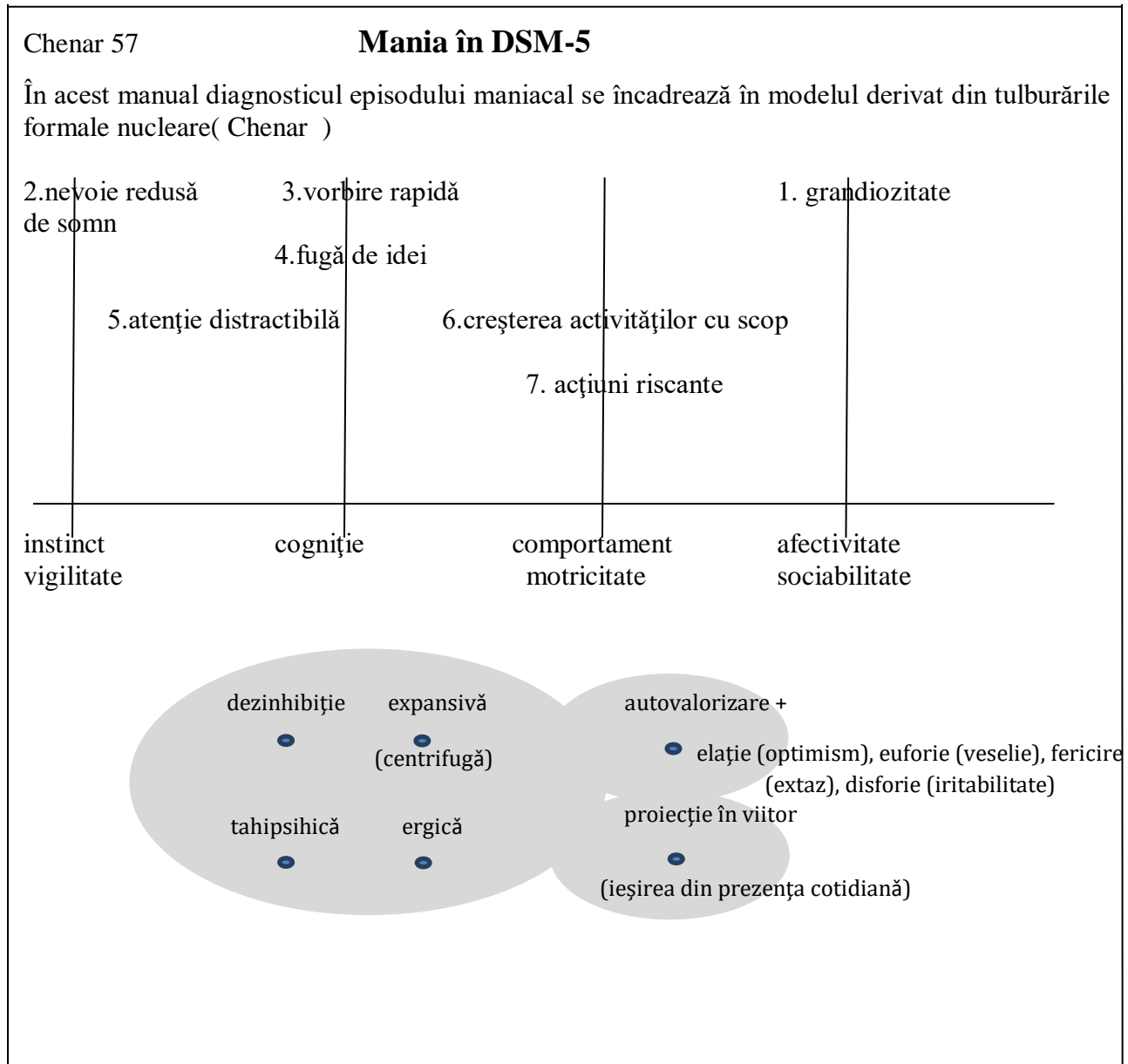
comportamentului maniacal; ea e marginalizată însă în DSM-5, care pune accentul pe dezinhibiția activității. (Chenar 40).

Dispoziția afectivă euforică, furorul și elția. 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 maniacal”, 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 ritualice. 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 ( ). În ambele aceste cazuri tradiționale, se cere reținută poziționarea subiectului la un rang superior, spiritual, deasupra condiției muritorilor de rând. Pentru varianta tradițională de manie furioasă se folosește în ultimele decenii trimiterea la dispoziția iritabil disforic combativă.

Starea dispozițională specifică maniei ce s-a impus în comentariile psihopatologice din ultimele decenii, mai ales după DSM-III, este totuși cea a “elației”, cu referire la dispoziția expansiv realizatoare, de angajare în produceri efective; cu sentimentul de a putea realiza lucruri de excepție, eventual „orice”. Elația e susținută de dezinhibiția ergică și de tahipsihie, stând la baza proiectelor de acțiune, de realizare și creație deosebite; toate sub semnul optimismului și a încrederii în sine. Pe această linie se plasează multiplele proiecte pe care maniacalul le inițiază și angajarea sa în acțiuni riscante; dar și creativitatea.

În afara stărilor dispozițional afective de elație și disforice, tradiția trimite mai ales spre buna dispoziție veselă, caracteristică petrecerilor sărbătorești ce urmează succeselor, victoriilor, aniversărilor; sau a celor de tip carnavalesc de la

sfârșitul anului, însoțite de spectacole de comedie, circ, dans, pantomimă etc. E vorba de o dispoziție euforică contaminantă interpersonal, care reduce diferențierile sociale, însoțindu-se cu dezinhibiție instinctivă (alimentație bogată,



alcool), cântece, dans, glume, râs, voie bună. În manie, această stare dispozițională euforică, marcat orientată prosocial gregar, e nu doar nejustificată; ci și excesivă și prelungită, ajungând să epuizeze subiectul. La nivel hipomaniacal, tradiționalul bufon se înscrie și el în această linie.

Direcțiile dispozițional afective menționate - ce pot sta la baza unor forme clinice aparte de manie - se pot deseori combina. Esențial e faptul că toate au la bază activarea menționatei scheme formale a manifestărilor externalizate expansiv-tahipsihice, centrată de o permanentă autovalorizare pozitivă, cu autoapreciere și încredere în sine crescută. Caracteristici care plasează subiectul în centrul evenimentelor, cu sentimentul că le domină; cu dezinteres pentru o relaționare nuanțată cu ceilalți, care să implice valoarea și personalitatea acestora. Iar anormalitatea dispoziției afective din manie se conjugă și cu o de-situaționalizare temporară, ce proiectează subiectul spre un viitor atâtea posibil, cu neglijarea trecutului și minimalizarea datelor prezente.

Dispoziția maniacală se manifestă prin perioade, prin "episoade" temporale delimitate, pe parcursul cărora subiectul pare a fi „mutat” pe o orbită de funcționare aparte, expansiv externalizată. Un episod maniacal persistă continuu mai multe zile, peste o săptămână, uneori chiar luni de zile; timp în care el nu mai se mai conectează și nu mai e sensibil la variatele evenimente situaționale ce-l solicită, fiind lipsit și de modularea afectivă pe care o induc informațiile ce determină stările emotive curente. În plus, relaționarea interpersonală devine uniformă, exprimându-se doar printr-o variantă de raportare publică, superficială, uneori gregară; cu aplatizarea sau ștergerea modalităților diferențiate și intime, inclusiv a celor de rezonare afectivă reciprocă. Dispoziția maniacală, cea de elafie, euforică sau cea disfonică, simplifică la maximum bogăția nuanțelor de trăiri afective și de relaționare ale persoanei.

Episoadele maniacale reflectă, într-un fel simplificat și distorsionat, perioadele de timp prin care subiectul se manifestă în viața sa curentă performativ, prin comportamente de tipul investigării, realizărilor productive și creatoare, a confruntărilor beligerante, a petrecerilor sărbătorești etc. În mod firesc, pe tot parcursul unor astfel de manifestări externalizate – ce pot dura săptămâni sau luni – el se menține „articulat”, „montat” dispozițional într-o stare de funcționare crescută, ergică, cu bună vigilitate, orientat extrovertit și asertiv „aflat în priză”, într-un „câmp comportamental performativ”, pe „o orbită externalizată” de funcționare. Se circumscrie astfel un ”episod” maniacal. Faptul că episoadele maniacale – la fel ca cele depresive – au o tendință la evoluție periodică și ciclică, exprimă și el mulajul lor după modelul procesualității proiectelor existențiale firești; dar și o reminiscență a marilor ritmuri ale periodicităților din biologie.

- **Tb. formale în Sindromul Depresiv**

Sindromul depresiv care a fost adus în discuție încă din Primul Capitol, poate fi comentat până la un punct după o schemă similară cu cea a raportării maniacale la situație. Esențială e acum, d.p.d.v. fenomenologic, extragerea subiectului atât din viitor cât și din prezent, cu replierea sa pe un trecut vinovat, orientat spre autoanihilare. În depresie se impun caracteristici formale de raportare simetric opuse față de cele din starea maniacală: inhibiție retractilă, bradipsihică și anergică, cu autovalorizare negativă și repliere pe trecut.(Chenar). Simptomatologia clinică ar rezulta din transpunerea acestor condiții formale în funcționarea psihologică (motivațională, cognitivă, comportamentală, relațională afectivă etc.). Spre deosebire de sindromul 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.



Urmărind ceva mai detaliat simptomatologia sd. depresiv, putem menționa: Inhibiția retractilă, bradipsihică și 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, cenestopatii și algii corporale; întâlnim 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 pseudocataton. Subiectiv poate fi resimțită astenia, anergia. Inhibiția motivației (a tendințelor, proiectelor, aspirațiilor) se corelează cu anhedonia (lipsa plăcerii și atractivității pentru orice); și uneori cu indecizia și rumațiile. Relațional dispare interesul pentru contactul cu alte persoane, până la retragerea socială completă.

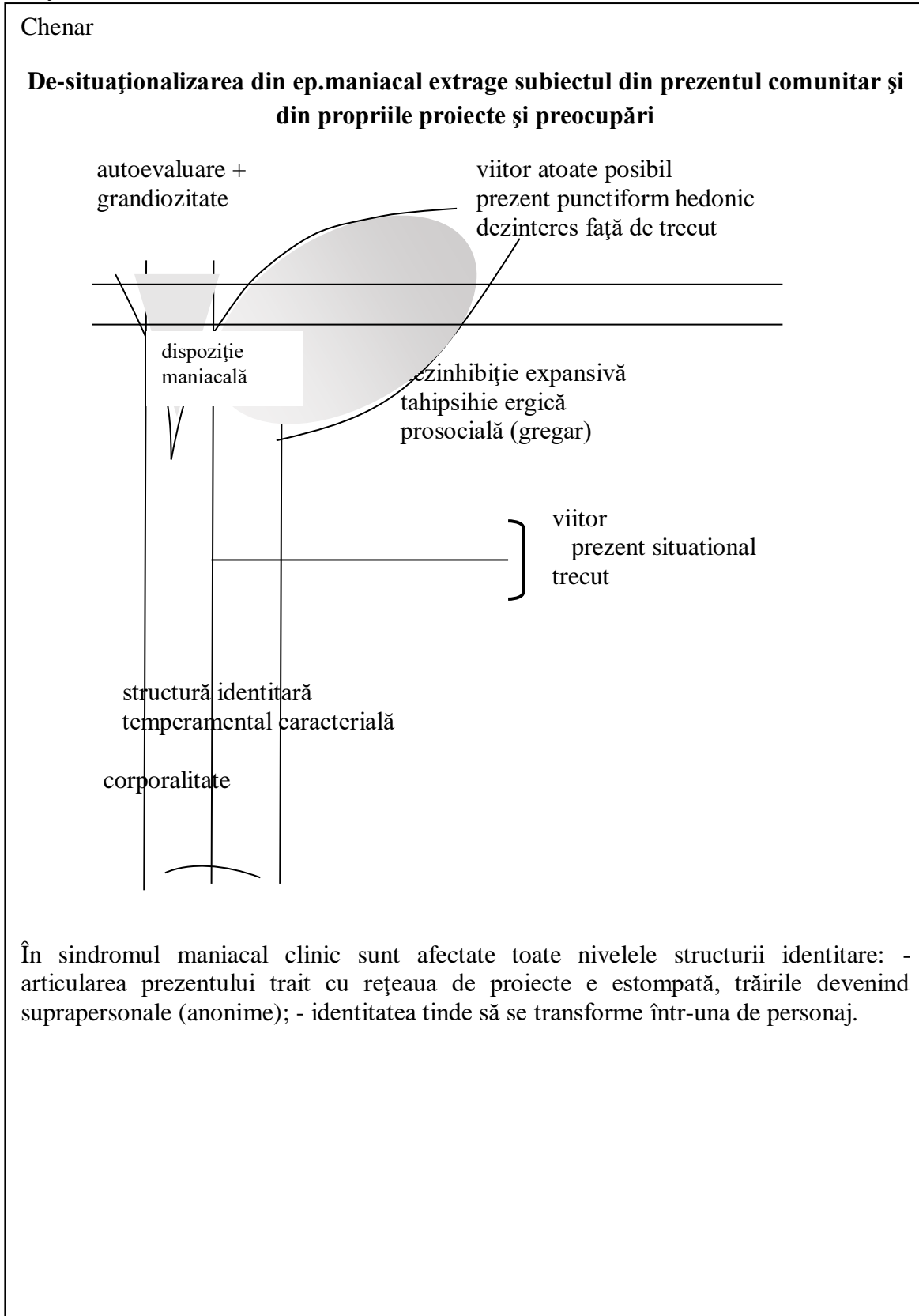
Autovalorizarea negativă însoțită de replierea pe trecut și neființă centrează dispoziția afectivă negativă, care e un element esențial al sindromului. Ea e caracterizată de obicei ca tristețe fără de speranță. Există multe nuanțe ale dispoziției afective negative din sindromul depresiv, chiar dacă nu 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 blocarea oricărei deschideri spre viitor; 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. Trăirea depresiei e centripetă, ea adunând și orientând psihismul persoanei, reflexiv și coerent, spre centrul sinelui. Fapt ce se manifestă și la personalitățile de tip depresiv (așa cum a fost descris – de către Tellembach - „tipus melancholicus”, în comparație cu anancastul, orientat spre dispersie). În urma autodeprecierii, depresivul se simte un om lipsit de valoare, orientat spre trecut și vinovat. Dar acesta nu e punctul terminus al atitudinii sale retractile autodevalorizante, căci subiectul se poate îndrepta spre lipsa totală de rost existențial, orientat către ruină și negare universală. Apare apoi ideația de moarte, proiecte și tentativele de suicid. Iar la capătul acestora, se plasează suicidul bine planificat și realizat. Preocuparea hipocondriacă se înscrie și ea, în această direcție a apropierii de moarte.

În raport cu modelul central al depresiei inhibate menționat mai sus, se cer amintite și formele anxioase, disforice și alte tablouri clinice particulare. Depresia anxioasă păstrează unele caracteristici biologice (e.g. inapetență, tulburări de somn) și pe cele subiective ale depresiei (tristețe, lipsă de speranță, anhedonie, devalorizare, ideație suicidară); dar se manifestă prin neliniște psihomotorie și tulburări neurovegetative; fără dezinteresul atențional major față de preajmă din depresia inhibată.

La capătul acestei scurte prezentări a simptomatologiei sd. maniacal și depresiv, se poate reveni la cadrul de trăire fenomenologic trans-simptomatică, pe care tb. formale specifice acestora îl instituie: impunerea schemei generice (simplificată și rigidă) a dispoziției externalizat-expansive/ sau a celei internalizat-

retractile, fapt ce induce o raportare dediferențiată și distorsionată a subiectului la situațiile actuale.



Atunci când se instituie o stare maniacală clinică, subiectul se manifestă deci ca și cum ar fi aspirat de un viitor a toate posibil, sprijinindu-se doar punctiform pe un prezent hedonic și hiperestezic, fiind neinteresat de trecut. Viteza crescută cu care se derulează psihismul și permanenta sa proiecție megalomană în viitor, nu-i mai permite să integreze sintetic și ierarhic datele situației, pentru a se centra pe obiective specifice și realizabile;... pentru a urmări eficient și echilibrat proiecte,.. pentru a se deschide spre solicitări actuale semnificative.....și a comunica comprehensiv cu ceilalți; de aceea el nu mai poate să „testeze corect realitatea”. De fapt, se perturbă, uneori major, întreg edificiul temporo spațial care face posibilă sinteza prezentului trăit, realizată în corelație cu – dar și în mijlocul - proiectelor și preocupărilor persoanei biografico identitare, ancorată în relaționări și în lumea sa umană. Această „extragere din prezent” poate proiecta maniacalul spre orbita psihotiformă chiar dacă nu se configurează o manifestare propriu zis delirantă. Tot astfel s-ar explica în mare măsură comportamentul său deranjant pentru ambianță ce argumentează internarea, marcând o „intensitate clinică” - ce diferențiază episodul maniacal de cel hipomaniacal. Celor două criterii menționate – intensitate clinică și pierderea testării realității – li se mai adaugă însă în nosologia kraepeliană a psihozelor și „condiționarea endogenă”, ce se cere comentată separat.

Pentru depresia majoră, psihopatologică, problema se pune la fel, ca printr-o simetrie formală. Ceea ce caracterizează în mod specific ieșirea din prezent a depresivului – susținută de tulburările formale comentate - este lipsa de speranță în viitor și dezinteresul său față de ceea ce este în jur, însoțită de o lipsă „anhedonică” a plăcerii; cu repliere pe trecut, autodeprecieri și preocupare de moarte (eventual suicid). Intensitatea clinică, pierderea testării realității și instalarea episodului în afara unui determinism și context actual comprehensibil, dau acestui episod de retragere depresivă din prezent un caracter similar sindroamelor ce plasează subiectul pe orbita psihotiformă, chiar în afara delirului.

### **6.3. Derivarea sindromului maniacal și depresiv din trăiri normale adaptative.**

Sindromul psihopatologic maniacal și cel depresiv pot fi comentate ca afirmarea disfuncțională a unor dispoziții afective, la fel ca în cazul anxietății fobice și dispoziției disforic-agresive; cu deosebirea că, implicarea celorlalți în trăire și manifestare e mai redusă. S-ar putea relua la acest nivel modelul sugerat deja (în Introducere și Cap.2 și 3) privitor la faptul că unele structuri funcționale adaptative cu care psihismul uman e dotat, se pot manifesta în variante anormale; declanșându-se la stimuli minori, exprimându-se simplificat și decontextualizant, mai intens și prelungit decât ar cere-o destinația lor adaptativă, acaparând întregul psihism.( Figura...); iar în unele împrejurări ar putea chiar să se fixeze temporar pe o orbită anormală, auto-menținându-se monoton într-o variantă excentrică. Starea maniacală și cea depresivă ne indică o variantă complexă de manifestare a acestui mecanism.

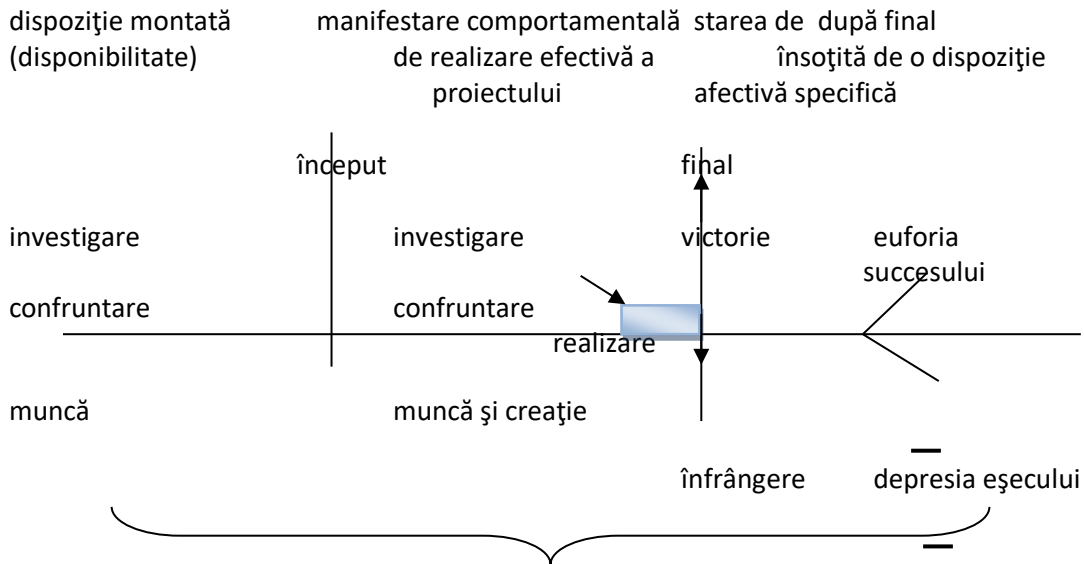
Simptomatologia maniei ne trimite în mod firesc spre variate comportamente externalizate, de asertare pozitivă, realizate prin proiecte sau preocupări delimitate în timp. Dar varietatea acestora și bogăția simptomatologiei sindromului maniacal ne sugerează nu trimiterea la un anumit model bine definit; ci, spre un nivel funcțional mai bazal, de tipul unui cadru - sau a unei condiții de posibilitate - ce susține ansamblul comportamentelor de tip externalizat,.. ce se exprimă asertiv, ergic, realizator, creativ, prin rezolvare de probleme, prin cooperare și sociabilitate gregară etc. Vom face un scurt inventar al acestora, de la moștenirea psihobiologică la manifestările culturale (similar cu trecerea în revistă făcută pentru depresie în Primul capitol).

În primul rând ar trebui să amintim comportamentul ce se manifestă ciclic în biologie (la anumite specii) prin perioadele de rut - în vederea acuplării - caracterizat prin competiția ergică a masculilor și dezinhibiție sexuală. Hipersexualitatea e un simptom des întâlnit în manie, manifestat inclusiv prin comportamente pornolalice - dar fără a fi vorba de o ciclicitate periodică. La om, deși se păstrează biopsihiritmicitatea alternanței dintre zi și noapte prin oscilațiile dintre veghe și somnul cu vise, lipsesc comportamente endogene care să se coreleze nemijlocit cu ciclicitatea anotimpurilor (cu toate că omul culturilor agrare avea iarna activități mai reduse decât din restul anotimpurilor). Agricultură a condus în schimb la studierea și cunoașterea timpului cosmic,.. ce a penetrat în structurarea vieții culturale prin calendarul sărbătorilor sacrale; corelate strâns cu schimbările aduse de anotimpuri în muncile agrare și, mai ales, cu reînnoirea ciclică a anului. Sărbători periodice, marcate prin comportamente ritualice ce alternează cu petreceri dezinhibat vesele. În mod special sărbătoarea de tip „carnavalesc” de la schimbarea anului, exprimă un model comportamental ce se regăsește cu evidență în manie. Periodicitatea ciclică va continua astfel să marcheze, prin ritmul muncii și al sărbătorilor, manifestările și psihismul omului cultural.

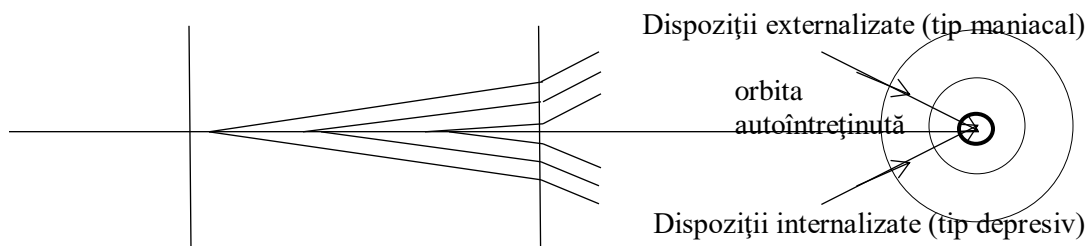
Poate fi avut apoi în vedere comportamentul explorator, care în biologie se desfășoară pentru căutarea hranei, în teritorii necunoscute; și care necesită consum crescut de energie, atenție vie, mobilă și asertivitate. La fel ca în cazul rutului și hibernării, animalele au perioade din an în care sunt mai active în această direcție; fapt ce nu mai e prezent la om (cu toate că, pe parcursul antropogenezei multe sute de mii de ani el a fost culegător și vânător). Totuși, oamenii se aventurează și în prezent periodic, în lumea lor, în acțiuni exploratorii riscante, cu un comportament externalizat; în care conștiința pericolelor e compensată prin curaj, asertivitate ergică și încredere crescută în sine, cu lansarea în acțiuni periculoase.

Chenar 59

### Ciclul dispozițional al unui proiect



Pe parcursul derulării proiectelor și preocupărilor se pot actualiza, mai ales odată cu succesul final, dispoziții externalizate dezinhibat expansive, care se pot coagula într-o dispoziție de tip maniaco, absorbită de o orbită autoîntreținută.



Concluziile dispoziționale ale proiectelor și preocupărilor relaționale pot fi centrate și de dispoziții internalizate, ce se accentuează prin eșec, înfrângeri și pierderi; caz în care se poate instala o dispoziție internalizată de tip depresiv, ce poate fi absorbită de o orbită ce se autoîntreține.

Viața persoanelor din ultimele milenii de civilizație și mai ales din modernitate, se derulează prin comportamente de muncă productivă în cadre colective instituționalizate, ce respectă ciclicitatea sărbătorilor. Dar un aspect central îl reprezintă și acțiunile realizatoare personale, în care subiectul se angajează ergic și asertiv, trecând prin etape ce necesită frecvent un efort mental și corporal crescut, până se ajunge la rezultatul din final. Momentul de „elație” a începutului, poate fi marcat de entuziasm și dezinhibiție, de un sentiment de omnipotență, care minimalizează dificultățile drumului (faptul de a-și face multe proiecte și a se angaja excesiv în acțiuni riscante este unul din principalii itemi de diagnostic ai maniei în DSM-5); iar către final, când un rezultat pozitiv se întrevede tot mai clar, subiectul se poate mobiliza tot mai intens, lăsând deoparte odihna și somnul. O stare de tensiune performativă crescută poate apare și în unele condiții competitive cu alții, pentru un rezultat de vârf.

Apoi, starea de inspirație creatoare se caracterizează și ea prin vigilitate și energie crescută, cu sentiment de elație și încredere în sine sporită, asociații de idei rapide și productive, funcționare mentală crescută, neglijarea evenimentelor ambientale. Toate aceste angajări proactive se plasează pe o orbită psihică externalizată, putând apărea ca avantcameră a manifestărilor de tip maniacal.

Confruntarea beligerantă efectivă cu un altul ce poate apărea pe parcursul relaționărilor tensionate, necesită și ea, în mod adaptativ, o crescută mobilizare ergică externalizat combativă, pe un fond de vigilitate crescută și atenție distributivă; cu o accentuată încredere în sine și ambalarea globală a psihismului, pentru obținerea victoriei. Așa se manifestă această confruntare și în de partidele de luptă din spectacolele sportive actuale, inclusiv în probele de competiție. Dar, în normalitatea confruntării efective sau a competițiilor sportive, se păstrează concentrarea psihismului și evaluarea atentă a circumstanțelor, grija pentru evitarea eventualelor riscuri și pericole inutile; deci, o flancare a manifestării externalizate



Chenar 60

### Bufonul, carnavalul și comedia

Modelul sărbătorii anuale carnavalești, 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 parafrazare 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 tumbe 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 buna 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 măscării, 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 carnavalești, inclusiv propensiunea ludică spre glume și râs.

După : Lever M., *Le sceptre et la marote Histoire, fous de court*, Paris, Fayard, 1983

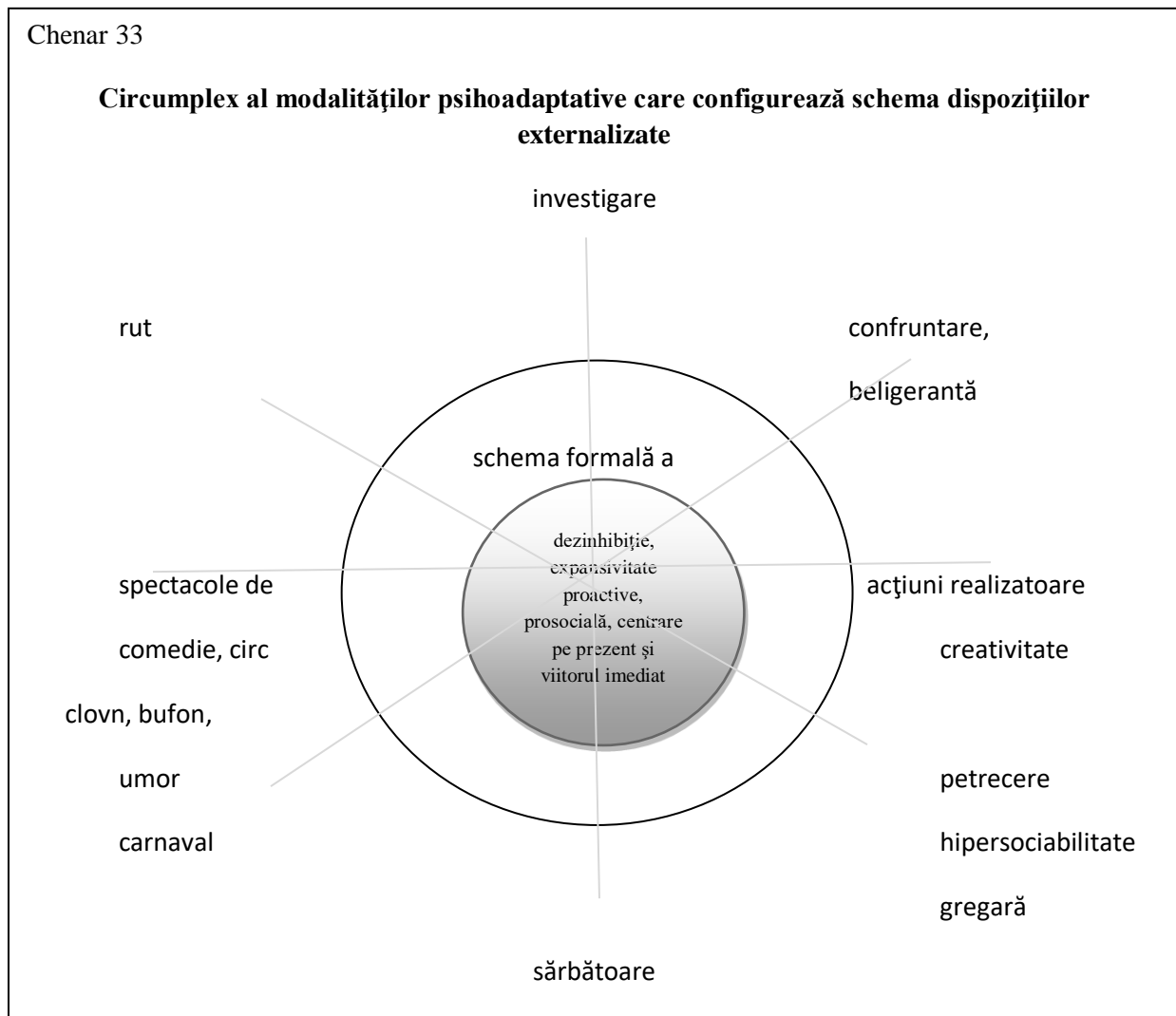
expandante printr-o prudență a siguranței. Modelul confruntării beligerante susținută de curaj și „furie de luptă”, se poate metamorfoza și el în sindromul unei manii tensionate și agitate; chiar dacă e uneori flancat de anxietate. De altfel mania împărtășește cu anxietatea arousalul unei atenții distributive hipervigile și proiecția într-un viitor imediat, dar cu preeminența expansivității externalizate, a curajului și încrederii în sine.

Un alt model pentru episodul maniacal e cel deja menționat al petrecerii de tip sărbătoresc, care urmează de obicei succesului și victoriilor; sau, care se desfășoară cu ocazia aniversărilor ori în contextul carnavalurilor. Acestea se însoțește de o dezinhibiție instinctivă și comportamentală, expansivitate, voie bună și veselie colectivă, într-o atmosferă de sociabilitate gregară cu dediferențierea ierarhiilor.

Sărbătorile, atât cele religioase cât și cele laice, se desfășoară de fapt în două etape: - Prima e sobră, marcată de ceremonialuri oficiale și de seriozitate. – A doua e relaxată, deschisă spre o sociabilitate colectivă generală, cu relaxarea normelor și interdicțiilor, însoțită de veselie și bună dispoziție. Iar în carul acesteia, sărbătoarea de tip carnavalesc se realizează cu răsturnarea normelor și un comportament gregar ce mimează haosul original. Perioada sărbătorilor – ce poate fi ilustrativă pentru comportamentul hipoman - se corelează apoi și cu spectacole de comedie, cu cântece vesele, dans, pantomimă, bufonerii. Tradiționala meserie de bufon e congruentă și ea cu un comportament hipomaniacal.(Chenar 44).

Rămânând în aria unei sociabilități crescute mai poate fi menționat, în final, și comportamentul performativ de „leadership” – de ex. în cadrul unei competiții politice pentru ocuparea unei poziții sociale superioare - care implică un comportament prosocial captativ, uneori chiar manipulativ și autoritar; oricum, cu exaltarea valențelor de sociabilitate și de afirmare; la un pol opus față de retragerea socială introvertită a comportamentelor internalizate.

Dacă avem în vedere manifestări ca cele menționate mai sus, înțelegem că orice om pe parcursul vieții sale trăiește și exersează, în permanență variate comportamente proactive firești și adaptative, cu tendință socializantă, realizatorie și de destindere comunitară, care se bazează pe structura formală specifică dispozițiilor comportamentale externalizate. Iar realizarea proiectelor, confruntărilor și actelor performante, angrenarea în socializări cu bună dispoziție,



toate, întrețin la rândul lor, respectivul fundal dispozițional; îl modelează și îl nuanțează, îi consolidează conturul.

Se poate susține în mod comprehensiv că alunecarea spre starea maniacală se petrece prin activarea simplificată și disfuncțională a cadrului formal dispozițional generic - expansiv, dezinhibat și tahipsihic - ce susține manifestarea comportamentelor externalizate adaptative de tip prosocial ( performant, combativ și sărbătoresc etc.), ... care se manifestă însă simplificat și rigid, în afara oricărui context comprehensiv, punând în joc într-o manieră distorsionată și excesivă respectivele caracteristici formale (Chen 62); în contextul unei autoevaluări pozitive anormale și a unei raportări distorsionate la prezentul situațional. Fapt care nu-i mai permite subiectului o adecvată diferențiere și evaluare efectivă a parametrilor situației sale actuale.

Privitor la instituirea depresiei psihopatologice, comentariul poate fi simetric cu cel din manie; fapt ce a fost comentat în capitolul introductiv. Acum se impune însă – ca într-o simetrie în oglindă - cadrul formal simplificat și deformat al manifestărilor internalizate, inhibate și retractile; care ajunge să se afirme și el aberant, susținând manifestări neadaptative. Iar aspectul fenomenologic generic al dediferențieri de tip depresiv se exprimă tot printr-o distorsiune a prezentului trăit, orientată însă spre trecut. O variantă mai aparte este cea a intersecției dintre depresie și anxietatea fobică, în care se menține parțial o ancorare vigیلă la ambianță, pentru posibile informații privitoare la pericole. Cadrul formal al depresiei majore odată instituit, se declanșează și el la stresori minimi, impunându-se și extrăgând subiectul din „prezența sa la prezent”.

Specificul deficitului psihic disfuncțional din manie și depresie s-ar exprima deci prin: O manifestare psihică dediferențiată și rigidă a structurii formale de bază

Chenar 62

**Structura trăirii temporalității în normalitate, cu centrare pe prezent.**

În normalitate, trăirea de către subiect a prezentului situațional are o structură și o durată, ce se impune între viitorul prefigurat și trecutul amintit; cu care se interconectează. Prezentul trăit se bazează pe implicarea persoanei în nemijlocitul unei acțiuni cu sens, susținută de o continuă receptare a informațiilor percepute direct privitoare la un eveniment actual; manifestare ce poate fi ulterior relatată. Trăirea sintetică - fundată aprioric – a prezentului, se reliefează și se proiectează însă pe fundalul unor multiple linii paralele a proiectelor și preocupărilor ancorate în viitor. Proiecte în care subiectul e concomitent implicat; și în raport cu care, situația actuală e în mod normal doar o secvență. Preocupări și proiecte de variată amploare și importanță, ce au diverse durate aproximative, aflându-se în multiple interconexiuni între ele și în raport cu prezentul. În plus, proiectele se desfășoară în mijlocul unui spațiu mundan, susținut de relaționările intime și publice mai mult sau mai puțin constante ale subiectului; și de configurația lumii sale umane organizată prin practici instituționalizate ordonate de norme și valori. Iar atât proiectele cât și prezentul trăit, se înrădăcinează în trecutul biografico identitar ca într-o sursă, din care emerg și în care se vor depozita ulterior, după împlinire, mnemonic și structural. Prin contextualizarea asigurată de țesătura proiectelor, situația evenimentială trăită în prezent capătă o „adâncime temporală” și un „spațiu de manevră” în textura raportării subiectului la lume. Iar întreg acest ansamblu de trăiri ce se desfășoară pe dimensiuni temporale paralele, implică în plus și parametrii narativității și ai cunoașterii teoretic culturale; în care, subiectul de asemenea se inseră, autoproiectându-se ca personaj.

Prezentul trăit ce se detașează pe fundalul menționat mai sus, plasează subiectul în raportări comprehensive actuale, în raport cu parametrii situaționali și cu ceilalți; cu care el cooperează nemijlocit. Dar în normalitate prezentul trăit, menține constant deschisă și receptanța subiectului pentru acele aspecte ale situației care nu sunt actualmente în prim planul preocupărilor sale; dar continuă să persiste în atenția sa marginală, în perspectiva proiectelor în care el e sincron angajat. Oricum, în normalitate, prezentul trăit situațional - care e principala și esențiala legătură a subiectului cu lumea - se află în mod constant sub autonomia agenției sale, el putându-i schimba focalizarea și orientarea.

a dispozițiilor externalizate–expansive auto-asertive...- sau (în oglindă).. a celor internalizat–inhibante auto-depreciative, în conjuncție cu o specifică colapsare a structurării prezentului trăit. Acest ultim aspect va fi analizat în continuare ceva mai detaliat, din perspectiva maniei.

Raportarea prezentă la situații a maniacalului e deformată prin proiecția sa excesivă într-un viitor atot posibil, cu ignorarea trecutului și un sprijin hiperestezic, hedonic dar punctiform pe actualitate. Dar ceea ce e de presupus că se petrece atunci când se apropie și se instalează un episod maniacal, e o de-diferențiere aglutinantă nu doar a grupajului dispozițiilor externalizate, ci a întregului edificiu al temporo-spațialității antropologice trăite, ce mediază constant intrarea în scenă a dispozițiilor și structurarea situațiilor actuale; gestionând în același timp articularea acestora cu derularea proiectelor ancorate în viitor și cu relaționările subiectului, ce se afirmă, autovalorizându-se.

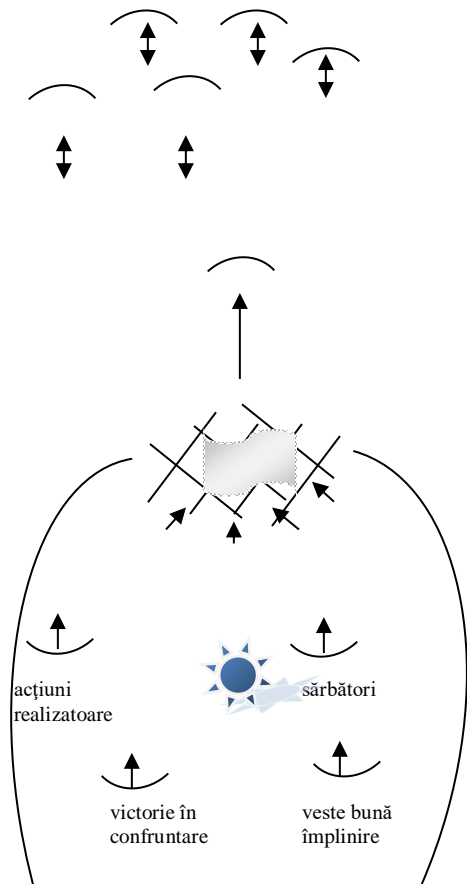
În manifestarea sa maniacală rigidă, „cadrul formal externalizat distorsionat” alterează atât corelarea nuanțată și adecvată a subiectului cu datele și semnificațiile situației ambientale prezente, cât și pe cea cu țesătura intrapsihică a proiectelor personale și cu planul relaționărilor interpersonale. În manie prezentul trăit, ancorat în nemijlocitul situațional, își pierde și capacitatea sa de a naviga, cu un contur și o consistență proprie, prin țesătura proiectelor personale preexistente, care colapsează și ea; iar profilul duratei identitar-caracteriale - prin care subiectul se autopercepe valoric – e și el deformat.

Pseudo-prezentul comprimat din starea maniacală – lipsit de trecut și aspirat de un viitor iminent atot posibil – plasează astfel subiectul într-o condiție relativ impersonală; în care, specificul preocupărilor și articulațiilor sale cu lumea se estompează; vărsându-se într-un model de-diferențiat, superficial, într-o raportare la ambianță lipsită de nuanțe. Maniacalul e „în general” euforic, marcat de elatie sau combativitate, raportându-se cu ușurință la oricine și orice. El se plasează în afara particularităților sale biografice caracteriale, a parametrilor situaționali, a nuanțelor unei lumi personalizate, de care era articulat prin vizări proiectate cu țintă proprie. Prin episoadele maniacale (și depressive) - de tip endogen – subiectul iese temporar din orbita propriei biografii.

## Chenar 63

## Condensarea dispozițiilor externalizate într-un model rigid ce se impune, decontextualizând subiectul

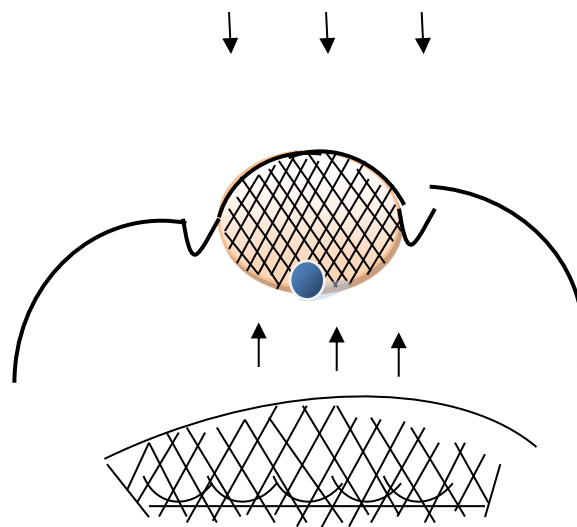
## a. Normalitatea



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 simplificată care acaparează psihismul și îl decontextualizează



Disponibilitățile externalizate se comasează nediferențiat într-o schemă formală rigidă a dezinhibiției expansive

După remisiune, episodul maniacal (și cel depresiv major- endogen) de obicei nu se mai integrează în memoria biografică a persoanei în mod similar cu restul experiențelor de viață; rămânând în mare măsură un fel de “pată albă” în organizarea acesteia. Faptul e de înțeles, de vreme ce pe parcursul derulării sale trăirea de către subiect a prezentului era dediferențiată, redusă la o schemă formală, cu blocarea deschiderilor spre implicări personalizate.

E plauzibilă ipoteza că, funcționarea psihocerebrală din cursul manifestării maniacale (și depresive) pregnante, se poate decanta ca un model aparte. Iar dacă episoadele se repetă frecvent, ea poate căpăta un fel de cvasi-independență „de tip modúlar”, încapsulată, în însăși interiorul ansamblului structurilor identitare, caracterial biografice ale eului personal,..- înscrise și ele în funcționalitatea propriului encefal. Ca o pseudo-structură dispozițională ce se poate separa de modalitatea flexibilă, deschisă spre variante nuanțate de raportare la situații, prin care fundalul disponibilităților identitare răspunde – în direcție externalizată sau internalizată - de obicei la apelări. Iar acest model modúlar patologic de manifestare scurtcircuitată, ar putea ajunge să se manifeste deseori cvasi-spontan, la stimuli minori,..la fel ca emoțiile de spaimă la o persoană hiperemotivă. Psihoneuropatologia poate face referințe în prezent la „rețele neuronale” responsabile de trăiri și comportamente umane anormale, ce se pot diferenția – prin învățare sau experiențe pregnante repetate – plasându-se alături și în marginea celor ce se constituie strict genetic și prin experiențe existențiale curente. Iar astfel de „schemate comportamentale” (maniacale sau depresive) ar putea apoi intra în joc periodic, în locul celor firești, diferențiate și flexibile; declanșând, de ex. un episod maniacal agitat sau depresiv inhibat.

#### **6.4. Periodicitatea ciclică endogenă a patologiei dispoziționale bipolare .**



Trăirile anxioase și cele depresive - normale și excesive – sunt comentate deseori ca instalându-se reactiv, în urma percepției unui pericol sau a unei pierderi; astfel încât variantele lor psihopatologice pot fi interpretate din perspectiva actualizării reactive – în manieră deficitar distorsionată - a unor structuri dispoziționale adaptative pe care subiectul le posedă în fundalul său temperamental biografic, identitar. Totuși o minimă reflexie poate corela anxietatea și cu procesul proactiv al investigării în teritorii necunoscute; iar depresia - consubstanțială eșecurilor și înfrângerilor - poate fi integrată și ea firesc în ciclul existențial dinamic a câte unui proiect, ca un final nedorit al acestuia. Chiar și pierderile pot fi înțelese ca secvențe ale unor cicluri existențiale mai ample, integrate în procesul - uneori îndelungat și laborios - prin care subiectul a câștigat ceva bun ... care la un moment dat este brusc pierdut. Iar dezinhibiția euforică a petrecerilor sărbătorești – ce se desfășoară prin definiție periodic cu diverse prilejuri ciclice, fiind definitoriu limitată în timp - poate fi considerată și ea ca o matrice pentru manie, alături de relația creativ-realizatoare.

Normalitatea afirmării stărilor dispoziționale externalizate e consubstanțială – așa cum s-a subliniat - derulării proiectelor și preocupărilor firești și circumscrise în timp ale unei persoane, inserate în substanța perioadelor și ciclurilor vieții sale; ce se succed în temporalitatea duratei proprii biografiei. Proiecte ce presupun un început, un parcurs ce vizează un obiectiv, atingerea unui moment de vârf și un final, constând din succes (=euforie sărbătorească) sau eșec (=depresie) (Chen 58). Perspectivă ce ne poate oferi și o cheie pentru înțelegerea instalării și manifestării periodice, în manieră „endogenă” și ciclică, a episoadelor maniacale și depresive. Conceptul de „endogenie”, chiar dacă a fost scos din terminologia psihopatologică actuală, se referă totuși la o problematică reală; făcând trimitere la instalarea episoadelor psihopatologice fără o evidentă cauzare comprehensivă actuală. Doctrina vulnerabilitate/stres a evidențiat, desigur, rolul pe care-l joacă în aceste

cazuri variabila genetică, prin condiționarea unor fragilități în funcționarea neurotransmițătorilor; precum și rolul predispozant al cumulării biografice de evenimente stresante. Dar manifestările complexul temperamental dispozițional - împreună cu cele ale întregului edificiu identitar mnestico biografic în care ele se înscriu -, se cer a fi înțelese ca fiind prin definiție proactive și periodic-ciclice, exprimând dinamismul și procesualitatea (endogenă în esența ei) a însăși cursului vieții; factorii situaționali doar modulând această existență proiectivă prin solicitări și apeluri circumstanțiale. Iar toate procesualitățile biopsihologice sunt delimitate principial în timp, dacă nu prin obiectivul lor, prin structura lor pulsional-periodică (ca oscilația dintre veghe și somn).

Nu se poate ignora faptul că, psihismul persoanei se dezvoltă și se afirmă pe fundalul psihobiologic al unei vieți circumscrisă prin nașterea și moartea individului; viață a cărei „design” de creștere, maturare, multiplicare și îmbătrânire se derulează evident după un model procesual și ciclic. În sensul restrâns al periodicității ciclice, omul moștenește din biologie oscilațiile circadiene polare dintre luciditatea stării de veghe și lipsa simetrică de conștientă din somnul cu vise, profund înscris în funcționalitatea creierului său. Iar în jurul ciclicității circadiene, sunt prezente și la om un set întreg de manifestări – mai ales corporale - cu ritmuri infradiene (e.g. alimentarea, respirația etc.) și supradiene ( ciclul menstrual, al reînnoirii celulelor, al reorganizării informației circulante din creier etc.). În schimb omul nu mai moștenește periodicitatea ritmic-sezonieră corelată ciclicității anotimpurilor anului, care în biopsihologie se exprimă la multe specii prin polarizarea dintre perioadele de hibernare și de rut. La omul culturilor agrare apare însă periodicitatea ciclică a sărbătorilor, sacre și istorice; sărbători ce modulează, suprapersonal, procesualitatea și ritmicitatea muncii instituționalizate și a proiectelor personale. În lumea umană periodicitatea ciclică marchează major atât desfășurarea întregii structuri socio culturale, a practicilor instituționalizate și de invocare spirituală, în care persoanele individuale sunt inserate; cât și perioadele și etapele succesive ale vieții acestora. Așa se desfășoară existența personală în mijlocul rețelelor sociale proxime – prietenii, ciclurile întemeierii și derulării vieții unei familii proprii, a proiectării, nașterii și creșterii copiilor, a locației etc. -, până la ciclurile de instrucție și muncă instituționaliză sau ale vieții spirituale. Toate acestea, încadrând structura periodic ciclică a desfășurării propriilor proiecte și preocupări. Modelul de existență prin perioade și secvențe ce au un început, o durată și un final, implicând preeminent anumite structuri dispoziționale ce se

succed – uneori chiar prin apel la dispoziții opuse – e unul structural-definitiv pentru psihismul persoanei. ( A se vedea Anexa 6)

Bio-psiho-ritmurile antropo cosmice și culturale ce se infiltrează în structura psihismul personal, vertebreează deci, prin complexa lor țesătură, derularea vieții sale psihice cotidiene ce se desfășoară proactiv și procesual, prin angajări în proiecte, modulate de ritmurile vieții sociale; toate având o structură ciclică, delimitată în principiu în timp. Ele sunt susținute, desigur, de complexe structuri funcționale neuronale, coordonate întotdeauna din centrii cerebrale specifici, interconectați cu ansamblul structurilor cerebrale implicate în derularea existenței adaptative a persoanei. Schema formală a derulării manifestărilor externalizate – și, opus polar ei schema manifestărilor internalizate - intră în joc de obicei flexibil, în funcție de semnificațiile situaționale descifrate de subiect. Dar, în scenariul psihopatologic pe care-l comentăm, ele se pot impune și „endogen”, susținute de câte o „rețea modulară neuropsihică” procesual ciclică, de tip maniacal sau depresiv; manifestându-se rigid și denivelator dar păstrându-și de obicei caracteristica unei delimitări temporale. Precum și afinitatea formal-structurală între polul dezinhibat-tahipsihic și cel inhibat-bradipsihic opus, ce pot tranzita nemijlocit unul în altul.

În perioada inițială a stărilor maniacale, asistăm la o trecere în prim plan, în manieră deficitar distorsionată și excesivă, a schemei formale a dispozițiilor externalizate; care în mod adaptativ e solicitată ca un cadru generic, pentru a susține subiectul în diverse manifestări proactive. Iar odată episodul declanșat, maniacalul se raportează la planul actualității trăite direct cu expresivitatea rigidă a acestei scheme, care aplicată astfel îl decontextualizează. Ceea ce nu înseamnă că manifestarea maniacala nu derivă din structurile funcționale ale propriului psihism.

În continuare, urmând schematismul comportamentelor psihobiologice, manifestarea maniacală se înscrie într-o procesualitate de tip episodic, ce are și o

circumscriere temporală. Structurile funcționale ale rețelelor neuronale de tip modular ce o susțin, au foarte probabil o astfel de condiționare intrinsecă; similară desfășurării proiectelor, perioadelor de refacere, episoadelor existențiale normale. Clinica psihiatrică tradițională a înregistrat frecvente cazuri de episoade maniacale și depresive care se remiteau spontan (după aprox 6 l.) dar reapăreau periodic. Faptul sugerează o bio-psiho-periodicitate similară cu cea a oscilației dintre veghe/somn sau rut/hibernare, desigur mult diferențiată. Oricum, se cere reținută oscilația bipolară din această patologie, observată neîntrerupt din antichitate și până în prezent; ce ar putea fi înțeleasă și ea prin simetria în oglindă a schemei formale a manifestărilor externalizate și internalizate, după modelul celor menționate din biopsihologie.

Modelarea episoadelor maniacale și depresive prin ancorarea lor într-o schemă funcțională psiho(biologică) circumscrișă, cu funcționalitate (în principiu) delimitată în timp și susținută de anumite rețele neuronale - după modelul „modularității” -, e importantă și pentru interpretarea clinică a cazurilor cu cicluri rapide și a stărilor mixte. Dacă episodul maniacal sau depresiv ajunge dependent de intrarea în acțiune a unor moduli psihocerebrali, atunci „declanșarea” acestuia poate să răspundă la multe feluri de stimuli; inclusiv la oscilațiile periodicității endotime. Iar pe de altă parte, diversele componente ale sindromului – de ex. cele „psihomotorii” sau cele „ale cursului ideo-verbal” - se pot activa uneori separat; de ex. în stările mixte, s-ar putea activa o derulare tahipsihică ideatică concomitent cu una bradipsihică motorie. Modelarea fenomenologiei psihopatologiei bipolarității în această direcție a evoluționismului cultural, ar putea fi metodologic fructuoasă.

### **6.5. Tb. bipolară cu cicluri rapide, stările mixte și temperamentele afective**

În cadrul tulburărilor dispoziționale bipolare și monopolare, episoadele maniacale și depresive se pot repeta periodic la diverse intervale de timp, cu

variate intensități și forme clinice; cu predominarea temporală a unuia sau altuia din cele două sindroame (în tulburarea bipolară) . De vreme ce se poate considera că aceste episoade exprimă cadrul formal general al polilor dispoziționali externalizat și internalizat, e de înțeles atât simetria în oglindă a simptomatologiei lor; cât și tranziția uneori rapidă sau directă a unuia în altul. Acest aspect evolutiv e pregnant în cazul Tb. bipolare cu cicluri rapide, în care episoade opuse se manifestă la intervale scurte. DSM-5 pretinde pentru diagnosticarea acestuia minimum 4 episoade distincte de manie și depresie pe an. Dar oscilația poate fi mai frecventă, cu schimbări - switch-uri – între starea maniacală și cea depresivă săptămânale; sau chiar de la o zi la alta. Dat fiind că e vorba de manifestări în care predomină aspectul formal-endogen, circumstanțele exterioare joacă un rol minor. Deci, ne plasăm la alt pol decât cel al oamenilor hiperemotivi și exagerat de impresionabili, care trec ușor de la spaimă la veselie, furie sau disperare, în funcție de circumstanțe, la care reacționează hipermetric.

În clinica psihiatrică se observă uneori, la încheierea unui episod de manie sau depresie cu durată de săptămâni sau luni, în loc de revenirea la echilibrul normal o trecere directă într-un episod de tip opus, de diverse intensități. Sau, eventuale alternanțe ciclice repetate între episoade de manie și depresie. O astfel de instabilitate etalează o structură identitară temperamentală caracterială a cărei echilibru și coerență formală e fragilă. Stările mixte ridică și ele această problemă. Ele au fost semnalate deja de Kraepelin, care remarca faptul că simptomatologia stării maniacale și a celei depresive se pot combina la același caz. Kraepelin a descris inițial stuporul maniacal, depresia agitată și mania cu ideatie redusă. În ediția din 1904 a Tratatului său sunt comentate șase astfel de forme: 1. mania depresivă sau anxioasă; 2. depresia excitată; 3. mania cu sărăcie ideativă; 4. stuporul maniacal; 5. depresia cu fugă de idei; 6. mania inhibată. Observațiile lui Kraepelin sunt simptomatologice, orientate de ideea că mania e descriptibilă prin trei grupaje

de simptome: - dispoziția euforică; - excitația psihomotorie; - fuga de idei. Problema stărilor mixte a fost apoi ignorată mult timp; fiind reluată odată cu decupare cadrului nosologic al depresiei monopolare. Studiile atente ale acesteia făcute în perspectiva terapiei medicamentoase, au ridicat problema că unele depresiv agitate ar putea fi interpretate ca o mixtare cu mania, sugerând bipolaritatea.

Problema stărilor mixte a făcut obiectul unei încercări de conceptualizare psihopatologică, odată cu elaborarea criteriilor pentru diagnosticul psihozelor a școlii din Viena (Berner 1983). Modelul interpretativ al acestei echipe făcea apel la un set de “sindroame axiale endogenomorfe”, la constituirea cărora se considera că participă: planul pulsional, oscilațiile biopsihoritmurilor și rezonanța emoțională. Ca stări dispoziționale de bază se distingeau: depresia, anxietatea, euforia, expansivitatea, ostilitatea; care se puteau combina variat, inclusiv în modalități diferite de tabloul clinic tradițional al maniei și depresiei.. Perspectiva școlii din Viena era clinico semiologică; dar ea a avansat și un comentariu asupra vulnerabilității eului, a coeziunii acestuia; care, ar fi relaxată la cazurile cu cicluri rapide și stări mixte. Se considera că această cazuistică ar fi mai sensibilă pentru episoade psihotice, delirante și schizoafective.

Varietatea stărilor dispoziționale comentate de școala din Viena merită atenție, deoarece schema polarizatoare externalizat/internalizat sugerată de Achenbach e una comportamentalistă destul de vagă, care se cere abordată și analitic. Astfel, o evaluare mai nuanțată diferențiază, cel puțin până la un punct, dispoziția expansivă maniacală pro-social euforic, de cea combativ opoziționistă, agresivă; iar dispoziția depresiei inhibate, e relativ diferită de cea anxioasă sau de cea resemnată, a epuizatului astenic melancolic. În plus, în raport cu acești poli, se diferențiază și dispoziția indiferenței, cel mai pregnant exprimată în ”amorțeala” afectiv emotivă din depersonalizare. Iar aceasta se poate combina și cu depresia,

într-o variantă de specială a unei detașări melancoliforme. Toate aceste variante de manifestare și combinare se cer apoi privite și din perspectiva intensității manifestărilor, fapt valabil pentru toate ariile stărilor dispoziționale; căci așa cum putem întâlni episoade maniacale, hipomaniacale sau temperamente hipertime, la fel dispoziția depresivă, iritabilă, anxioasă sau a detașării indiferente, poate fi întâlnită și în plan temperamental.

O perspectivă ce s-a dezvoltat în ultimul timp în marginea patologiei bipolare, reia tema temperamentelor anormale, sesizată încă din antichitate. Temperamentele excesive în manifestare reprezintă o problemă până la un punct distinctă de cea a tulburărilor de personalitate, centrate pe disfuncția relaționărilor interpersonale și a transgresării normelor sociale. Pentru o identificare cazuistică temperamentală, un model ar putea fi itemii aduși în discuție de Akiskal privitor la temperamentul hipertim (orientat spre hipomanie):

”Persoane care prezintă constant un nivel crescut de energie și nevoie redusă de somn, asertivi, predispuși spre contestare, ce prezintă constant (cel puțin 5) din următoarele caracteristici: are o dispoziție veselă, e optimist sau exuberant/iritabil; încrezător în sine, cu o bună părere despre sine, uneori grandiozitate; plin de planuri, uneori nechibzuit sau impulsiv; vorbește mult; sociabil, exuberant, hiperimplicat; neinhibat, caută stimularea, uneori promiscuu”.

Din descriere e evidentă similitudinea cu aspecte simptomatologice ale sindromului maniacal; care însă acum sunt comentate ca și caracteristici temperamentale, ale comportamentului cotidian. Dimensiunea dispozițiilor temperamentale s-a dezvoltat mai ales în perspectiva “spectrului bipolar”, care ține cont de comportamente particulare ale subiectului în perioadele dintre episoadele clinice și subclinice; precum și de prezența acestora la rudele de gradul întâi. Un anumit temperament ar putea fi implicat, susține Akiskal, și în modelarea tabloului clinic: astfel, dacă temperamentul e hipertim, episodul depresiv e mai degrabă

agitat; pe când la un temperament depresiv (distimic), el e mai frecvent inhibat. Modelul stărilor maniacale și depresive clinice se cere avut în vedere atât în variantele sale relativ standardizate, ideal-tipice, cât și în multitudinea variantelor clinice particulare, inclusiv a stărilor mixte. O cazuistică bine conturată se poate impune ca un set de probleme pentru studierea cât mai adecvată și nuanțată a organizării psihismului persoanei.

În marginea stărilor mixte și a bipolarității cu cicluri rapide, s-a discutat o eventuală apropiere a acestora de tulburarea de personalitate “marginală” (borderline). Diferența e importantă, deoarece tulburarea din bipolaritate e una globală, cu referință la întregul cadru formal identitar al dispozițiilor afectiv-comportamentale internalizate sau externalizate, inducând uneori o de-situaționalizare globală, cvasi-psihotică; pe când cea din TP marginală se referă centrat pe aspecte relaționale, ce vizează predominant o anumită persoană de atașament precum și raportarea la sine. În ambele cazuri însă, coerența identitară apare ca fragilă. La marginal însă, vidul interior depersonalizant ce susține sentimentul de neidentitate, trimite spre o atitudine reflexiv analitică diferită de poziționările afective din manie și depresie.

Psihopatologia pe care o centrează tulburările dispoziționale ce se exprimă în sd. maniacal și sd depresiv relevă un domeniu specific al psihismului uman, ce se articulează în variate moduri cu cele ce sunt relevate de tb. de personalitate, de tb. disociative – de identitate și conversie somatică -, de cele obsesiv compulsive – și de spectru. Prin faptul că implică global cadrul formal al manifestărilor externalizate și internalizate corelate autovalorizării, ele sunt distincte și de patologia anxios fobică ce a fost comentată în primul capitol. Interesant e faptul că, prin specificul perturbării spațio temporalității raportării la situațiile actuale, mania



și depresia se apropie de manifestările psihotice, chiar în absența delirului. Totuși, articularea lor cu delirul e posibilă și chiar frecventă.

### **6.6. Mania și depresia delirantă**

Dincolo de trăirea, comportamentul și expresivitatea clinică specifică stărilor maniacale și depresive standard, acestea se pot manifesta și prin convingeri delirante congruente, ce au în centru o autovalorizare megalomană sau o autodepreciere culpabilă excesivă. Maniacul cu delir congruent e convins, prin scenariul în care crede, că e un personaj excepțional, care ocupă - sau va ocupa - poziții speciale în societate, urmând să transforme spre bine lumea în care trăiește. Iar delirantul depresiv se resimte și se autoreprezintă ca un personaj de o nulitate și vinovăție nemaîntâlnită, 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 ambianța imediată. Această crescută încredere în sine și buna părere despre propriile forțe și capacități, se exprimă de obicei nemijlocit, prin planuri și acțiuni hazardate; în care pacientul se lansează efectiv, riscant și 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 periculos, etc.

Condiția delirantă începe din momentul în care subiectul se resimte și se afirmă ca personaj dintr-un scenariu narativ aparte, aberant, în care crede și cu care se identifică; plasându-se într-o altă lume, fictivă, diferită de cea ambientală. Dacă autoevaluarea pozitivă e o caracteristică specifică pentru delirul congruent maniacal ce se dezvoltă pe fondul dezinhibiției expansive, se cere subliniat că ideația 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 pretinde și celorlalți); iar psihopatologii fenomenologi (e.g. Parnas, în scala EASE ) au subliniat că idei de grandiozitate solipsistă pot apare și în fantazările unor persoane cu depersonalizare autistă, ce evoluează în direcția schizofreniei. Autoevaluarea pozitivă sau negativă e un model structural al psihismului identitar centrat de sinele său intențional și reflexiv, resimțită fiind cu o evidență nemijlocită; și aceasta chiar dacă ea e intim intricată cu trăirile dispoziționale; iar în viața curentă auto-evaluarea e susținută de semnificația unor evenimente trăite și de argumente.

Chenar 64

#### Delir de grandiozitate maniacală

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 ce-și va dori pentru serviciile pe care le face omenirii. În perioada delirantă prezintă buna dispoziție și o deschidere spre sociabilitate dar nu tahipsihice 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..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.

Deseori, maniacalul delirant, încrezător în forțele și capacitățile sale, se transpune imaginativ 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; iar 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 și 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 transactual, posibil în viitor, lucruri excepționale, pe o scenă transsituațională. Această plasare excentrică față de circumstanțialitate, 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 subiectul își asumă o nouă condiție identitară, într-o lume diferită de cea cutumieră. „Lume delirantă” care este solidară cu narativitatea culturală a miturilor, legendelor, epopelor, dramelor, romanelor; și în care pot ființa personaje importante ale societății contemporane sau ale istoriei, eroi 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 ce se impune e că 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 și autodevalorizare, se repliază pe sine, pe propriul trecut vinovat, detașându-se de alții. El se simte lipsit de valoare și calitate, un om care nu mai merită să trăiască, care așteaptă, dorește sau chiar își provoacă moartea. Autoizolarea în care se transpune depresivul delirant rupe ea însăși 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, atât a funcționării organelor cât și a însăși existenței personale ( e.g:”eu sunt mort de mult...eu sunt condamnat la viață eternă, în chinuri, etc.”). Un aspect relațional indirect s-ar putea accepta pentru delirul de vinovăție din depresie. Dar acesta e de obicei abstract, nefocalizat. Pacientul se consideră cel mai vinovat om din lume, responsabil pentru tragedia întregii omeniri. Implicarea altora – tot indirectă - 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 maniacoal de grandiozitate însă, 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 poate considera 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 – subiectul concepe integrarea sa într-o instanță specială, alături de alte personalități sau personaje importante : președinți de stat, șefi de organizație, politicieni, personalități 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 într-o realitate fictivă. Un aspect aparte îl reprezintă delirul maniacal cu tematică 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. Iar această apropiere poate evolua până la intimitatea unei interpătrunderi transpersonalizante, subiectul resimțind că ființele divine îi împrumută vocea pentru a se adresa oamenilor.

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 mijlocul universului relațional uman, desfășurat între zona intimă și cea publică, subiectul resimțindu-se ”în centrul atenției celorlalți”. Suspiciunea și convingerea paranoidă, a unei atitudini ostile, se poate referi la persoanele familiale, la vecini, la colegi. Dar și la cele oficiale; sau la instituțiile cu care subiectul vine în contact, la 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 sentimentul supravegherii, urmăririi, 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, de transparență influență și halucinații auditive comentative. Astfel de probleme presupun însă mutarea fermă în zona orbitei psihotiforme.

## Anexa la Capitolul 6

### **Procesualitatea ciclurilor vieții și a proiectelor ca fundal pentru 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, extrăgând subiectul din participarea sa la viața cotidiană. Faptul constă, în principiu, din instalarea, din 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 probabil studii mai ample, pentru a se cunoaște în amănunțime structurile psihocerebrale și endocrine ce sunt implicate în funcționarea acestei infrastructuri de periodicități și ciclicități. Dar dincolo de clarificările de la nivel endocrin și nervos, se cere avut în vedere și fundalul firesc al procesualității bio-psihologice și psiho-antropologice normale ale existenței globale a unui individ uman, în care acestea se înscriu.

Viața psihică personală a fiecărei persoane se derulează prin succesiunea unor proiecte și preocupări, susținute deseori evident de stări dispoziționale specifice, în cadrul ciclurilor succesive ale vieții sale. Dacă în biologie unele cicluri se înscriu profund în structura funcționării vitale a indivizilor – așa cum sunt cele circadiene și sezoniere – la om această schemă funcționează desigur remodelată. Iar în perspectivă psiho sociologică, proiectele și preocupările indivizilor urmează și programe socio culturale, implicând rețelele sale sociale; marcate și acestea de metamorfoze procesuale ciclice – e.g. ciclul familial.

Viața indivizilor biologici e structurată prin manifestări ireversibile în timp: 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 - precum și metamorfozele de până la vârsta aproximativă a morții și bioritmicitatea de fond a organismului, sunt programate genetic în specificul succesiunii lor. 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, ce alternează cu migrarea unor specii în perspectiva multiplicării; 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 au ritmat, până

relativ recent, o alternanță existențial comportamentală sezonieră a întregii societăți).

La om intervine 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, lunare și săptămânale, fiind marcată de vacanțe și concedii. Iar sărbătorile, în esența lor religioase dar și civile – statale, de breaslă, ale ciclurilor familiei și personale - joacă un rol semnificativ în întreținerea și exersarea comportamentelor fondate dispozițional; inclusiv a celor cu explicită manifestare afectivă. În această direcție exemplară ar fi dispoziția euforică (de tip hipoman) din perioada sărbătorilor dezinhibate de tip carnavalesc; deși, sunt și faze ale sărbătorilor religioase care prescriu un comportament sobru și ritualic.

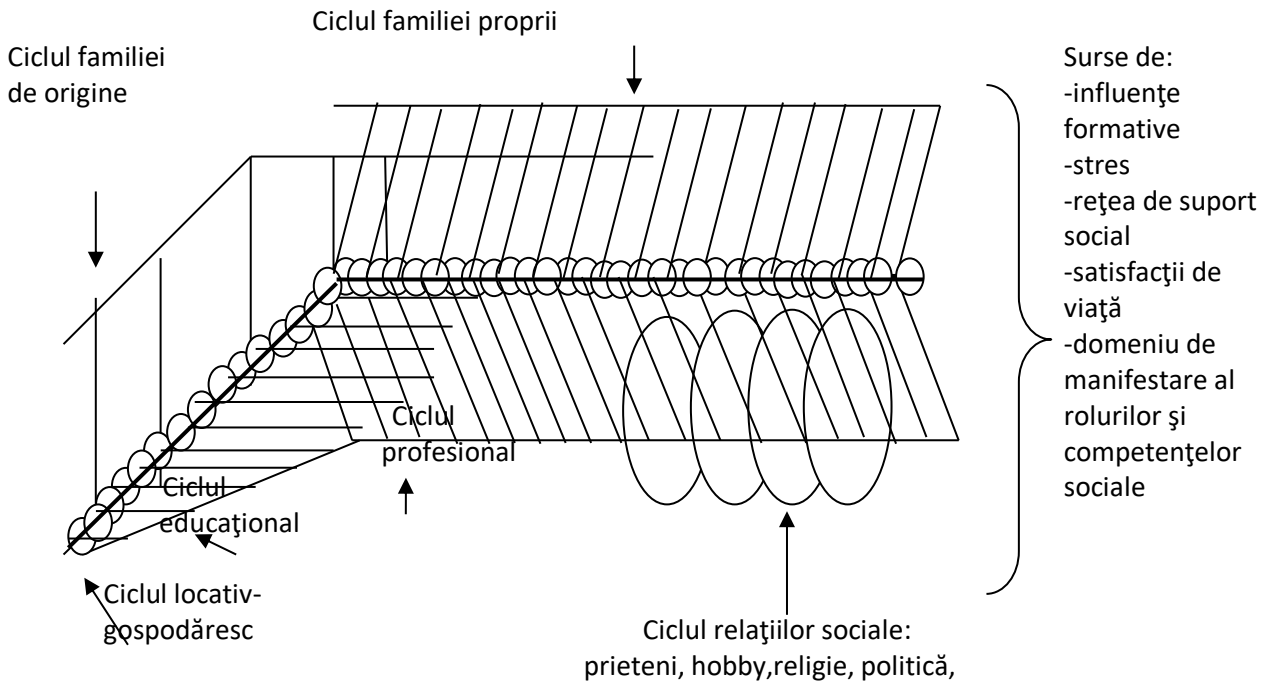
Trecând la perspectiva existențială a individului uman, aceasta nu poate fi despărțită - ca de o condiție de posibilitate - de procesualitatea dezvoltării ontogenetice a corpului și creierului, condiționată genetic. Pe parcursul acesteia se activează, într-o anumită succesiune, disponibilitatea de achiziție a unor funcții specific umane; ce susțin ulterior relaționările interpersonale și angrenarea sa în proiecte și preocupări, în mijlocul rețelelor sociale; și în cadrele instituționalizate ale socio-culturii. El participă astfel la cicluri psiho-sociale ce-i sunt supraordonate , care îl absorb în dinamismul lor. Așa sunt cele ale vieții familiale, educative, profesionale, locativ cetățenești etc. Cicluri constituite din episoade cu început și sfârșit, de diverse durate, care sunt întrețesute; și în cadrul cărora subiectul cooperează cu persoanele din rețelele sociale apropiate, își formează și afirmă competențe, se exprimă și se realizează. În cadrul acestora, el poate resimți din partea celor apropiați solicitări stresante și evenimente negative; dar și suport afectiv și instrumental. Prin participarea la cicluri interpersonale, subiectul e în permanență integrat în fluxul unor procesualități psihosociale, ce-l mobilizează.

Relaționările interpersonale induc de asemenea în subiect un dinamism propriu, ele desfășurându-se tot după o procesualitate ciclică: prin apropierea sufletească de alți oameni, atingerea intimității, bucuriile dragostei, suferința despărțirii. Începuturile și sfârșiturile acestor cicluri reprezintă perioade aparte, uneori bulversante, ale vieții personale. Iar despărțirea de.....sau moartea.. cuiva apropiat, reprezintă un eveniment de viață major. După cum, orice schimbare importantă în ciclurile relaționărilor apropiate, se poate constitui ca un eveniment de viață stresant

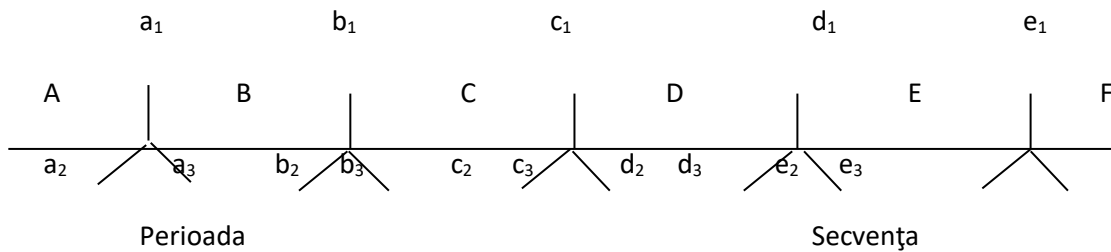


Chenar 65

**Ciclurile vieții în perspective rețelelor sociale a persoanelor proximale**



**Perioade standard posibile ale ciclului unei familii monogame**



- A=curtarea (prietenia) → a<sub>1</sub>= căsătorie/a<sub>2</sub>=concubinaj/a<sub>3</sub>=eșec
- B=planificarea unui copil → b<sub>1</sub>=nașterea/b<sub>2</sub>=adoptiunea/b<sub>3</sub>=avort, moartea copilului
- C=dizarmonie familial → c<sub>1</sub>=împăcare/c<sub>2</sub>=despărțire/c<sub>3</sub>=divorț
- D=boala partenerului → d<sub>1</sub>=vindecare/d<sub>2</sub>=defect/d<sub>3</sub>=deces
- E=inițierea unei noi legături → e<sub>1</sub>=recăsătorie/e<sub>2</sub>=concubinaj/e<sub>3</sub>=eșec
- F=armonie, înțelegere și alte variante

Dacă s-ar cere acum aproximarea unei unități de bază pentru dinamismul specific al parcursului de viață personal a unui subiect, aceasta nu ar putea fi imaginat altfel decât prin modelul realizării unui proiect; ce se desfășoară între începutul și sfârșitul său, pe fundalul prezenței persoanei în situații actuale succesive, în mijlocul țesăturii de preocupări și proiecte personale paralele; ce se degajă dincolo de fundalul duratei sale biografico identitare din care provin și în care se reîntorc, în mijlocul rețelelor sociale și a instituțiilor culturii în care el există.

Un proiect – incluzând o eventuală preocupare specială - e instituit de către sinele intențional și reflexiv al subiectului, emergând din fundalul său identitar biografico caracterial; el întâlnește apoi lumea, desfășurându-se prin coordonate ce vizează un obiectiv. Proiectul e susținut pe tot acest parcurs de un „câmp” coeziv; și se manifestă prin intermediul unui prezent situațional mobil, dar specific, integrat în respectivul „câmp al proiectului”. Actualitatea trăită, chiar dacă poate fi aproximată prin apel la o „apercepție” sui generis, trimite inevitabil constant la o structură schematică a proiectelor realizatoare. Structură ce poate fi, desigur, doar aproximată și modelată abstract, orice subiect fiind angrenat concomitent în multiple proiecte cu diverse dimensiuni și obiective.

Deschiderea subiectului spre situațiile lumii e consubstanțială unei anumite poziționări atitudinale, afectiv comportamentală și problematică, ce schițează de la început liniile de forță ale unui anumit câmp de proiectare; activând o stare dispozițională împreună cu un grupaj specific de modalități de raportare. Poate fi vorba predominant de o acțiune realizatoare, de o confruntare sau de o relaționare de un anumit tip, de participarea la un comportament social profesional sau de rezolvarea unei probleme intelectuale etc. Iar odată cu intrarea în joc a procesualității proiectului - a implementării scenariului, a etapelor de rezolvare a problemelor etc. - montarea dispozițională specifică, centrată de obiectiv și axată de scenariul imaginat, se menține; ea întreținând „câmpul”, „atmosfera”, „liniile de forță”, mediul informațional și problematic în care și prin care proiectul se desfășoară până la final. Persistența o perioadă mai prelungită de timp a unei anumite stări dispoziționale afectiv comportamentale, presupune o modalitate ce ar putea fi comparată cu cea a „plasării pe o orbită”- ce susține menținerea derulării proiectului într-un anumit program de funcționare cu minim efort. (Comparația se poate folosi și pentru condiția unor stări psihopatologice, cum ar fi episoadele maniacale sau depresive). Odată cu finalul proiectului, uneori câte o dispoziție afectivă poate trece temporar 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 ce îl însoțesc în calitate de mediu organizant. Pe fundalul procesualității existenței personale, a

ciclurilor, etapelor și perioadelor de viață – ce se definesc la intersecția dintre intenționalitățile subiectului și parametrii periodicităților culturale în care el există – pulsivitatea proiectelor indică o ciclicitate aparte. Dar dacă parametrii specifici de realizare a proiectului țin predominant de specificul antropologic al psihismului – prin limbaj, funcțiile executive, cogniție socială –, nivelul dispozițional este până la un punct comun cu cel al psihismului biologic, implicând o dimensiune afectiv pulsională, temperamentală.

Stările dispoziționale anxios fobice, iritabil explozive, depresive, expansiv dezinhibate și euforice, ocupă o bună parte a parcursului existențial al persoanei. Iar datorită cuprinderii lor în procesualitatea existențială comentată mai sus, pare inevitabil ca disfuncțiile dispoziționale ce exprimă cadrul formal bazal al manifestărilor externalizate sau internalizate (adică mania și depresia), să tindă spre o manifestare periodică, ciclică; așa cum se constată de fapt și în clinica psihiatrică; ele întrețesându-se intim însă cu resimțirea și evaluarea identitară; ce e implicată efectiv în orice proiect și orice preocupare. Mai mult chiar, aceasta poate trece în prim plan, așa cum se evidențiază odată cu scenariile delirante. Inclusiv cu cele ce însoțesc mania și depresia.