

MIRCEA LAZARESCU

PSIHOPATOLOGIA EVOLUȚIONIST
CULTURALĂ
ȘI DELIRUL

IANUARIE 2018

CUPRINS

INTRODUCERE

- I. PSIHOPATOLOGIA EVOLUTIONIST CULTURALA SI PSIHOPATOLOGIA
- II. SENTIMENTUL DE A FI PRIVIT SI RUSINEA; SITUATII SI PERSONALITATI ANORMALE
- III. DIMENSIUNEA CORPORALA SI CEA RELATIONALA A PERSOANEI, PREOCUPARI ANXIOS FOBICE SI OBSESIV PREVALENTE
- IV. SAMANISM, TRANSA HIPNOTICA SI HYSTERIA
- V. PATOLOGIA ANXIETATII SI FRICII OMENESTI; DEPRESIA SI DISPOZITIILE AFECTIVE
- VI. STAREA MANIACALA, DISPOZITIA PENTRU ACTIUNI REALIZATOARE SI PENTRU SARBATORI
- VII. OBSESIA SI CHINUL LUCID AL TENTATIEI SPRE ACTIUNE
- VIII. DELIRUL SAU METAMORFOZA SUBIECTULUI IN PERSONAJ ABERANT
- IX. PERCEPTIA AMBIANTEI SI AUTOPERCEPTIA; HALUCINATIILE SI SEMNIFICATIILE ANORMALE
- X. DEDUBLARE PSIHICA, AUTONOMIE, IDENTITATE, DEPERSONALIZARE, TRANSPARENȚA/INFLUENȚA, TRANSPERSONALIZARE
- XI. FRAGMENTAREA SI DEZORGANIZAREA SCHIZMORFA ALATURI DE DEPERSONALIZAREA ANONIMIZANTA
- XII. TULBURARILE DE PERSONALITATE SI DELIRUL : TESTAREA REALITATII SI ORBITA PSIHOTIFORMA

ANEXA I COMPENDIUM DE CONCEPTE SI DOCTRINE PSIHOLOGICE

ANEXA II TULBURAREA MENTALA SI CLINICA PSIHIATRICA

ANEXA III PSIHISMUL PERSOANEI CONSTIENȚE

INTRODUCERE

Psihopatologia, care sprijină practica medicală a psihiatriei în diagnosticarea și tratarea tulburărilor psihice, are nevoie de un referențial în normalitatea psihică. Ea nu se poate lăsa constrânsă de parametrii metodologici a câte unei doctrine psihologice determinate, așa cum ar fi cognitivismul, fenomenologia sau psihanaliza. O psihologie generică a individului uman normal, care să funcționeze ca referențial pentru psihopatologie, ar trebui să cuprindă într-o structură coerentă toate acele dimensiuni de la care pornind, ar deriva stări deficitare disfuncționale precum delirul, episodul maniacal, obsesionalitatea, depersonalizarea etc. De aceea psihopatologia se instituie și ca o provocare pentru psihologie. În prezent, în această direcție a jalonării structurilor de bază ale psihismului persoanei umane, pare angajată și psihologia evoluționist culturală.

În antichitate, când au fost descris hysteria, mania și melancholia, lumea științifică făcea trimitere la echilibrul între cele patru umori: sângele, pituita, bila galbenă și cea neagră. Cel puțin melancholia căpăta astfel o interpretare comprehensibilă. În sec.XIX când s-a constituit semiologia tulburărilor psihice, s-a făcut referință la concepția scoțiană a facultăților psihice: intelectuală, volitivă, afectivă. Configurația funcțiilor psihice ale acestor facultăți s-a păstrat apoi, în fundalul tuturor abordărilor psihologice ulterioare. La începutul sec.XX psihologii au manifestat un oareșcare interes pentru noțiunea de sine, eu, persoană; dar doctrinele psihologiei științifice de laborator din acea vreme, comportamentalismul și configuraționismul, nu au operat comod cu ele. Psihanaliza, ce a fost dominantă în acest veac, a propus unele interpretări hermeneutice, sprijinind dezvoltarea unei psihologii interpersonale și a uneia developmentale, astfel încât în conjuncție cu etologia a dat naștere teoriei atașamentului. Importantele progrese în cunoașterea pe care le-a adus psihologia cognitivă recentă, bazată pe modele de prelucrare a

informației și pe neuroștiințe, pretinde însă și ea un cadru general de referință a psihismului specific uman care să le integreze.

De un astfel de cadru are nevoie în orice caz, psihopatologia clinică. Când Organizația Mondială a Sănătății – OMS – a realizat în anii 70 ai secolului trecut un studiu internațional asupra schizofreniei, concluzia a fost că e vorba de o tulburare la nivelul umanității, de vreme ce ea afectează similar populația din toate zonele Terei. Fapt ce presupune o structură comună, de fond, a psihismului. Tot către sfârșitul secolului trecut au apărut și primele ipoteze de psihiatrie evoluționistă, așa e cea a lui Crow și a lui Burns privitoare la faptul că vulnerabilitatea psihocerebrală pentru schizofrenie s-ar datora saltului evolutiv relativ brusc a creierului uman, produs în urma cu aprox.150.000 ani într-o perioadă în care s-au dezvoltat accelerat limbajul articulat și creierul social. Psihologia și psihopatologia evoluționistă s-au dezvoltat practic după anul 2000. Înainte de aceasta, s-a realizat însă o relativă sinteză doctrinară odată cu proiectul psihologiei și psihopatologiei developmentale și a ciclurilor vieții. Aceasta are ca obiectiv studierea longitudinală a tuturor parametrilor ce contribuie la dezvoltarea normală și anormală, la vulnerabilizarea și reziliența psihismului individual, între naștere și moarte, pe baza unor date obținute prin orice metodologie credibilă. Proiectul ridică importante dificultăți metodologice datorită duratei îndelungate de observare și a multitudinii de dimensiuni ce se cer avute în vedere. Dar, în cadrul său, psihismul individului uman e privit unitar, dincolo de perspectiva doctrinelor curente.

Interesul psihopatologiei pentru o psihologie evoluționistă se corelează și cu o concepție neuropsihopatologică ce a fost lansată încă din sec.XIX, de pe vremea primului ecou al lucrărilor lui Darwin. Neurologul britanic Jackson a comentat pe atunci că prin evoluție, creierul girează activități ale unor funcții tot mai complexe. Funcțiile noi, mai fragile le integrează și le controlează pe cele mai vechi, susținute de structuri cerebrale mai rezistente; dar mai rigide și stereotipe. Simptomatologia stărilor neuropsihopatologice ar rezulta din deficiența sau absența funcțiilor mai noi,

mai sensibile la noxe; și manifestarea necontrolată și rigidă a funcțiilor mai vechi, ce sunt mai rezistente. Ribot a corelat, pentru psihologie, această interpretare cu concepția lui Claude Bernard a bolii ca „experiment natural”, care scoate în evidență aspecte ce în normalitate sunt acoperite sau integrate prin funcții de sinteză. Exponentul acestei doctrine în psihopatologia secolului XX a fost psihiatrul francez Ey; care, însă, la mijlocul sec.XX nu avea la dispoziție cunoștințe și concepții privitoare la o posibilă psihologie evoluționistă.

Psihologia evoluționistă s-a dezvoltat în cadrul neodarwinismului, stimulat de progresele geneticii în a doua jumătate a sec.XX. S-a acordat atenție faptului că evoluția biologică se realizează de la un moment dat nu atât selecționând organe corporale performante, cât comportamente adaptative ce se sprijină pe funcționarea unor rețele neuronale din creier. Progresul teleencefalizării, început la mamifere, capătă o pondere crescută pe linia simienilor ce se orientează spre antropogeneză. „Organele funcționale” ale comportamentelor adaptative, bazate pe rețele neuronale ce modelează tot mai complex realitatea, se transmit transgenerațional ca moduli, susținuți de genele ce girează dezvoltarea encefalului. Se ajunge astfel, prin evoluție, la specia homo. Apoi, la homo sapiens cu limbajul său narativ; și, în sfârșit, la omul sedentar al culturilor agricole, a scrisului și istoriei. Multiple modele comportamentale adaptative răzbat pe parcursul acestei evoluții din biologie spre om. Dar psihismul individului uman se reorganizează după noi exigențe. Odată cu ambianța limbajului narativ, schema autoreproducerii expandante se va muta, tot mai evident la omul civilizațiilor agricole, dinspre genele biologice spre structuri culturale supraindividuale. Evoluția depășește morfologia creierului; și pentru a se continua, se fixează în „meme” socio culturale, (după formularea lui Dawkins). Iar psihismul persoanei conștiente se va dimensiona după parametrii logosului socio-cultural, organizat în practici teoretice în colectivitățile istorice.

Psihologia cognitivă, ce s-a articulat în ultima perioadă cu neofenomenologia și și-a verificat ipotezele prin psihologia dezvoltată, se

conjugă fructuos și cu menționata perspectivă a psihologiei evoluționiste. Se poate avea în vedere că tendința manifestată la vertebrate odată cu teleencefalizarea - ca problemele să fie rezolvate de individ prin operare pe modele probabiliste ale realității date -, se amplifică enorm odată cu instanța metareprezentatională pe care o face posibilă limbajul narativ. Apoi, producția de unelte va favoriza dezvoltarea la specia homo a unui set de „funcții neurocognitive executive”, care susțin elaborarea și executarea unor acțiuni cu scop, centrată de un model-țintă și susținută de informațiile inverse. Următorul aspect nou și important îl reprezintă ampla dezvoltare la om a cogniției sociale, astfel încât encefalul va conține și un „creier social”. Faptul e favorizat atât de modul K de transmitere genetică (adică copii puțini cu mult investment parental) cât și de nașterea prematură a copilului uman, datorită nedezvoltării bazinului femeii bipede în același ritm cu creșterea encefalului și capului fătului. În lunga perioadă de maturizare extrauterină, multiplele interacțiuni interpersonale nemijlocite permit dezvoltarea la copil a creierului social. Una din funcțiile importante ale acestuia este cunoașterea directă, intuitivă, a intențiilor și opiniilor celuilalt, perceput situațional (capacitatea mentalizării). Limbajul narativ introduce apoi referința la entități supra-naturale fictive, de la zei și mituri ale originii, la instanțe sociale și bani. Narativitatea va impregna interacțiunea dintre indivizi, caracterizarea altora ca personaje și autoreprezentarea în relatări despre sine. Structura vieții sociale a oamenilor urbanizați va impune conformarea comportamentelor la normativitatea practicilor instituționalizate prin diferențierea între o zonă privată și una publică. Psihismul persoanei umane se dezvoltă astfel încât să se configureze acestui context socio cultural.

Revenind la ideea experimentului natural pe care-l introduce tulburarea mentală, s-ar putea vedea în principalele sindroame psihopatologice manifestarea deficitar distorsionată a unor funcții – a unor mecanisme sau structuri funcționale – ce au fost selecționate evolutiv pentru că s-au dovedit utile, adaptative, în raport cu problemele și situațiile cu care omul s-a confruntat de-a lungul antropogenezei și

istoriei culturale; și pe care continuă să le întâlnească în viața de zi cu zi. În condiția lor psihopatologică, astfel de funcții ajung să se manifeste deficitar, rigid, distorsionat, fără articularea firească cu elementele situațiilor ambientale pentru care au fost selecționate. Ele se autonomizează, monopolizează dezadaptativ psihismul persoanei, decontextualizându-l. Așa ar putea fi interpretată anxietatea generalizată patologică în raport cu alerta anxioasă adaptativă; apoi sindromul de instabilitate și deficiență a atenției și memoriei (ADHD) a copilului, în raport cu investigația adaptativă a ambianței. Și la fel, retragerea inhibată depresivă, autodepreciativă și cu idei suicidare, în raport cu sumisiunea inhibată din biologie și retragerea pentru refacerea energetică, afectivă și proiectivă a omului epuizat, ajuns în condiția de eșec etc.

Înaintând mai adânc în fenomenologia psihopatologică, ajungem însă în teritorii în care articularea cu psihismul biogenic e mai puțin evidentă. Dar întrebările nu se pot opri. Oare cum e dimensionat și constituit psihismul persoanei conștiente pentru a face posibil, în stările deficitare ale psihopatologiei, fenomene precum delirul, obsesia, depersonalizarea.

Delirul e unul din principalele moduri de manifestare a „nebuniei”. El constă dintr-o convingere aberantă a subiectului privitor la propria sa identitate și condiție. Convingere ce nu poate fi modificată prin nici un argument; și care îl izolează de comunitate. Pe la sfârșitul sec.XIX azilele din Europa erau pline cu pacienți care se credeau Napoleon. Deși în antichitate nu s-a impus un termen medical în această direcție, documentele privitoare la maniaci și melancolic abundă de idei anormale, fie ele de capacități și identități extraordinare fie de vinovăție, autodepreciere și culpă. La începutul modernității Europei una din cele mai răspândite opere literare a fost romanul Don Quijote a lui Cervantes, care descrie peripețiile nobilei de țara Quijana ce e convins că s-a transformat identitar într-un cavaler rătăcitor. El percepe realitatea și e însuflețit în acțiuni de idealurile acestuia. Iar filosoful René Descartes invoca și el ideea delirantă în argumentarea

îndoielii metodice, pe care o prezintă în „Meditații asupra filosofiei prime” (1640), scriind:

„Și în ce fel s-ar putea tăgădui că mâinile acestea și întreg corpul de față sunt ale mele. Doar dacă, poate, m-aș asemui cu nu știu ce nebuni, ale căror creere sunt atât de tulburate de aerul apăsător al fierei cele negre, încât ei afirmă neconștient că sunt regi, când de fapt sunt cât se poate de săraci, fie că sunt înveștmântați tot în purpură când de fapt sunt goi, fie că au capul din argilă, că toată ființa lor e un dovleac, ori că sunt alcătuiți din sticlă, dar aceștia sunt scrântiți, iar eu însumi nu aș părea mai puțin nebun dacă aș lua vreo pildă de la ei”.

Am mai putea aminti cazul juristului Schreiber, care la începutul sec.XX a publicat o carte privitoare la tulburarea sa mentală; carte ce a fost folosită de Freud pentru propria sa teorie privitoare la paranoia. Schreiber era convins că Dumnezeu l-a fabricat personal ca pe un subiect special și că e pe cale să îl transforme în femeie; iar mii de suflete omenești se interesează de el și îl contactează prin raze divine.

Tematica delirului poate viza, ca în exemplele de mai sus, originea subiectului, identitatea și statutul său social, condiția sa corporală; dar se poate extinde în foarte multe arii identitar relaționale. Corpul poate fi evaluat de către delirant ca deosebit de urât și diform, afectat de boli incurabile; relațional subiectul se poate simți mereu privit batjocoritor, urmărit, înșelat, persecutat dar și admirat. Când privește autoconsiderarea, delirantul se poate simți hipercapabil, mare descoperitor, om bogat, trimisul lui Dumnezeu pe pământ; sau incapabil, vinovat excesiv, inexistent chiar. În toate cazurile subiectul trăiește însă o identitate specială, de personaj angrenat într-un scenariu aberant. Odată cu noua sa identitate de personaj, delirantul se proiectează într-o lume aparte, cvasificțională, alături de alte personaje și entități speciale, eroi ai vieții publice sau istoriei, ființe supranaturale. Lume delirantă care-l absoarbe, decontextualizându-l.

Persoana umană delirantă nu poate fi imaginată în psihologia animală. Ea presupune că noua stare identitară de personaj să fie proiectată într-un scenariu

fictiv, pe care subiectul îl centrează prin rolul său particular. Ori, astfel de scenarii devin posibile doar prin potențialul narativ al limbajului uman.

Condiția de personaj ce joacă un rol anume într-un scenariu conflictual ne este tuturor familiară prin spectacolele teatrale. Dar astfel de scenarii se pot derula și în imaginația oricui, avându-se pe sine ca personaj central. Apoi, visul nocturn are aceeași structură. Se cere însă revenit la viața cotidiană, pe care sociologia modernă de după Pearson o înțelege prin statute și roluri sociale definite în cadrul unei culturi, pe care subiecții concreți ce se nasc și mor le preiau și le joacă cu naturalețe în viața lor practică. Așa sunt rolurile sexului și vârstelor, rolul de copil, puber, adolescent, adult responsabil, soț, părinte, văduv, bătrân etc. Și la fel rolurile profesionale, cele ale statutelor civice în ierarhia practicilor sociale (simplu cetățean, om politic, conducător, reprezentant al cultului religios etc.). În sfârșit, nenumăratele roluri circumstanțiale, cum ar fi cel de om bolnav, înșelat, învins, învingător, persecutat, aflat în condiția de doliu sau de petrecere sărbătorească.

O astfel de înțelegere a persoanei ce cuprinde dimensiunea sa de personaj implicat în scenarii relaționale, se conturează mai ales atunci când ne reamintim și relatăm episoade din viață. Evocarea narativă constă însă din reluări a unor evenimente ce au fost trăite în actualitatea lor, în cadrul cărora subiectul s-a confruntat cu situații problematice. Acestea necesită de obicei o rezolvare prin acțiuni eficiente. Dar uneori situațiile problematice au nevoie de clarificări, așa cum ar fi atunci când se anunță eventualitatea unei boli, a faptului de a fi disprețuit, înșelat, persecutat etc. Clarificarea unui astfel de scenariu dramatic poate conduce la convingeri puternice, ce pot fi uneori și aberante, ca în cazul poveștii lui Othello.

În rezumat se cere avut în vedere că, condiția delirantă de personaj ce joacă un rol e intrinsecă psihismului persoanei umane. Iar scenariile astfel trăite pot fi ulterior reamintite și relatate; după cum altele, paralele, pot fi imaginate. Delirul poate fi considerat ca instalare deficitară a unei convingeri sau certitudini identitare relaționale aberante, care extrage persoana din viața cotidiană comunitară, mutându-o într-o lume derealistă și alienând-o psihopatologic.

Cadrul general al unei psihologii antropologice ar trebui să includă dimensiunea manifestării continui adaptative, a subiectului ca personaj.

O altă întrebare pentru psihismul persoanei conștiente, o ridică un sindrom aparent banal ce are evident un corespondent în normalitate, depresia. Varianta sa patologică a fost identificată încă din antichitate ca melancolie, caracterizată printr-o retragere inhibată cu ideăție de autodeprecieri și vinovăție. Provocarea e acum la nivelul contactului cu lumea ambientală mai ales în varianta inhibat stuporoasă. Aristotel, care a lansat în aceeași perioadă în care melancholia fusese identificată de medicina hipocratică, primul model teoretic al psihismului, susținea că informațiile lumii exterioare, receptate de sensibilitatea corporală prin cele cinci simțuri, circulă sub forma simțului comun până într-un centru; unde, la om funcția intelectuală – nous-ul – le compară cu datele din memoria și imaginație pentru a constitui gândul, judecata omenească despre lume. Dar obținerea informațiilor din lumea exterioară se realizează într-un prezent dat. Ori, depresivul inhibat și lipsit de speranțe, se retrage nu doar din proiectele de viitor, ci și din prezent. Pe el nu-l mai atrage și interesează nimic, nu e atent și nu răspunde la întrebări, se repliază pe propriul trecut, simțindu-se vinovat. Această „neprezență” la prezent, la evenimentul situațional actual în care subiectul e de obicei cuprins, contrastează cu aparenta acutizare a prezentului pe care o manifestă pacienții aflați în starea maniacală, opusă dispozițional depresiei. Maniacul expansiv și nu arareori agitat, e hipervigil și atent chiar la mici detalii ale ambianței; dar fragmentar și împrăștiat. Căci tahipsihia sa îl face să sară de la o sesizare perceptivă la o amintire, la afirmarea unui proiect sau la un comportament dezinhibat. Pe maniac, trecutul nu-l interesează; iar viitorul îi apare deschis tuturor posibilităților, ușor de atins, dată fiind autoevaluarea sa megalomană. De aceea, nici raportarea maniacalului la prezent, la situația prezentă, la actualitatea ambientală și evenimentțială nu e bine structurată. Prezentul trăit are nevoie de o echilibrată ancorare în trecut și de o deschidere rezonabilă spre viitor prin proiecte și preocupări, ce implică contactul nemijlocit actual, bine controlat cu ambianța.

S-a ridicat problema: cum ar putea fi caracterizat prezentul trăit? Ca răspuns, s-ar putea pleca de la sugestia lui Janet ca prin prezentul personal să se înțeleagă acel interval de timp în care subiectul realizează o acțiune eficientă ce poate fi ulterior relatată și evaluată. Formularea atrage atenția în primul rând asupra unei durate și structuri interne a prezentului. Iar în doilea rând, asupra circumscrierii sale prin logos. În cadrul unui prezent personal un om poate rezolva un conflict, poate modela o statueta din plastilină, poate transmite un mesaj sau consulta un bolnav, dacă e medic. El își exercită astfel o serie de abilități într-o succesiune ce conduce spre un obiectiv, și tot timpul controlează derularea acțiunii și evaluează progresia sa spre țel. Cu alte cuvinte, apelează la funcțiile neurocognitive executive. Iar odată atins obiectivul, episodul implicării sale active în situație încheindu-se, acesta se înscrie în memoria biografică, de unde poate fi reamintit cu diverse decizii actuale. Identitatea biografică a persoanei este toposul de sinteză a experiențelor evenimentțiale trăite de către subiect, integrate în unitatea duratei personale ce stă în spatele raportărilor actuale active. În stări psihopatologice ca depresia sau mania, această structură psihică a prezenței eficiente a persoanei la lume prin intermediul situațiilor problematice, sprijinită în fundal de durata identitară a persoanei, e distorsionată.

De fapt însă, structura temporală a psihismului, e mai complexă decât schema menționată mai sus. Între fundalul duratei biografice și trăirea nemijlocită a prezentului, se eșalonează pentru subiect linii temporale suprapuse și intersectate, care susțin diversele proiecte în care el e angajat; precum și, variatele sale preocupări de clarificare identitar relațională. Apoi, subiectul trebuie să-și sincronizeze prezentul său trăit în acord cu cel al persoanelor cu care colaborează și de care e atașat; precum și cu ritmurile temporale ale macrosocietății, cuplate cu cele cosmice.

Stările psihopatologice ale depresiei și maniei care au fost invocate mai sus pentru exemplificarea structurii prezentului trăit, se cer privite apoi și din alte perspective. Ele sunt în esență dispoziții afective, la fel ca anxietatea și tensiunea

iritabilă, exprimând o deschidere orientată a subiectului spre lume, prin intermediul situațiilor. La fel se petrec lucrurile în multe alte stări de disponibilitate ale persoanei, așa cum ar fi cea pentru muncă și odihnă, pentru confruntare și sărbătoare, pentru reculegere sau contemplație. Psihismul persoanei umane nu poate fi conceput fără deschiderea și orientarea sa spre situațiile lumii sale umane, printr-un larg evantai de dispoziții atitudinale, de disponibilități.

Cadrul general al unei psihologii antropologice ar trebui să cuprindă și structura disponibilităților și dispozițiilor sale de raportare intențională la lume, împreună cu infrastructura temporo spațială pe care această raportare activă o instituie.

În sfârșit, un alt set de tulburări psihice, așa cum sunt stările de depersonalizare/derealizare, cele disociative, obsesive sau de transparență/influență, ridică la rândul lor întrebări asupra dimensiunilor specifice ale psihismului uman.

În depersonalizare subiectul se resimte străin de propriul sine identitar, detașat de trecutul, prezentul și viitorul său. Până și propriul corp îi apare ca nefiind al său, el aflându-se parcă în afara acestuia; iar uneori subiectul se uită la propriile mișcări pe care nu le recunoaște ca „ale sale”. Ambianța fizică și cea umană îi apar ca nefirești, nereale, „ca în vis”, „ca la teatru”. Astfel de trăiri anormale se corelează cu alte tulburări disociative ale conștiinței, în care subiectul resimte că și-a pierdut identitatea, care îi apare ca fiind înlocuită cu una străină; sau că se află sub coordonarea unor entități supranaturale, într-o stare de transă.

La un pol opus cu astfel de „tulburări disociative” se plasează patologia obsesiv compulsivă (TOC) în care subiectul trăiește gânduri și mișcări ce-i apar fără voia sa, îi parazitează psihismul, împotriva cărora se luptă. Ideea obsesivă poate consta în gândul de a face rău cuiva, în ideea că e contaminat de microbi și trebuie să se spele mereu, în aceea că lucrurile nu sunt așezate în ordine și se cer mereu ordonate; iar compulsiile constau în verificări, spălări, ordonări repetitive

ș.a.m.d. Deși, subiectul resimte că obsesiile izvorăsc din sine, că nu-i sunt impuse de o alteritate, el e în dezacord cu ele și se luptă împotriva lor.

Identitatea persoanei și autonomia agenției sale sunt deci, și ele, aspecte ce caracterizează psihismul uman normal, și care sunt perturbate în psihopatologie. Controlul asupra propriilor acțiuni e deficitar și în tulburările impulsive, în care subiectul se opune inițial unor comportamente excesive sau anormale; dar în final cedează și le execută. O alterare semnificativă a sentimentului de agenție se întâlnește apoi în sindromul de transparență/influență din delirul paranoid. Acum pacientul resimte că propriile gânduri sunt controlate și manipulate de alte instanțe exterioare, care-i pot impune și opinii sau comportamente. El are impresia că unele gânduri „nu sunt ale sale” ci impuse; că pronunță cuvinte și execută mișcări a căror autor efectiv i se pare a fi altcineva.

O psihologie care să servească psihopatologiei, trebuie să cuprindă deci, între parametrii de caracterizare a psihismului persoanei conștiente și pe acelea care permit să se comenteze posibilitatea sa de a deveni delirant, maniacal și depresiv, depersonalizat, obsesiv și cu fenomene de transparență/influență.

Încercarea de față a fost făcută cu acesrt obiectiv. Deși ea se adresează unui număr cât mai mare de persoane interesate de antropologie în general și de psihologia omului în special, lectura textului presupune anumite cunoștințe de psihopatologie; sau cel puțin deschiderea spre acest domeniu.

Precum și un mare interes pentru geneză și devenirea omului.

I.

PSIHOPATOLOGIA EVOLUȚIONIST CULTURALĂ

1. Psihopatologia ridică probleme psihologiei antropologice

Psihologii, în cercetările lor asidue, nu se opresc să studieze chiar toate fațetele trăirilor și manifestărilor umane. De exemplu, starea de bucurie sau veselia sărbătorească a beneficiat de minime studii sistematice. În schimb psihopatologii nu pot ignora sindromul maniacal, care prezintă pregnante asemănări cu aceasta. La fel e preocuparea oamenilor față de ordine și curățenie. Spălatul pe mâini, nu prezintă interes special pentru psihologi, apărând în zilele noastre ca și un comportament firesc. Psihopatologul are însă în față uneori oameni care se preocupă obsesiv, repetat și nevoluntar de ordine și curățenie, spălându-se aproape continuu pe mâini. Astfel că e obligat să acorde atenție acestei probleme și să-i caute semnificațiile profunde. Am mai putea menționa sentimentul identității cu sine al fiecăruia, care pare a fi ceva cu totul banal, trăit inconștient de-a lungul întregii vieți. Totuși, când cineva începe să se îndoiască de propria-i identitate, resimțind și afirmând că: „eu parcă nu mai sunt eu, nu mă mai recunosc în oglindă...parcă mă transform, devin altcineva”, atunci putem începe să ne gândim că în psihopatologie se perturbă deficitar câte o funcție psihică naturală și importantă, ce ar merita studiată. Și la fel, când un pacient ne mărturisește convingerea sa că alții s-au unit într-un complot împotriva sa, că „îi cunosc și manipulează gândurile de la distanță”, înțelegem că edificiul psihismului normal al persoanei conștiente se cere cunoscut de așa manieră, încât să putem urmări aspectele și dimensiunile sale anormale până la originea lor. De aceea, psihopatologia nu poate lipsi dintr-un proiect serios de cercetare a specificității psihismului uman, din programele de investigare ale unei antropologii generale.

Antropologia s-a dezvoltat în sec.XIX și XX ca un fel de știință a omului, abordat din diverse perspective, de la corporalitate la sociologie și cultură. La un

moment dat s-a vorbit chiar și despre o „antropologie filosofică”. Iar gânditorul român Mircea Eliade propunea ca o astfel de direcție de cercetare să includă și istoria religiilor. Deși proiectul antropologic a suferit o blocare temporară, s-ar putea ca el să fie reluat în sec.XXI, incluzând problematica genezei psihismului specific uman, de-a lungul antropogenezei și istoriei culturale; și neuitând de psihopatologie.

O astfel de perspectivă presupune și referințe la un corp unitar de cunoștințe privitoare la psihismul uman. În acest sens s-a și dezvoltat psihologia în cultura occidentală, începând cu Aristotel, dar inițial ca o ramură teoretică a filosofării, ce susține și argumentează desfășurarea cunoașterii și acțiunea morală. După ce psihologia a devenit, începând cu sec.XIX, o știința umană care s-a străduit să urmeze rigorile experimentului de laborator, ea a fost divizată în diverse arii de cercetare, susținute de doctrine specifice. Chiar în prezent, când dominantă e doctrina cognitivă, nu există un corp unitar minimal de cunoștințe care să contureze o „psihologie umană generală”. Psihopatologia ar avea nevoie de un astfel de proiect. O speranță în această direcție o reprezintă psihologia evoluționistă, dacă ea se va dezvolta și ținând cont de perspectiva omului cultural.

O provocare pe care psihopatologia o aduce în scenă, se referă la semnificația trăirilor umane normale. În urmă cu o sută de ani, psihiatrul și filosoful german K. Jaspers a comentat reacțiile comprehensive anormale; de exemplu, o stare depresivă, după o pierdere, care e deosebit de intensă și durează foarte mult, punând în pericol subiectul. Noi putem înțelege o astfel de tristețe aparte prin empatie, deoarece fiecare am fi reacționat similar în respectivele împrejurări; deși, probabil, nu anormal. În schimb alte manifestări psihopatologice, susține Jaspers, de ex. convingerea că alții ne manipulează și ne introduc gânduri în minte de la distanță, ar fi incompreensibile. Rămânând în acest cadru, dacă cineva ar fi întrebat pe vremea lui Jaspers : „de ce e omul trist când a pierdut o persoană de care era atașat”, răspunsul firesc ar fi fost: ”deoarece așa e natura umană”.

Dar în prezent psihologia evoluționistă nu se mai mulțumește cu un astfel de răspuns enigmatic. Ea ar susține că omul devine în aceste condiții depresiv deoarece această stare e un fapt adaptativ. Mai precis, fiecare om dispune de un diapazon variat de funcții (mecanisme sau structuri funcționale) adaptative, ce au fost selecționate filogenetic prin antropogeneză și istoria culturală, fiind actualizate și exersate de psihismul individului pe parcursul ontogenezei. În împrejurări de o anumită semnificație acestea intervin, aducând în scenă scheme comportamentale și de trăire care în situația respectivă sunt adaptative pentru individ și specie. Conduita depresiei ar face parte din astfel de mecanisme funcționale. La fel ca anxietatea prin care subiectul se pune în gardă în fața pericolelor presimțite; sau a geloziei, prin care e întâmpinată eventualitatea infidelității. În psihopatologie astfel de modele comportamentale s-ar actualiza însă deficitar, distorsionat, simplist, rigid, monopolizând psihismul și decontextualizându-l.

Un astfel de punct de vedere adoptă psihologia și psihopatologia evoluționistă culturală, care lărgeste mult cadrul comprehensibilității comportamentului uman.

2.Cazuistică

1) Ne putem imagina un ierbivor rătăcit de turmă, singur printr-un teritoriu plin de pericole potențiale. El se menține constant într-o stare de alertă hipervigilă, încordat, cu toate organele senzoriale și motorii puse în tensiune, pentru a discerne rapid orice pericol și a reacționa la el. La fel se petrec lucrurile cu un om ce nimerește singur într-o țară dușmană, a cărei limbă nu o cunoaște suficient.

Să urmărim în continuare un caz aparent banal. Un băiat de 10 ani, foarte atașat de mamă, aflându-se într-o țară străină cu părinții, merge împreună cu aceștia într-un supermarket; și uitându-se cu toții prin vitrine, el se rătăcește. Aflat în mijlocul aglomerației, băiatul își dă seama că nu cunoaște pe nimeni și nici limba, astfel încât intră într-o stare de neliniște anxioasă cu palpitații intense, tremurături și transpirații, începând să plângă. În final își reîntâlnește familia. Ajuns în țară, multă vreme evită să meargă singur mai departe de casă în locuri necunoscute sau aglomerate. Devine și mai atașat de mamă și de locuință.

În psihopatologia adultului se întâlnesc câteva tulburări care sunt etichetate în (DSM-5) ca agorafobie, atac de panică, anxietate de separare, care beneficiază de definiții operaționale; dar care comentează stări ce pot fi corelate cu situația invocată.

2. Stări de optimism, cu creșterea energiei, elevare a capacităților de relaționare, de performanță intelectuală și corporală, sunt trăiri pozitive, ce se instaurează uneori în faza finală, realizatoare a unei acțiuni, a cărui final cu succes se întrevide clar. În „bătălia pe ultimii metri” pentru obținerea unui rezultat pozitiv, forțele se dezinhibă, se dezlănțuie și se concentrează spre realizarea obiectivului. Pe de altă parte, tot o stare de relație afectivă cu dezinhibiție socială și

comportamentală se întâlnește în condiția sărbătorii de tip carnavalesc. Acum în prim plan e afirmarea unei sociabilități gregare, contaminante, care nu mai ține seama de conveniențe. Participanții devin predispuși spre veselie, jocuri, dans, chiar glume licențioase.

În psihopatologie se întâlnește, cu diverse intensități, un sindrom numit maniacal, caracterizat prin tahipsihie și dezinhibiție generalizată. Pacientul afirmă că se simte foarte bine, are nenumărate planuri dintre care unele fanteziste, se angajează în acțiuni riscante, e dezinhibat motor, vorbește mult sărind de la un subiect la altul, se manifestă hipersociabil gregar, uneori glumește, cântă și dansează fără motiv; părerea despre sine este excelentă, megalomania manifestându-se uneori cu idei aberante, delirante.

3) Gelozia e frecventă între soți. Iar uneori e perfect justificată. Ea are un sens adaptativ psihosocial, tinzând să mențină nucleul familiei; deci și a creșterii și educării echilibrate a copiilor. Observațiile au identificat comportamente de tipul geloziei și la primatele superioare. La om ea poate fi însă exagerată. Sunt persoane ce-și suspectează partenerul de infidelitate în cele mai banale ocazii, ajungând de-a dreptul să-l terorizeze. Și apoi sunt cazuri în care gelozia e aberantă : un soț își bănuiește soția că întreține relații sexuale cu toate notabilitățile orașului; un bătrân își acuză soția în vârstă că-l înșeală cu zeci de studenți ce trec zilnic prin fața casei, spre Universitate. Delirul de gelozie se poate însoți de unul paranoid, cu convingerea unui complot.

4. Un student, timid din fire, are de susținut examenul de licență, care implică și o probă practică, de rezolvare eficientă a unei probleme situaționale, ce presupune dexterități practice. Se pregătește intens, reprezentându-și în mod repetat momentul examenului. Devine preocupat de eventualitatea că s-ar putea ca atunci când e privit și examinat să se intimideze puternic, să rateze proba și să aibe de aceea un eșec, cu sancționare negativă din partea examinerilor. În final își amână prezentarea la examen.

În psihopatologie se descrie sindromul de anxietate (fobie) socială, ce se caracterizează prin evitarea manifestării în situații sociale în care subiectul poate fi observat cu atenție de alții și s-ar putea face de rușine, fiind apreciat negativ, criticat, deci pus într-o situație negativă. Situațiile sociale avute în vedere nu argumentează suficient o astfel de anxietate.

5. O adolescentă cu un aspect atractiv, căreia îi plăcea mult să se îngrijească petrecând ore în șir în fața oglinzii, suferă un accident însoțit de o arsură la nivelul feței, ce lasă o cicatrice urâtă. Din acest moment evită să mai participe la întâlniri publice și petreceri, având sentimentul că toată lumea întoarce capul să îi privească chipul deformat, compătîmind-o.

În psihopatologie se descrie tulburarea dismorfic corporală ce se caracterizează prin convingerea subiectului că are un aspect fizic urât, neatrăgător, în lipsa unor caracteristici de acest tip constatabile obiectiv de către alții. Pacienta își analizează mult aspectul fizic privindu-se des în oglindă, se îngrijește corporal excesiv apelând la cosmeticieni și la chirurgie estetică. Ideea dismorfă poate fi trăită obsesiv-fobic, ca idee supraevaluată și chiar absurdă, delirantă.

În cele cinci cazuri menționate mai sus s-ar putea spune că plecăm de la situații comprehensibile pe care chiar dacă psihopatologia actuală nu le invocă explicit nici nu pare dispusă să le refuze, deoarece simptomatologia le evocă. Dar cu această ocazie ni se relevă și particularități ale psihismului uman. Ele atrag atenția că acesta e caracterizat atât prin dimensiunea participării la sărbători cât și

prin cea a distincției dintre viața privată și cea publică, aspecte ce nu le întâlnim în psihopatologia animată.

În situațiile invocate, se evidențiază cum funcțiile psihice naturale și adaptative se pot manifesta exagerat și rigid, necorelate corespunzător cu situațiile pentru care sunt adecvate. Ele par a se independentiza și decontextualiza, trecând în prim plan și acaparând întreaga viață psihică a persoanei. Existența subiectului ajunge deficitară, alunecând din integrarea comunitară și manifestându-se anormal, psihopatologic.

3.Doctrina bolii ca experiment natural ce relevă constituția biopsihoantropologică a omului

În cadrul doctrinelor medicale din sec.XX a fost constant susținută și tema conform căreia boala e un fel de experiment natural, ce scoate la iveală constituția organismului, sprijinind astfel cunoașterea acestuia. Ideea fusese lansată în sec.XIX de către Claude Bernard; iar Ribot a încercat să o aplice și psihologiei, plecând de la realitatea psihopatologiei. Pentru a studia funcțiile normale ale memoriei, voinței și personalității, el a explorat perturbarea acestor funcții, consacrand câte o monografie fiecăreia din ele. Tot Ribot introduce în Franța ideile neuropsihiatrului britanic Jackson, care a făcut apel la ideile evoluționiste ale sec.XIX în studierea organizării și funcționării creierului și psihismului. Conform doctrinei acestuia, funcțiile mai vechi filogenetic sunt susținute de structuri neurologice bazale, ce se manifestă stereotip și mai puțin diferențiat; dar sunt mai rezistente la noxe. Funcțiile neuropsihice achiziționate filogenetic mai recent, sunt susținute de structuri neuronale superioare, supraetajate, mai diferențiate și complexe, ce le implică, le controlează și le filtrează pe cele bazale. Dar ele sunt mai fragile la noxe, fiind primele ce sunt afectate. În patologia neuropsihică simptomatologia ar rezulta din conjuncția a trei aspecte: - Absența sau distorsiunea funcției superioare, fapt ce reprezintă aspectul negativ al tabloului clinic; - Manifestare neobișnuită, rigidă și stereotipă a funcțiilor inferioare, ce nu mai sunt controlate și filtrate, fiind astfel „eliberate”, „des-implicate”. Individul rămâne însă

capabil în continuare să realizeze conexiuni semnificative cu alte structuri psihocerebrale și cu situația, marcând simptomatologia printr-o pozitivitate decontextualizată însă. Reacția organismului (și psihismului) față de această condiție deficitar excentrică, cu eforturi de compensare și adaptare. Clinicianul – neurologul și psihopatologul – ar trebui să aibă în vedere toate cele trei aspecte menționate.

Doctrina evoluționistă a lui Jackson a fost susținută cu energie în psihopatologia clinică a sec.XX de către psihiatrul francez Ey. El a comentat faptul că principalii psihiatri din prima jumătate a veacului – Janet, Bleuler, de Clerambaud etc. – au intuit și aplicat aceste principii, fără însă a le teoretiza. Ey propune explicit ca tablourile psihopatologice ale diverselor afecțiuni psihiatrice să fie analizate din perspectiva cuplajului dintre : absența unor funcții sintetice și integratoare (superioare), manifestarea rigidă, formală și suprapersonală a unor funcții inferioare desimplicate; și, efortul actual (spontan și deliberat) al pacientului de readaptare la realitate.

Ideea experimentului natural al bolii în care se încadrează doctrina Ribot-Jackson-Ey atrage atenția mai ales asupra funcțiilor desimplicate, care ar fi expresia câștigurilor filogenetice, ce nu sunt însă exprimate direct și pregnant în viața curentă. Psihiatrul Ey nu a putut, pe vremea sa, argumenta perspectiva evoluționistă. Dar ideea că sindroamele psihopatologice exprimă manifestarea simplificată și rigidă a unor fenomene psihice specific umane, implicate adaptativ în existența curentă, a fost susținută în epocă și de fenomenologi. Într-o celebră sinteză asupra psihopatologiei psihozelor publicată în 1979, Tattosian analizează faptul că opera principalilor psihopatologi de orientare fenomenologică, (care abordau psihismul uman conștient din perspectiva diferențierii dintre polul unui eu empiric și al unui eu transcendent), evidențiază faptul că, manifestări anormale precum autismul (schizofrenia), depresia (melancolia) sau delirul, exprimă tocmai desimplicarea și manifestarea simplificată, apersonalizantă, a unor trăiri umane fundamentale.

Revenind la psihopatologul Ey, acesta, acceptând viziunea globală a lui Jackson, a avut dificultăți în comentarea specificului uman al psihismului în raport cu cel animal, dată fiind absența în acea perioadă de la mijlocul sec.XX a unui corp de cunoștințe și a unei doctrine sintetice, care să configureze acest specific. Bazându-se pe psihanaliză, comportamentalism, configuraționism și fenomenologie, Ey a îndrăznit totuși să formuleze ideea unui „organism psihic” centrat de conștiință, ce dublează organismul (inclusiv psihic) biologic. Ey a propus două incidente din care acesta să fie privit și studiat: - Dimensiunea actuală, sincronă a „câmpului de conștiință” al actualității trăite; adică, a prezenței active a subiectului în situația prezentă. Și dimensiunea diacron biografică a conștiinței persoanei morale. În lipsa unor studii privitoare la psihologia evoluționistă, psihiatrul francez a făcut apel la modelul oscilațiilor normale dintre veghea conștiinței lucide și negativitatea somnului, în care se afirmă pozitivitatea viselor. Modelul avea și o istorie în psihopatologie, fiind invocat încă din sec.XIX de către Moreau de Tours în studierea stărilor induse de substanțe psihoactive. Dar o asemenea analiză nu se mai plasa clar pe direcția evoluționismului cultivat de Jackson. Și astfel, încercarea de a elabora o interpretare psihopatologică care să țină seama de evoluționism și de specificitatea psihismului uman în raport cu cel animal, a eșuat.

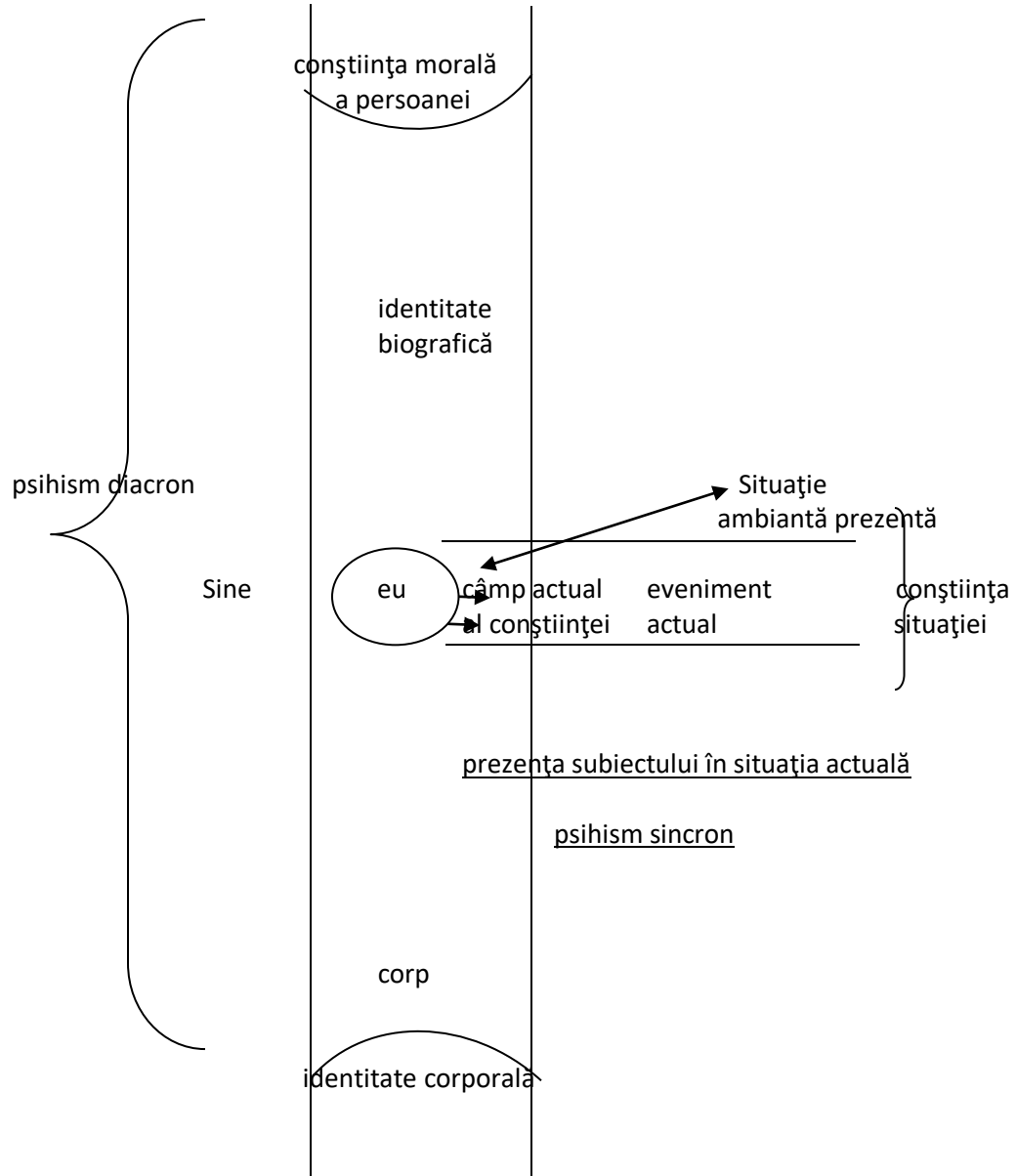
După anul 2000 a început însă să se dezvolte o „psihologie evoluționistă” propriu zisă, astfel încât ideile evoluționiste ale neuropsihopatologilor au putut să găsească un suport mai ferm. Dar, de fapt, în această perioadă doar se deschidea un amplu program de cercetări.

4. Psihism uman și psihism animal; psihologia evoluționistă

Faptul că psihismul e comun omului și animalelor a fost sesizat încă din antichitate de către Aristotel, cu precizarea că ultimul e caracterizat prin *nous* – intelect. După Renaștere, dualismul lui Descartes a negat psihismul animalelor,

Chenar 1

Concepția lui H.Ey privitor la câmpul de conștiință (actual) și conștiința diacronă (morală)



considerate ca simple automate. Psihologia experimentală din sec.XX, atât prin doctrina comportamentalistă cât și prin cea configuraționistă, a reactivat ideea că mare parte din funcțiile psihice ale omului pot fi studiate la animale : atenția, percepția, memoria, învățarea, decizia în condiții de risc, emoțiile, atașamentul etc. S-a dezvoltat apoi chiar o psihologie animală care a căpătat importanță deosebită odată cu etologia și sociobiologia, discipline ce studiază comportamentul animalelor în mediul lor natural de viață. A ieșit astfel în relief complexitatea comportamentelor etichetate tradițional ca instinctive. Așa sunt: perioada de rut – implicând ritualurile de curtare și lupta pentru poziția alfa a masculilor; amenajarea locuinței, creșterea și instruirea puilor, inclusiv comportamentul de joc; strategiile de căutare a hranei, de atac, apărare, evitare, asigurare etc. S-a stabilit apoi că o serie de comportamente de tip instinctiv sunt reglate în așa fel, încât să se manifeste la o anumită vârstă; când, e predictibil (dar și necesar) să se întâlnească anumiți factori de mediu, care „impregnează” individul, devenind ulterior declanșatorii comportamentului respectiv.

Evoluționismul lui Darwin s-a reactivat în sec. XX după ce s-au realizat importante progrese în genetică. Treptat a ajuns în prim plan ideea că prin selecția naturală și sexuală s-au reținut nu doar caracteristicile corporale, morfologice, care susțin performanțele; ci, mai ales, modele comportamentale adaptative. Comportamentele ce se dovedesc utile pentru hrănire, salvare, multiplicare, sunt susținute de anumite rețele neuronale și se constituie în „moduli psihocerebrali” determinanți. Selecția și transmiterea genetică transgenerațională a comportamentelor adaptative s-ar face pe această cale a genelor ce susțin formarea encefalului. Ne plasăm acum la un nivel al evoluției ființelor vii în care existența, supraviețuirea și progresul indivizilor și a speciilor, cade tot mai mult în sarcina prelucrării informațiilor de către sistemul nervos central. Evoluția în această direcție susține teleencefalizarea, creierul devenind tot mai complex, astfel încât antropoide și la om întâlnim un encefal „triu” (în formularea lui McLean), ce conține un strat „reptilian”, unul „mamilar” și unul „neomamilar”.

Ideea „modúrilor psihocerebrali” prin intermediul cărora se selectează și se transmit comportamentele adaptative a fost lansată în 1980 de către Fodor. Inițial, modúlii aveau în vedere susținerea de către structuri neurocerebrale precise a unor comportamente bine determinate, încapsulate, care se declanșează cvasiautomat și funcționează relativ rigid, consumând puțină energie; iar absența lor ar determina un deficit specific. Această schemă a fost apoi nuanțată, avându-se în vedere și scheme comportamentale care nu susțin decât coordonatele de bază a unor comportamente. Iar manifestările efective pe care individul le va dezvolta, se determină într-un tot mai important procent prin învățare și decizie conjuncturală. Se configurează astfel ideea că, direcția evolutivă a complexificării comportamentului psihic al animalelor, are în vedere operarea pe modele ale realității date. Modele în cadrul cărora, problema pe care o ridică percepția unei situații actuale e proiectată pe fondul unei reprezentări mai ample a lumii cunoscute. Reprezentare conturată atât prin informațiile genetice cât și prin experiența câștigată și împărtășită cu congenerii.

Perspectiva psihologiei evoluționiste a fost aplicată apoi și în studierea primatelor și a maimuțelor antropoide. La acestea din urmă s-a evidențiat și rolul important pe care-l joacă sociabilitatea, relațiile interindividuale, cele din grupurile mici și lărgite (până la 70 indivizi). Ansamblul acestor date au fost parțial transpuse și în studierea psihismului uman. La care apar însă importante aspecte diferite.

Unul din aspectele complet diferite ale psihismului uman față de cel animal se datorează formării și manifestării sale în atmosfera de reduplicare a realității pe care o introduce limbajul narativ. Apoi, la om se dezvoltă, în corelație cu producerea de unelte, funcțiile neurocognitive executive, care susțin realizarea de produse pe baza unui model prefigurat. În sfârșit, limbajul narativ a susținut ampla dezvoltare a cogniției sociale, pe fundalul impulsivității relaționărilor interindividuale condiționate de naștere prematură a copiilor, corelată stațiunii bipede. Cogniția socială, funcțiile executive și limbajul narativ au constituit un

triunghi funcțional ce a redimensionat la om psihismul. Psihism care a ajuns apoi să se integreze tot mai mult în structura socio-comunitară, culturală. Dar schema neuromodulară de transmitere a capacităților adaptative de bază nu a dispărut. Ea a fost evidențiată prin felul în care Chomsky a interpretat, în anii 80 ai sec.trecut, achiziționarea limbajului de către copil.

Transmiterea modular cerebrală a capacităților lingvistice ale copilului se bazează pe dezvoltarea anumitor zone a cortexului cerebral fronto temporal. Dar suportul asimilării și practicării limbajului ar consta într-o „gramatică de profunzime”; adică o structură logico sintactică generativă, valabilă pentru toate limbile umane. Copilul ce crește într-un mediu lingvistic determinat, odată cu însușirea, prin imitare, a diverselor praxii, asimilează și practicarea limbii culturii în care crește, și aceasta fără a exersa efectiv și fragmentar secvențele ei constitutive. Practicarea limbajului se decantează, și „se agregă” în structurile sale neuropsihice din această ambianța lingvistică, în limitele capacităților performative ale creierului său, prin jocul imitării și interacțiunii cu adulții.

Un model similar poate fi avut în vedere și pentru achiziționarea structurii funcțiilor executive și a celor ale cogniției sociale. Pentru acesta din urmă Baron-Cohen a inventariat o suită de moduli psihocerebrali bazali, ce intră succesiv în funcție conjugându-se; astfel încât, la trei ani să se închege capacitatea mentalizării. Inițial ar apare privirea ațintită ce detectează intenționalitatea celuilalt; apoi: privirea conjugată cu a mamei, recunoașterea în oglindă, imitarea cuiva care nu e prezent (la 18 luni); pe parcurs ar intra în joc și un modul al detectării emoțiilor, ce susține empatie și se conjugă cu atașamentul. În sfârșit, toate acestea se articulează în jur de 3-4 ani pentru a constitui capacitatea de cogniție socială a mentalizării (ToM). Prin mentalizare, copilul se resimte că are un corp și un eu propriu, cu o proprie identitate și agenție, intuiește percepându-l pe altul ce intenții și evaluări are acesta în situație.

Privitor la interpretarea genezei mentalizării există și alte interpretări, dar tradiția modularității nu este complet ignorată.

5. Conduita depresiei

Psihiopatologia evoluționistă de după anul 2000 s-a aplecat și asupra unui set important de stări psihice anormale între care un interes aparte l-a stârnit depresia. Faptul e explicabil și prin aceea că depresia, împreună cu gelozia, au fost elemente în argumentația lui Jaspers din urmă cu 100 ani, pentru acceptarea reacțiilor comprehensive anormale. Depresia psihopatologică era comparată cu doliul, acceptat ca o condiție normală. Așa cum deja s-a menționat, Jaspers argumenta că în anumite împrejurări, un om care a pierdut ceva important pentru el, poate trăi o stare depresivă accentuată și prelungită, anormală care se deosebește de cea normală doar prin intensitate și durată. Se acceptă astfel o zonă de tranziție între normalitatea vieții de zi cu zi și psihopatologia celor internați în spitalul de neuropsihiatrie. Reluăm acum ideea că, pe vremea lui Jaspers dacă cineva întreba: „de ce e omul trist, depresiv, dacă pierde o persoană apropiată?”, răspunsul firesc era: „pentru că așa e natura umană”.

Psihiopatologia evoluționistă încearcă să schimbe acest stil de răspuns. Ea susține că omul devine retras, inhibat, trist după o pierdere, deoarece aceasta este o conduită adaptativă, utilă.

La nivel biologic un comportament inhibat, cu reacții puține și lente, cu inhibiție instinctivă și relațională, se întâlnește la animalele ce hibernează. Hibernarea nu e însă o condiție generalizată; totuși, ea e adaptativă când resursele sunt reduse și organismul trebuie să se protejeze. La fel e cazul în care organismul trebuie să se refacă după o rănire, infecție sau boală. Cel mai mult s-a studiat însă, ca echivalent eventual al depresiei umane, comportamentul inhibat în condițiile înfrângerii într-o confruntare. Conduita sumisivă inhibă instinctiv agresorul, care lasă în pace astfel victima. Comportamentul biologic de „mimare a morții” („Totstelreflex”) ar avea aceeași semnificație. El duce însă și la stări catatoniforme, care doar se pot intersecta cu depresia inhibată.

Trimiterile menționate la valoarea adaptativă a retragerii inhibate și sumisiunii în lumea animală, pot fi parțial redescoperite și la om. Individul ce

apare slab și neajutorat induce la cei din jur propensiuni spre grijă și protecție; ca și în cazul copiilor. Se pot relua din perspectivă umană și alte condiții biologice, cum e cea de înfrângere. Pentru om în aceeași clasă se înscrie eșecul. Acesta semnifică de fapt tot o pierdere; pierdere a ceva pe care subiectul spera să-l obțină, uneori prin derularea unui proiect îndelungat. Inhibiția ce apare după eșec are sens adaptativ nu doar situațional ci și prospectiv. Ea ocazionalizează la om nu doar refacerea energiilor, ci și un bilanț, cu reconsiderarea strategiilor și a proiectelor. Retragerea inhibată acordă subiectului un timp pentru reculegere, pentru analiza situației și reorganizarea interioară a proiectelor.

Sensul uman al depresiei nu e însă suficient descifrat dacă nu se ține seama de situația standard a doliului, care vizează concomitent persoana și comunitatea.

Situația doliului e consfințită social prin evenimentul înmormântării la care participă familia și toți cei apropiați, care au avut o legătură cu cel decedat. Cei prezenți sunt și ei afectați de deces, trăind o stare psihică similară, chiar dacă mai puțin intensă decât partenerul văduv, la suferința căruia participă solidarizându-se cu el, prin empatie. La înmormântare și în perioada de doliu ce urmează se poartă un anumit tip de îmbrăcăminte și se afirmă un model comportamental care e prescris prin statutul și rolul de văduv – om aflat în doliu – într-o socio cultură dată. Acesta este de obicei unul de retragere socială, de neparticipare la evenimente sociale și sărbătorești, comunitatea respectându-i suferința și nevoia de reculegere sufletească, printr-o solicitare minimală. Apoi, la înmormântare participă, prin tradiție, și reprezentanții cultului sacral. Nașterea și moartea au fost evenimente considerate semnificative de către omul care a progresat spre cultură de-a lungul a zeci de mii de ani, dovada fiind locurile speciale dedicate celor morți. Omul culturii istorice din ultimii aprox. 10.000 ani a elaborat explicit scenarii mitice pentru viața de după moarte. De aceea, implicarea sacralității în oficierea morții, are în spate o tradiție îndelungată.

În altă direcție, depresia doliului exprimă un eveniment relațional special. Omul este un mamifer ce se naște prematur și își realizează maturizarea encefalului

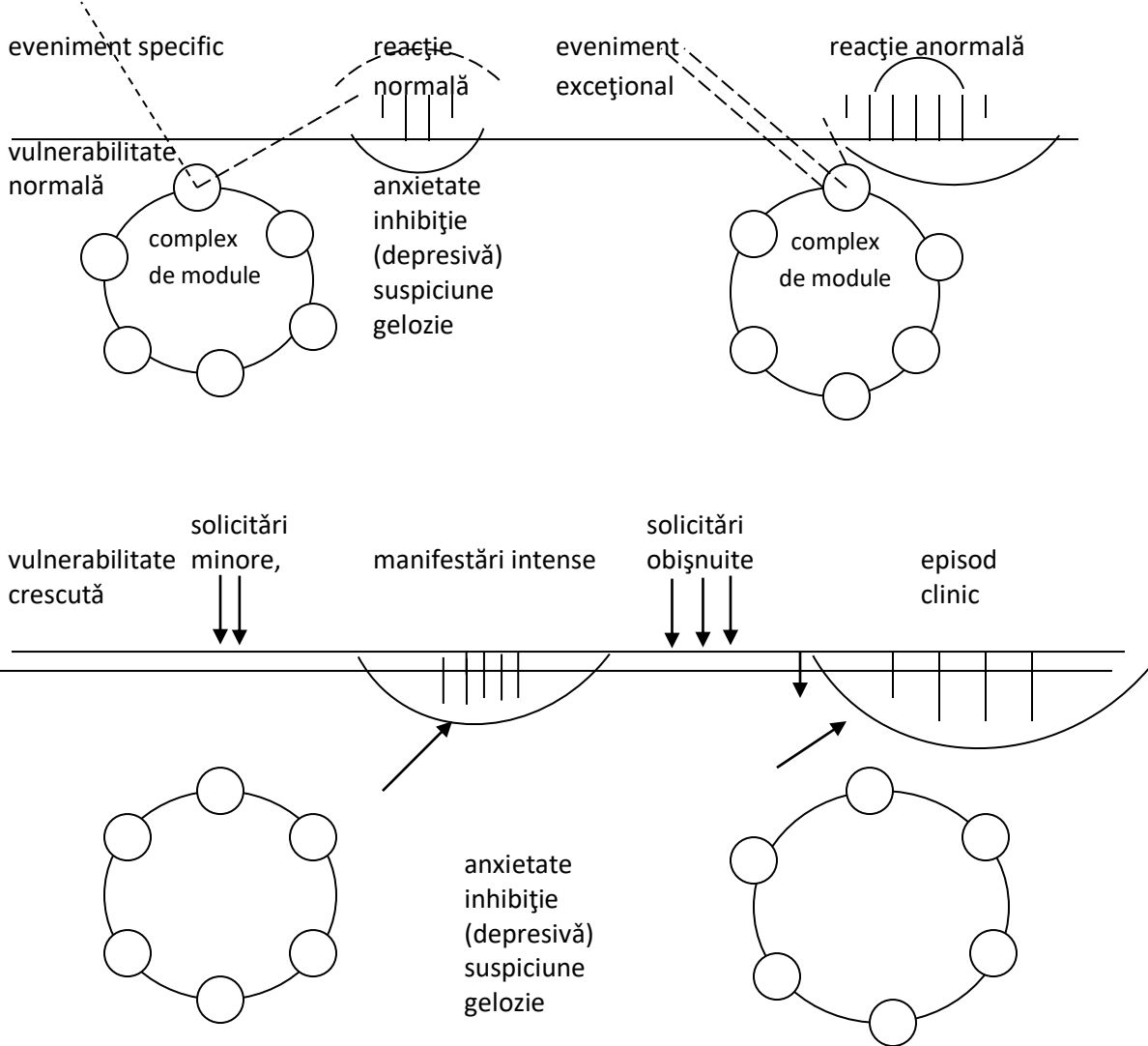
în condițiile unui maternaj pronunțat și prelungit, fapt ce conduce la relația de atașament. Conform observațiilor și conceptualizărilor realizate de Bowlby, condiția atașamentului constă în „asimilarea” imagoului matern în structura propriului psihism al copilului. Introjecția persoanelor din intimitatea coexistenței continuă pe parcursul ciclurilor vieții, astfel că partenerul de cuplu ajunge să fie parte din el, din structura propriului psihism. Când moare o persoană de atașament, subiectul are nevoie de o perioadă de retragere, pentru ca psihismul său, care astfel e „amputat existențial”, să se reorganizeze în noile condiții.

Condiția de pierdere a doliului se conjugă cu alte pierderi – ale averii, situației sociale, stimei de sine, idealurilor, sănătății etc. – pentru a configura o împrejurare în care retragerea inhibată e utilă, necesară chiar, la fel ca în cazul eșecului, înfrângerii sau bolii. Cadrul general al conduitei internalizate de retragere inhibată permite evitarea solicitărilor excesive, refacerea energetică și afectivă, confruntarea cu sine, reorganizarea proiectelor existențiale. Dispoziția depresivă e la îndemâna oricui, înscrisă în structura psihică a disponibilităților sale, pentru a se actualiza în anumite împrejurări. Iar subiectul să se lase cuprins de ea, până la metabolizarea situației evenimentiale negative trăită. Dimensiunea antropologică a depresiei aduce în joc aspecte ce nu pot fi concepute în biologie, precum autodeprecierea, autoacuzarea vinovată, cochetarea cu ideea morții și sinuciderea. Dar în esență, afirmarea cadrului dispozițional de retragere inhibată a depresiei pleacă de la o valență adaptativă.

Revenind la viziunea evoluționistă se poate afirma că depresia, la fel ca anxietatea, gelozia sau suspiciunea e în primul rând o schemă de comportamente și trăiri adaptative. „O structură funcțională”, un „modul psihocerebral adaptativ”, cu care omul e dotat, parțial genetic, parțial în urma experiențelor ontogenetice, în mediul său specific de existență. În anumite împrejurări – pierdere, doliu, suspiciune, intenții agresive – aceste module ies la suprafață, „intră în joc” și sunt utilizate de subiect ca niște „organe” sau instrumente, pentru ca el să se adapteze situației. Dacă sunt indici de infidelitate, el va deveni în mod adaptativ gelos; dacă

Chenar 2

Modul de manifestare normal și anormal al unor modúle psihoantropologice



împotriva subiectului se pregătește un complot, el va deveni suspicios și se va pregăti de apărare. Dacă e vorba de o pierdere sau de doliu, el va intra într-o retragere inhibată de modelul depresiei, care îi va permite să se reculeagă, să-și metabolizeze suferința, să se regenereze și să se reîntoarcă apoi, treptat, printre oameni, în programele variate ale vieții. Reacția comprehensibilă la evenimente de viață nu creează ea însăși trăirile respective. Ci apelează, „aduce la lumină” o structură funcțională corespunzătoare; care se întrețese apoi cu datele situației, constituind fenomenul unui eveniment reactiv trăit. Când ne apropiem de psihopatologie subiectul poate ajunge să aibă astfel de module și structuri funcționale mai sensibile, mai aproape de manifestare, astfel încât ele să poată fi declanșate de stimuli minori. La un nivel și mai pronunțat a condiției psihopatologice structurile psihice proprii ale subiectului se dediferențiază și devin rigide. Ele tind să se autonomizeze, să se impună frecvent, chiar fără stimuli specifici. Se manifestă astfel o gelozie sau o depresie care decontextualizează subiectul psihopatologic.

6.Câțiva parametri ai antropogenezei și psihismul uman; funcțiile executive și cele ale cogniției sociale.

Procesul antropogenezei este evaluat ca începând cu aproximativ două milioane ani în urmă, perioadă în care s-au succedat mai multe specii de antropoizi și de reprezentanți ai speciei „homo”. În urmă cu 300.000 ani speciile de oameni despre a căror existență avem dovezi, se pare că erau destul de asemănătoare, răspândite fiind în Africa și Euroasia. Până la urmă însă se impune specia homo sapiens, apărută de cu aprox. 150.000 ani în urmă în sud vestul Africii. Aceasta se răspândește pe toate continentele, după ce în urmă cu aprox. 70.000 ani ar fi parcurs o revoluție cognitivă. Celelalte specii de homo dispar, iar sapiens trece, în urmă cu 10.000 ani la agricultură și sedentarism. Iar apoi la scris, diferențiere

socială ierarhică, imperii, bani, cultură, istorie. Pentru ca în urmă cu 500 ani să înceapă revoluția științifică industrială, ce se continuă cu actuala condiție post modernă. Acesta ar fi rezumatul.

La specia homo, se poate constata continuarea unei tendințe evolutive ce se evidențiază pe întreg filonul evolutiv al mamiferelor superioare și primatelor, în direcția celor antropoide; creșterea volumului creierului și stațiunea bipedă. Aceasta din urmă, care la nivelul lui homo se definitivează, permite privirea conjugată pe fundalul orizontului și utilizarea mâinii, nu doar pentru gestică (conjugată cu fața), ci și pentru prehensiune, manipulare și operații tot mai precise asupra obiectelor. Odată cu conjugarea dintre privirea centrată și mână, omul începe să producă unelte și să dezvolte funcțiile cognitive executive.

Rasa umană se va caracteriza prin producerea și utilizarea uneltelor, inițial confecționate din lemn și piatră. Unelte folosite pentru obținerea și prelucrarea hranei; apoi și pentru confecționarea de îmbrăcăminte, obiecte de podoabă, picturi, sculpturi, locuințe, clădiri de cult. Dar și pentru război. Altă caracteristică în manipularea naturii înconjurătoare va fi utilizarea focului (începând din urmă cu aprox. 300.000 ani) pentru încălzire, apărare, lumină și prepararea hranei. Iar în final, pentru prelucrarea minereului metalifer, cu realizarea de unelte, arme, podoabe și obiecte de cult. Producerea și utilizarea uneltelor pentru obținerea obiectelor și obiectivelor specifice, a susținut dezvoltarea în creierul uman a unui grupaj de „funcții executive”, care concură la realizarea unei acțiuni ce are un scop mai mult sau mai puțin îndepărtat.

În rezumat, funcțiile executive se referă la următoarele: în raport cu o situație problematică dată, subiectul își fixează un obiectiv de rezolvare a acesteia prin etape succesive. Proiectul ține cont de parametrii situației, avansând ipoteza de rezolvare a problemei, în funcție și de resursele disponibile. Urmează faza deciziei și implementării, cu evaluare continuă prin informație inversă, a desfășurării acesteia, a etapelor parcurse și a eventualelor noutăți. Deseori acțiunea se realizează în colaborare cu alții, fiind necesar acordarea reciprocă. E nevoie de

flexibilitate în raport cu informațiile noi, uneori proiectul inițial trebuind să fie reconfigurat. Întreg procesul acțiunii realizatoare pe care o susțin funcțiile executive, presupune un „centru de comandă” al agenției proprii, care-și asumă responsabilitatea și menține direcția operațiunii până la atingerea țelului. Esențială e și operarea continuă pe modele probabilistice ale realității, fapt susținut de limbajul narativ critic și „instanța teoreticului” pe care acesta o induce.

Atât mamiferele superioare cât și maimuțele antropoide sunt ființe cu important potențial de relaționarea socială diferențiată. Pe lângă grupul familial, mai restrâns sau mai lărgit, unele dezvoltă relaționări în grupe mai mari, care-și împart un teritoriu și care pot ajunge 70-80 indivizi.

Antropogeneza etalează o structură tot mai complexă a relaționărilor sociale intraspecifice. Aceasta se corelează și cu nașterea prematură a progenerurii, condiționată de faptul că stațiunea bipedă nu permite ca oasele bazinului femeii să crească în ritm paralel cu volumul tot mai mare al capului speciei homo. Caracteristica hominizilor de transmitere genetică după modelul K (constând din nașterea a puțini pui dublată de un pronunțat investment parental) este astfel mult amplificată. O lungă perioadă de maturare a copilului și deci a creierului acestuia se petrece extrauterin, în strânsă interacțiune cu mama și familia lărgită, cu deschidere față de stimulările evenimentțiale umane și de informări educative. Deja la antropoide, un număr tot mai mare de indivizi gravitează în jurul acestui copil născut prematur, ajutând-o pe mamă în hrănirea și educarea sa; astfel încât el crește în mijlocul unei ample rețele sociale.

În cazul omului, în acest context se dezvoltă o formă aparte a relației de atașament, care e de fapt specifică tuturor mamiferelor. Psihismul incipient – și deci creierul aflat în plină dezvoltare și maturare al copilului uman – intră în rezonanță cu psihismul matern, comunicând cu acesta inițial prin expresivitatea feței și privire. Imagoul matern este asimilat, introjectat în psihismul copilului, printr-un model special de relaționare (denumit de Bowlby „internal working model”). În primii trei ani se dezvoltă, în contextul maturării creierului, al

interacțiunii cu mama și ceilalți îngrijitori, al achiziției limbajului și altor funcții psihice integrative și o funcție a cogniției sociale ce a fost denumită „mentalizare” (sau Theory of Mind – ToM). Copilul de 3-4 ani devine capabil să intuiască situațional, procesele intenționale, atitudinile, dorințele și credințele ce sunt prezente în mintea altora. El își dă seama că alții au propria lor minte, diferită de

Chenar 3

Funcții ale limbajului narativ în psihismul uman

Într-o recentă prezentare succintă a istoriei omenirii, Harare rezumă revoluția cogniției realizată de homo sapiens odată cu limbajul narativ prin comentarii de tipul următor.

În rezolvarea de probleme practice, limbajul narativ permite utilizarea informațiilor din trecut pentru acțiunea în viitor a unor comunități umane. De ex. un individ povestește grupului cum a observat dimineața un leu care a luat urma unor mamuți și a localizat direcția de deplasare a acestora; a doua zi grupul poate organiza o expediție pentru alungarea leului și înconjurarea mamuților.

În relaționarea socială, narativitatea permite discuția între doi sau mai mulți indivizi despre altul neprezent, care astfel e evocat, comentat și caracterizat. Se poate decanta astfel pe această cale o opinie caracterizantă a grupului, față de membrii săi, importantă pentru ocuparea pozițiilor ierarhice. Evocarea altora neprezenți, funcționează nu doar în vederea comentării și caracterizării ci și ca reamintire. Prin aceasta se deschide calea cultului strămoșilor; iar apoi a legendelor, epopeilor și istoriilor. Limbajul narativ permite și organizarea socială la scară largă. De ex, pentru homo sapiens de pe vremuri, posibilitatea de a organiza o expediție a unui grup uman care să înconjoare o turmă identificată de cai, ce sunt hăituiți apoi spre o strâmtoare, unde-i așteaptă un grup pregătit din timp. Acesta îi masacrează, asigurându-se astfel comunității o mare cantitate de carne și piei.

Prin limbajul narativ devine posibilă apoi – și în mod esențial - referința la semnificații și entități ce depășesc realitatea fizico-biologică percepută nemijlocit situațional, fiind astfel „supra-naturale”. Astfel sunt de exemplu spiritele strămoșilor morți, spiritul sau sufletul unui animal – ce poate deveni un totem. Grupul va putea crede, de exemplu că „leul este spiritul protector al grupului nostru”. Se pun astfel bazele „lumii specific umane”, care, chiar dacă este analoagă lumii ambiante percepute, se definește doar în plan narativ teoretic, susținută de limbaj. Iar în acest plan pot apare variate entități fictive, dar operaționale pentru oamenii ce cred în ele. Această instanță a „teoreticului” ce vertebrea lumea oamenilor, va pune în joc nu doar transcendența religiei, ci și miturile sau legendele de origine, normele și legile de conduită, în cadrul practicilor instituționalizate, valorile de schimb și utilizarea banilor. Pe baza unor astfel de elemente în care oamenii cred și pe care le respectă, care-i reunesc sub mitul originii și tradiției comune, umanitatea se va dezvolta în continuare, ocolind genomul lui homo sapiens. Multiplicarea biologic genetică continuă ca și la antropoide; și la fel ca oamenii de dinainte de sapiens. Dar adevărata sa reproducere se va realiza prin educația noilor generații, reduplicarea și amplificarea lumii culturale, susținută de „realitățile fictive” ale limbajului narativ.

mintea sa, de dorințele, intențiile, opiniile și acțiunile pe care le inițiază el însuși. Desigur, atașamentul față de alte persoane se menține întreaga viață, făcând diferența dintre cei intimi și apropiați sufletește, persoanele oficiale și cele străine. Dar, concomitent operează și cogniția socială, ce are la bază „creierul social”, prin care el identifică trăirile altora, credințele și intențiile lor în raport cu sine și alții. Cogniția socială stă la baza configurării poziției propriului sine în cadrul evenimentelor relaționale ce se derulează, a scenariilor dramatice în care subiectul se simte angrenat, alături și împreună cu alții.

Orice om este implicat în permanență, nu doar în mai multe proiecte de acțiune realizatoare, ci și în variate preocupări de clarificare a relaționărilor și a identității sale sociale.

Pornind de la psihismul individului biologic care se raportează la ambianța sa fizică și biologică, intra și extraspecifică, bazându-se pe fundalul instinctiv genetic, pe prelucrarea informațiilor percepute situațional, și pe experiențele câștigate nemijlocit, psihismul subiectului uman se deschide amplu în direcția unor noi și complexe experiențe bazate pe funcțiile executive și de cogniție socială. Dar el beneficiază concomitent și de o amplă modelare specială a lumii în care trăiește, prin intermediul limbajului narativ și a culturii.

7. Revoluția cognitivă a lui homo sapiens; limbajul narativ și realitățile fictive

Se consideră că revoluția cognitivă realizată de homo sapiens în urmă cu aprox. 70.000 ani, - care a făcut din el unica specie umană ce a supraviețuit și a generat omul cultural al istoriei, - se bazează pe trei aspecte ale narativității limbajului articulat, ce s-au dezvoltat în această perioadă: - Privitoare la rezolvarea în comun de probleme practice de către mari grupuri. – Privitoare la comentarea evenimentelor și indivizilor umani, fapt ce presupune evaluări și caracterizări, introducând condiția de personaj uman. - Privitoare la situații și entități, mai mult

sau mai puțin fictive, în care omul crede; fapt ce deschide câmpul comportamentelor magico religioase, a credinței în mituri, în ființe și realități supranaturale în instituții supraindividuale și valori de schimb etc. Și, în final, operații în „instanța teoreticului”.

Hipersociabilul homo sapiens, bazat pe limbajul său narativ care-l orientează spre scenarii metareprezentationale posibile și spre credința în entități supranaturale, se manifestă prin acțiuni ghidate de norme și valori. Comportamentul animalelor, inclusiv cel reproductiv, chiar și la antropoide, și la specia homo în fazele inițiale ale antropogenezei, se bazează pe mesaje genetice, rezumate în genomul transmisibil sexual. Baza pentru comportamentul specific a lui homo sapiens nu mai e însă în gene, ci în nucleul normativ, care susține practicile instituționalizate supraindividuale. Normativitatea e formulată în esența ei lingvistic, predominant deontic, stabilind ceea ce e obligatoriu, interzis și permis într-o socio cultură dată. Iar sursa și centrul acestei normativități deontice se plasează, - pentru omul arhaic -, în jurul instanței mitico sacrale, prin care se face apel la zeii transcendenți. Puterea lumească supremă se revendică și ea de la cea zeiască, de pe vremea codului lui Hamurabi și până la ultimii regi actuali. Eliade argumentează cu nenumărate exemple că fiecare acțiune umană importantă – de la munca pământului și pescuit la actul sexual – se cerea realizată de către omul arhaic prin raportarea la un model arhetipal, efectuat inițial de un strămoș sau un erou mitic. Deci, trimițând la narațiunea mitică.

O astfel de mutație a ponderii condiționării comportamentului individual dinspre fondul genetic spre cel normativ valoric, produce inevitabil o schimbare și la nivelul psihismului. Supraviețuirea și reproducerea umană, a speciei homo sapiens și a diverselor configurații comunitare istorice, depinde în mare măsură de factorii normativi și organizaționali supraindividuali și de integrarea individului în comunitate, ce-l educă continuu. De aceea în psihismul uman s-au dezvoltat exponențial funcțiile cogniției sociale ale comunicării socio-culturale prin hermeneutica limbajului descriptiv critic. Psihismul persoanei conștiente din

ultimele milenii este funciarmamente dimensionat prin fenomenologia socio-culturii în care ea e inserată.

8. Revoluția agrară și omul sedentar al orașelor și imperiilor; istoria culturii și a civilizațiilor

Flancat de noile sale arme cognitive, homo sapiens domină și apoi elimină toate celelalte specii de homo. El trece din Eurasia în Australia (acum 35.000 ani) și în America (în urmă cu 12.000 ani prin Alaska). Iar unde își face apariția domină și extermină animalele mari și multe alte specii de animale. În sfârșit, în urmă cu aprox.10.000 ani devine agricultor sedentar, preocupat nu doar de trecutul său (originea lumii, a lucrurilor, a omului și a ginte sale) ci și de scurgerea timpului spre viitor, pentru garantarea recoltelor ce vor veni. Recoltele depind de anotimpuri, deci de mișcarea astrelor. Cerul se cere cercetat tot mai atent, fapt ce duce la dezvoltarea astronomiei – și a matematicii pe care aceasta o implică - ca bază pentru calendar. Vor apărea orașe. Iar societatea ajunge să se manifeste tot mai pronunțat ca structurată în clase ierarhice, specializate.

Practica muncii productive din societățile agrare se integrează într-o complexă structură a practicilor instituționalizate, care cuprind pe lângă munca agricolă, meșteșugurile (producerea mijloacelor tehnice de producție), administrația birocratică, comerțul, practica educativă, medicală, politică, juridică, cea războinică și, încununându-le pe toate, practica sacrală. Societatea structurată prin practici instituționalizate va defini statute și roluri sociale supraindividuale, pe care subiecții ce intră în angrenajul lor urmează să le asimileze, ca parte integrantă a psihismului lor și a ipostazierii acesteia în personaje. Realitatea socio-biologiei se reformulează radical în funcționarea socio-culturilor agrare, în care normativitatea rolurilor ajunge să definească și diverse faze ale ciclurilor vieții (copil, adolescent, soț, părinte, văduv, bătrân etc.). În sistemul instituționalizat al practicilor un rol deosebit îl joacă practica educațională, care se distribuie între familie și sectorul public. Iar după invenția scrisului, instituțiile acestuia se vor organiza și ele ca o

practică educațională specială. Locul central al practicii sacrale marchează structura ierarhică a societății și ritmează timpul comunității prin derularea sărbătorilor, cu cele două fețe ale lor: cea ritualic oficioasă și cea de petrecere dezlănțuită (dincolo de norme și ierarhii). Structura ierarhică a practicilor instituționale din umanitatea bazată pe agricultură, care se întinde la începutul neoliticului, din urmă cu 10.000 ani și până la mașinismul din sec.XIX – a instituit o pronunțată polarizare între viața intimă familiară și cea public/oficială. Aceasta se exprimă și în structura spațialității existenței omenești de după neolitic, cu diferențierea între toposul locuinței, cel al agoriei publice și cel sacral. Psihismul individual va fi marcat de aceste diferențieri, care se suprapun peste o moștenire biologică până la un punct similară. La un capăt se agregă zona intimității subiective, la celălalt zona manifestărilor publice oficiale, în care subiectul apare ca personaj uman determinat de normele sociale.

Personajele se referă în egală măsură la ființele umane concrete despre care se poate spune că, cât și la ființele cvasiumane din mituri, legende și basme, din epopei, istorii, biografii. Condiția de personaj poate marca pe fiecare om normal ce intră în angrenajul discuțiilor altora despre el. Sau, care-și povestesc propriile evenimente pe care le-a trăit. Odată cu asimilarea în propriul psihism a statutelor și rolurilor sociale și a condiției de personaj, psihologia omului de după revoluția agrară începe să se dimensioneze și prin condiția persoanei.

În perioada din urmă cu aprox. 2500-3000 ani, s-a produs o mutație în parametrii socio-culturali ai umanității din zona mediteraneeană, constând în relaxarea credinței în transcendența atotputernică a mitului sacral, cu translatarea acesteia în direcția mytosului-poveste. În această perioadă, care e concomitentă cu apariția scrisului alfabetic vocalic și a circulației banilor monedă, s-au dezvoltat amplu științele, filosofia și practica juridică, apărând conceptul de persoană. Ulterior, odată cu ascensiunea noii religii a creștinismului care - promova întruparea în om a lui Dumnezeu-, conceptul de persoană e transferat acestuia. El

va reveni la omul real în epoca modernă, odată cu etica lui Kant, sub forma persoanei morale.

Un nou episod din istoria lui homo sapiens se produce în ultimii 500 ani, când după Renaștere se impune o știință matematizată care studiază „realitatea obiectivă” în mod experimental și în perspectivă statistică. Obiectele unei lumi fenomenale (a cărei „obiectualitate” se polarizează cu subiectivitatea conștiinței persoanei individuale) sunt acum cuprinse în teorii științifice despre lume. Această nouă perioadă a umanității se petrece însă într-un context al culturii umane în care, narativitatea limbajului instituise deja ferm, prin tradiție, o „instanță a teoreticului”, ca definitorie pentru lumea umană. De aceea în ultima sută de ani, cunoașterea științifică a lumii se realizează sub formă de „teorii științifice matematizate” (coerente și testabile) fondate epistemologic. Iar omul, persoana umană conștientă, istoria umană ce s-a dezvoltat pe fundalul antropogenezei, a biogenezei și a genezei cosmosului, devin și ele un obiect de studiu al teoriilor științifice.

9. Dimensiuni de bază ale psihismului omului

Psihismul omului actual menține, desigur, toate caracteristicile psihice care se întâlnesc la mamiferele superioare și la antropoide. Se consideră că de la homo erectus încoace, morfologia indivizilor umani nu s-a mai schimbat semnificativ. Iar de la homo sapiens, cel puțin în ultimii 30.000 ani nici mărimea creierului. Noile câștiguri evolutive ale diversificării și complexificării psihismului au apărut și s-au transmis nu prin schimbări biologice genetice, ci prin mijloace culturale bazate pe informația ce se transmite prin limbajul narativ.

Diversificarea evolutiv istorică a practicilor instituționalizate și ale manifestărilor logosului, a modurilor de relaționare interumană într-un univers reduplicat prin limbaj, actualizează și califică mereu noi potențialități psihocerebrale.

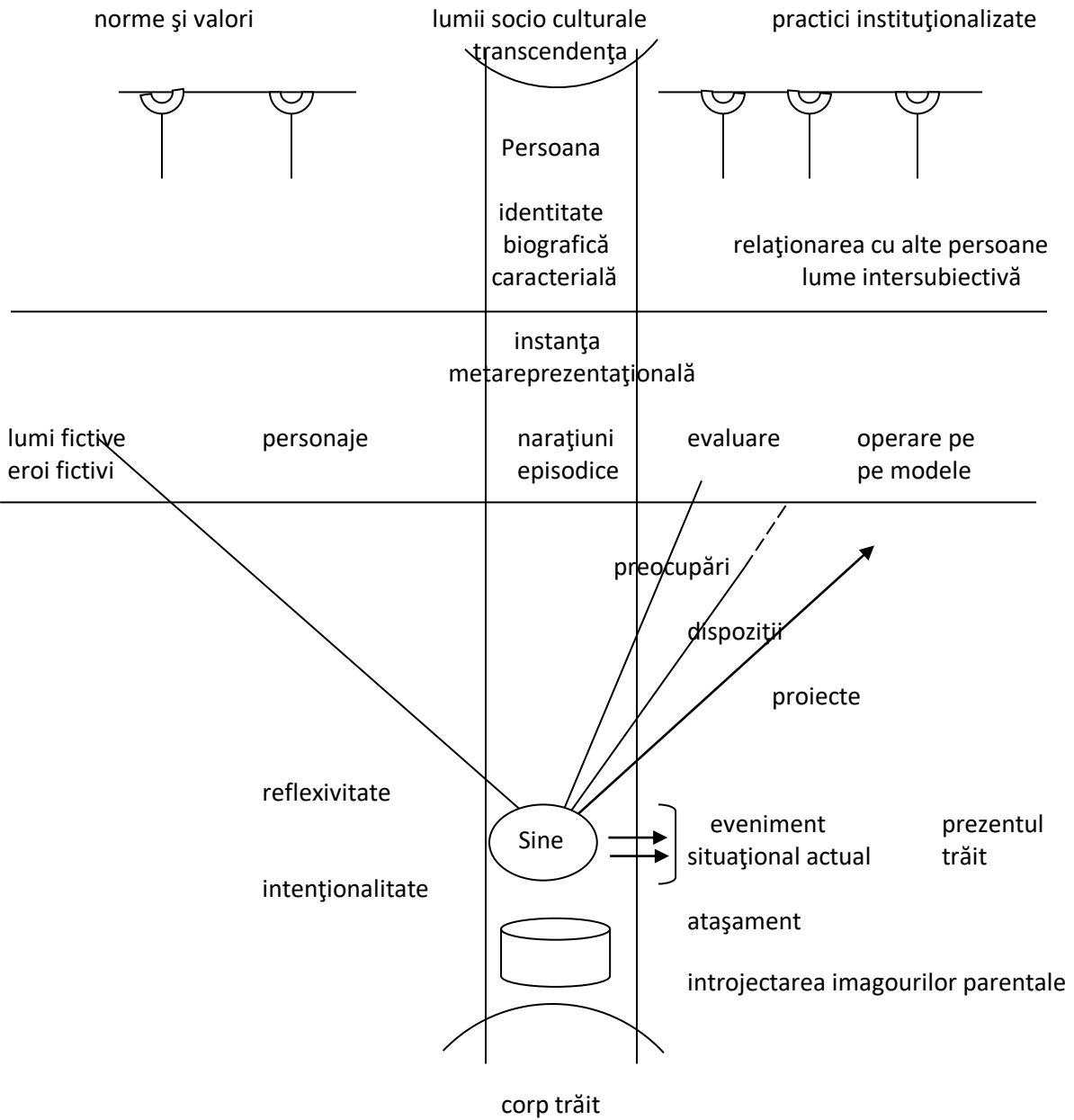
Luând ca bază psihismul mamiferelor superioare și ale antropoidelor, psihismul uman amplifică mult capacitatea operării pe modele ale realității, făcând

apel la o instanță a „teoreticului”, susținută de logosul lingvistico matematic, desfășurat în discursuri narrative și teorii științifice. Fabricarea de unelte ce s-a dezvoltat la specia homo a susținut apoi dezvoltarea tot mai amplă, a ceea ce în neuropsihologia actuală se numește „grupul funcțiilor executive”. Adică funcțiile ce participă la realizarea unui obiectiv pe baza unui proiect și a informațiilor feedback din timpul execuției. Pe de altă parte, în cadrul psihismului uman s-a dezvoltat amplu și cogniția socială, prin informații nonverbale și verbale. Ea se sprijină pe relația de atașament și e orientată de percepția și reprezentarea distanțelor interpersonale ce diferențiază între persoanele intime, cele oficiale și cele străine. Ca un specific uman se poate avea în vedere „introjecția” constitutivă a imagoului persoanelor de relaționare intimă, astfel încât alți oameni sunt prezenți efectiv în sufletul și mintea subiectului, cu valoare de atașament securizant. În plus, condiția limbajului narativ face ca atât subiectul cât și ceilalți să fie reprezentați în condiția de personaje ce pot fi cuprinse în scenarii narrative, într-un plan metareprezentational. Condiția de personaj a unui subiect se exprimă atât în reprezentările narațiunilor sale privitoare la sine; cât și în caracterizarea sau povestirile altora despre el.

Atât funcțiile executive cât și cele ale relaționării sociale au în centrul lor, în calitate de subiect sau agent, sinele („self”-ul) încorporat al individului uman; care, derivă evident din instanța de „agenție” a individului biologic. Sinele psihismului uman se dimensionează așa cum s-a menționat mai sus, și prin integrarea structurată a imagourilor persoanelor de atașament. El este în plus reflexiv și intențional, conștient de lume și de sine. Subiectul percepe și rezolvă situațiile problematice actuale – cele ale prezentului său trăit - din perspectiva proiectelor și scenariilor dramatice interpersonale în care e angajat. Evenimentele trăite sunt integrate în memoria biografică, a cărei durată resimțită constituie axul diacron al identității personale.

Datele de memorie și cunoștințele dobândite prin experiență proprie sau culese din informația teoretică accesibilă, dimensionează și ele sinele încorporat. Și la fel,

psihismul uman înglobează instanța proiectelor, cea metareprezentatională, intersubiectivitatea și transcendența



relaționarea interpersonală intimă, apropiată. Se configurează astfel limitele și identitatea eului conștient al persoanei, ce se manifestă prin relaționări și proiecte. Persoana astfel configurată are o parțială autonomie a agenției proprii, resimțindu-se capabilă să genereze „ea însăși” idei, evaluări, decizii, acțiuni. Simțindu-se responsabilă de acestea, ea simte apoi că poate decide singură ce să păstreze în intimitatea secretului personal, și nu – și cum – să comunice celorlalți. Faptul nu exclude împărtășirea cu alții a gândurilor, opiniilor și deciziilor intime, inclusiv a secretelor personale.

Orice subiect e concomitent angajat în mai multe proiecte prin care rezolvă variate situații problematice care-l afectează. Și la fel, în mai multe scenarii dramatice prin care se clarifică poziționări și atitudini în relaționările interpersonale. Deoarece fiecare dintre acestea au propria lor linie temporală de desfășurare, se instituie un avantaj al „adâncimii temporale”, care la un pol se sprijină pe prezentul perceput situațional; iar la celălalt, pe durata identității biografice. Proiectele și scenariile, care sunt susținute și de limbajul narativ evaluativ, pe măsură ce se consumă, sunt integrate în memoria biografică, ce devine principalul suport al identității persoanei.

În raportarea sa la lume, la situație, subiectul eului conștient al persoanei se poziționează atitudinal astfel, încât se deschide spre anumite direcții și modalități de raportare. Acestea se exprimă prin dispoziții, așa cum e cea spre acțiunea performantă, combativitate, sărbătoare, retragere inhibată pentru refacere, contemplare etc. Dispozițiile implică și anumite moduri de autoevaluări și relaționări cu alții, de la comuniunea duală a dragostei, până la suspiciunea față de persoanele din propriile rețele sociale; dar și suspectarea de intenții ostile a unor personaje sau instituții publice sau a unor ființe fictive.

Raportarea unui subiect la lumea în care el există efectiv nu are, desigur, în vedere doar relaționarea sa cu alți oameni sau instituții, ci și variate aspecte ale realității ambientale asupra căreia el acționează, metamorfozând-o. De la Kant

încoace s-a încetățenit interpretarea și formularea că lumea în care omul trăiește este una „fenomenală”, realizată la întâlnirea dintre psihismul conștient, ce poartă în el rezumatul întregii culturi istorice din care face parte; și, pe de altă parte, datele evenimentțiale noi ce se oferă, transgresând filtrul limbajului cultural și științific al comunității istorice. Iar subiectul centreează de fiecare dată, într-un fel, această lume fenomenală în care există.

Psihologia persoanei umane se adâncește, la unul din polii săi, în sinele său reflexiv, încorporat. La celălalt pol ea se exprimă prin identitatea biografico caracterială a persoanei social morale și valorice care integrează atât credințele sale transcendente, cât și creațiile sale culturale. Adică, existența sa ca personaj al culturii spirituale.

10. Tulburările psihice, probleme ale nosologiei psihiatrice și psihopatologia evolutiv culturală

Deși tulburări psihice au fost identificate și descrise medical din antichitate – e.g. hysteria, mania, melancolia -, psihiatria devine o ramură a clinicilor medicale doar în sec.XIX. Tot atunci sunt descrise majoritatea sindroamelor psihopatologice pe baza observării atente și prelungite a bolnavilor internați în azile. Importante concepte ale psihiatriei clinice precum nevroza, psihoza, demența, datează tot de atunci. Sistemica nosologico nosografică a psihiatriei se conturează la începutul sec.xx prin Kraepelin, care pune în centru ei două psihoze endogene: schizofrenia (dementia precoce) și boala maniaco-depresivă. Tot la începutul sec.XX Jaspers forjează conceptele de bază ale psihopatologiei clinice, comentând noțiuni precum: reacția comprehensivă anormală, deficiențe și distorsiuni ale dezvoltării personalității, procesul psihopatologic din delirul primar, defectul psihic și degradarea dementțială.

Pe parcursul sec.XX medicina psihiatrică a fost practică predominant prin internarea suferinzilor în spitale sau clinici de psihiatrie, continuatoare a azilurilor din sec.XX. Faptul a întreținut o separare și stigmatizare a acestora în raport cu

comunitatea. Principalele boli au fost considerate psihozele endogene – schizofrenia, boala maniaco depresivă, delirul paranoid (paranoiac) bufeele psihotice etc. Și nevrozele – hysteria, nevroza obsesiv compulsivă, cea anxios fobică, neurastenia etc. Alături de acestea sa acordat atenție patologiei psihice corelate consumului de alcool și alte substanțe psihoactive; celor ce apar în contextul unor boli generale sau cerebrale (inclusiv infecțioase, dismetabolice, abiotrofice); tulburările dezvoltării neuropsihice (intelectuale, comunicaționale, comportamentale) și tulburărilor de personalitate. Sistematizarea patologiei psihiatrice era expusă în Tratatate de specialitate. Iar către sfârșitul sec.XX s-au impus ca și clasificări internaționale ale tulburărilor mentale utile statisticii Organizației Mondiale a Sănătății (ICD-9,10,11) și cea americană (DSM-III-IV-5).

În cursul sec.XX psihanaliza, ca doctrină psihoantropologică ce punea accentul pe conflictul intrapsihic - inconștient rezultat din primii ani a ontogenezei și interiorizarea reprezentărilor parentale -, a susținut o formă specială de psihoterapie, dedicată cazurilor ambulatorii. Ea a cultivat, cu un interes special conceptul de nevroză, împrumutând din nosologia vremii noțiuni clinice precum hysteria (de conversie și disociativă) patologia obsesiv compulsivă, cea anxios fobică (hysteria de angoasă) etc. Dar rigoarea sa în domeniul definirii și circumscrierii cadrelor nosologice a fost redusă. Acest fapt s-a resimțit negativ în clinicile psihiatrice din SUA, unde psihiatrii s-au văzut blocați în cercetare, datorită lipsei unui consens diagnostic. Faptul a dus la elaborarea și publicarea în 1980 a Manualului DSM III care cultivă un spirit neokraepelinian și descriptiv comportamentalist, elaborând o sistematică bazată pe categorii nosologice bine delimitate, circumscrie prin definiții operaționale univoce. Tulburările psihice sunt considerate ca distincte de destinul personal al pacientului, fără zone de tranziție cu normalitatea; dar se acceptă comorbidități.

Rigoarea de tip comportamentalist cogitivist pe care sistemul DSM-III s-a străduit să o impună în formularea diagnosticului psihiatric nu a putut însă evita recursul la simțul comun. Limbajul descriptiv al tulburărilor psihice nu poate fi

altul decât cel natural, apelându-se la înțelesurile pe care toți oamenii pentru cuvinte ca frica, anxietatea, depresia (tristețea, convingerea sau credința etc.). Convenția tacită cea mai importantă s-a referit la intensitatea manifestărilor anormale. În această direcție, în lipsa unui etalon definibil obiectiv, s-a recurs la o trimitere pragmatică: împrejurarea în care se impune internarea, instituționalizarea pacientului. Aceasta a fost etichetată ca „intensitate clinică”. O altă dificultate se referă la etichetarea stărilor psihotice în care subiectul nu mai evaluează corect realitatea ambientală, comportându-se aberant. Pentru acestea s-a recurs la expresia de „tulburare a testării realității”, care face de fapt trimitere la o perturbare a ceea ce s-ar putea denumi „simț comun” sau „axiome ale cotidianității”. Adică de înțelegere și raportare la realitatea curentă care face posibilă cooperarea comunicativă firească cu alții, exercitarea rolurilor sociale, familiale, profesionale. Anormalitatea psihopatologică, ce invocă un deficit al funcționării psihice, nu se poate face fără trimitere la existența naturală ce implică înțelegerea „adecvată” a situațiilor, reacții „adecvate” față de evenimente etc. Pretenția de rigoare a sistemelor de diagnostic psihiatric se bazează pe fundalul de naturalitate spontană și firească a existenței umane comunitare, în mijlocul căreia se desfășoară coexistența și creativitatea oamenilor.

Sistemul DSM III, care a ajuns în prezent la varianta DSM-5 (2013) a favorizat studiile neurocognitive și doctrina cognitivist comportamentală. Dar în paralel cu diagnosticul oficial ce rezultă din acest sistem, cercetătorii au identificat și susținut realitatea unui continuum, atât între unele categorii nosologice, cât și între acestea și normalitate. Ideea continuumului cu normalitatea a câștigat teren și odată cu desinstituționalizarea bolnavilor psihici. Ea a fost apoi susținută de către doctrina vulnerabilitate stres; precum și de cercetările psihopatologiei developmentale și a ciclurilor vieții, care au evidențiat importanța manifestărilor

**Sistematizarea tulburărilor mentale în actualul DSM-5 (2013)
(structura manualului)**

- Primul capitol se referă la tulburări neurodevelopmentale ce se evidențiază în copilărie și pe parcursul ontogenezei în plan intelectual, al comunicării, al învățării și motorii ;aspecte speciale reprezintă spectrul autist și tulburarea de atenție/hiperactivitate (ADHD);
- Următoarele capitole reunesc tradiționalele psihoze endogene ale lui Kraepelin, incluzând variantele ușoare: - spectrul schizofren și alte tulburări psihotice; - tulburarea bipolară și cele corelate; - tulburările depresive.
- Sunt prezentate apoi, succesiv, tulburări care tradițional erau incluse în grupul nevrozelor și reacțiilor psihosociale: - tb.anxioasă; - tb.obsesiv compulsivă și corelate; - tb.corelate traumei și stresorilor; - tb.disociative; Simptome somatice și corelate.
- Următorul grupaj se referă la tulburări numite de ICD-10 fiziologice:- tb.alimentare; - tb. de eliminare; - tb.ale somnului și veghei; - disfuncții sexuale; - disforia identității sexuale; - tb.descriptive, ale controlului impulsurilor și conduitei.
- Tb.neurocognitive, centrate pe tradiționala deteriorare dementială; dar, incluzând și deliriumul.
- Tb. de personalitate; tb.parafie
- Alte tb.mentale
- Alte condiții care pot atrage atenția clinică.

Sistemul ICD-11 (2018) nu mai urmează stilul definițiilor operaționale din DSM-III-5 (pe care-l încercase varianta ICD-10), fiind centrat pe idnetificarea tradiționalelor tulburări psihotice și nevrotice și de personalitate, flancate de tulburări neurodeveopmentale și degenerative. Comentarea tulburărilor e simplă și clară, acceptându-se comorbidități; iar unele dintre acestea sunt condensate în formele diagnostice.

Începutul se face prin tulburările neurodevelopmentale, atât cele globale (ce prvesc inteligența, instabilitatea atenției și comportamentului, spectrul autist) cât și cele sectoriale (de însușire a limbajului, cititului, calculului aritmetic); se include tulburările emotive, reacțiile, comportamentele.

În tradiția tulburărilor psihotice ale lui Kraepelin e comentată schizofrenia, psihozele acute și cele delirant persistente, catatonie și tulburările dispoziționale (maniacele, deprsive, bipoalre). O atenție aparte e acordată combinației dintre acestea și schizofrenia sau patologia delirantă.

În tradiția nevrozelor sunt prezentate tulburările anxios fobice obsesiv compulsive (și cele corelate acestora), tb. Disociative și cele corelate stresurilor. În continuare, capitolele se referă la tulburări alimentare, de eliminare, ale experienței corporalității.

O atenție deosebită a aceste tulburări corelată consumului de substanțe și a celor addictive. Urmează tulburări ale controlului impulsurilor, comportamentele disruptive și disociale, tulburări de personalitate, parafilii și tb. factice.

În final sunt comentate tb.neurodegenerative, cele asociate sarcinii, nașterii și puerpe.....sd. cele secundare unor sindroame asociate.

prodromale și subclinice. Acestea, deși nu întrunesc criteriile pentru un diagnostic actual, au semnificație clinico evolutivă.

Ținându-se cont și de studiile genetice, s-a conturat treptat în mijlocul acestei atmosfere științifice, doctrina spectrelor maladive psihopatologice. Aceasta atrage atenția asupra prezenței la rudele de gradul I ai pacienților cu o tulburare definită – dar și la aceștia, de-a lungul biografiei – nu doar a unor forme de intensitate subclinică a suferinței de bază; ci și a unor alte aspecte cum ar fi: temperament aparte, personalitatea accentuată sau patologică, preocupări și hobby-uri deosebite, opțiuni profesionale specifice, performanțe superioare și creativitate în anumite direcții etc.

Viziunea spectrelor maladive, deși pentru moment nu se poate integra într-un sistem de diagnostic explicit, dat fiind că se referă la aspecte ce nu pot fi etichetate ca maladive, vine însă în întâmpinarea unei noi doctrine ce prinde tot mai mult contur, cea a psihopatologiei evoluționist culturale.

Dacă anxietatea, depresia, euforia sărbătorească, preocuparea pentru sănătate și atractivitate, suspiciunea, nevoia de ordine și curățenie etc. pot fi considerate funcții și modalități normale, adaptative de raportare la realitate, atunci apare firesc de a urmări disfuncția și deficitul de manifestare al acestora; de la un nivel minor, până la cel ce se exprimă prin tulburări psihice majore.

Un astfel de proiect pe care actuala psihopatologia evoluționistă îl schițează, apare ca interesant, chiar pasionant. De la început se pot întrevădea însă multiple dificultăți. Prima, și nu cea mai simplă, constă în lipsa unei concepții unitare, bine articulate, privitoare la coordonatele de bază ale psihismului specific uman. Dată fiind multitudinea de perspective din care psihismul omului a fost abordat de-a lungul istoriei, atât de către filosofi, experimenterii, psihanalisti, fenomenologi, caracteriologi, specialiști în biopsihologie și în sociopsihologie etc., sarcina pare dificilă. Psihopatologia poate avansa la acest nivel propria sa perspectivă, care se

referă la acea structură a psihismului care poate face relativ de înțeles stările psihopatologice cunoscute.

O altă dificultate se referă la însăși condiția psihopatologică. Dacă se acceptă ca ea se realizează printr-un deficit structural a ceea ce ar trebui să fie psihismul normal, acest deficit și distorsiunile ce se produc devin o temă majoră de cercetare.

Sugestiile avansate în sec.XX privitoare la înțelegerea tulburărilor psihice ca un experiment natural, sunt utile; dar ele de abia deschid un câmp problematic. Se întrevede de la început că ar fi necesară schițarea unui model al psihismului normal și echilibrat, în raport cu care cazuistica psihopatologică înregistrată să ridice probleme de interpretare. Lucrurile se complică și mai mult dacă se privește mai departe decât una sau două modalități de psihopatologie, înspre ansamblul acestora.

Dar pentru a ajunge undeva, trebuie să întotdeauna făcuți primii pași. E posibil, ca, pe drum, alții să atragă atenția că direcția nu e chiar cea mai bună; și nici drumul ales.

Totuși, se cer încercați câțiva pași.

II

SENTIMENTUL DE A FI PRIVIT ȘI RUȘINEA; SITUAȚII ȘI PERSONALITĂȚI ANORMALE

1. **Anxietatea socială și sindromul de relație senzitivă**

În psihopatologia clinică, sentimentul neplăcut de a fi privit de către alții cu o atitudine negativă, se întâlnește în două sindroame: anxietatea socială, ce se plasează în tradiționalul domeniu al nevrozelor; și, sindromul senzitiv de relație, ce se corelează de obicei cu delirul paranoid; deci, cu o tulburare psihotică.

Anxietatea (fobia) socială se referă – după DSM-5 - la supraevaluarea situațiilor în care individul ar putea fi privit scrutător de către alții, examinat atent, și evaluat negativ; anticiparea exagerată și distorsionată a acestor eventualități neplăcute duce la evitarea lor, ca perturbarea vieții cotidiene. Evaluarea negativă se referă la faptul că ar putea fi considerat slab, neatrăgător, excentric, plictisitor, murdar. Sau că va avea consecutiv anxietății, manifestări corporale exagerate: roșeață, tremurături, transpirație, bâlbâială etc. care, constatate de alții, conduc la evaluare negativă și rejecție. Se mai descrie frica de a nu emite în societate gaze urât mirositoare, de a urina în prezența altora, de a mânca în public sau de a vorbi în fața unui auditoriu.

Situațiile sociale menționate pot provoca atacuri de panică și determină anxietate anticipatorie, fiind evitate. Pacientul nu mai participă la evenimente sociale și petreceri, nu ia masa în public, e îngrozit de examene, uneori nu mai merge la școală sau serviciu.

Pe scurt, în fobia socială e centrală o preocupare anxios fobică anormală a subiectului de a nu se face de rușine în public, atrăgând astfel atenția și privirea depreciatoare a celorlalți.

Sindromul de relație senzitivă (s.r.s.) constă dintr-o convingere anormală a subiectului, de tip delirant, că e privit în mod special și eventual comentat negativ în spații publice, de către persoane ce par a se reuni, complotând împotriva sa.

Pe stradă pacientul are impresia că lumea, cunoscuții - dar mai ales necunoscuții, - îl privesc în mod special, întorc capul după el, își fac semne cu subînțelesuri, schimbă priviri, zâmbesc, chicotesc, șușotesc între ei. La serviciu de asemenea, cum intră într-o încăpere, ceilalți par a-l privi în mod special și a se înțelege prin semne. Se pot adăuga (pseudo) halucinații auditive: pacientul aude cum alți discută despre el, de obicei negativ, luându-l în râs, bârfindu-l, bătându-și joc de el. Uneori poate fi vorba de interpretarea halucinator delirantă a unor discuții reale, alteori pot fi halucinații auditive propriu zise.

Sentimentul patologic al pacientului de a fi privit în mod special, de a i se acorda o atenție deosebită în spațiul public, se corelează acum cu fenomenul de centralitate delirantă și cu supravegherea paranoidă. În delirul paranoid, cu tematică de atitudine ostilă din partea altora, subiectul se simte pus sub observație, urmărit, supravegheat uneori de la distanță cu mijloace speciale. Sindromul senzitiv de relație se plasează la unul din capetele acestei supravegheri, cel care se corelează cu situaționalitatea privirii directe și atente (la celălalt capăt se plasează simptomele de transparență și influență psihică, care sunt transsituaționale). Sentimentul de centralitate psihotică se însoțește de simptome perceptiv de referință; percepții obișnuite sunt scoase din context și resimțite ca având o semnificație deosebită, ca niște mesaje misterioase pentru pacient. În acest cadru, privirile și comentariile capătă o semnificație specială; și anume faptul că subiectului „urmează să i se întâmple ceva deosebit”. În această linie se plasează și impresia că o anumită privire izolată – de exemplu a comentatorului de la TV – se îndreaptă, cu semnificații speciale, deși neclare, spre el.

Sindromul senzitiv de relație

Cazuistică

- O femeie de 53 ani, dezvoltă în 3 luni un tablou psihopatologic cu dispoziție afectivă tristă; are impresia că vecinii din bloc o privesc ciudat și o comentează; își fac semne în ascuns; apoi apar halucinații auditive comentative și interpretative.
- O femeie de 30 ani, căsătorită, dezvoltă treptat, în decursul unui an, idei de persecuție (colegele de serviciu vor să-i facă rău), se simte urmărită; colegele o bârfesc și își fac semne pe la spate. La o recădere afirmă: „vecinii vorbesc despre mine că sunt prea slabă, oamenii din mașini se uită ciudat la mine”.
- O femeie de 27 ani, căsătorită cu un copil, în urma unui conflict cu un medic, prezintă convingerea că atât ea cât și fetița ei au SIDA. Are impresia că oamenii cunoscuți de ea – asistente medicale, vecini din sat – discută despre ea și spun fie că are SIDA, fie că e o nebună.
- O femeie de 21 ani, în contextul unor factori stresanți, prezintă neliniște, anxietate, depresie, sentiment de vinovăție; e convinsă că e gravidă, are impresia că toți din jur îi cunosc secretul și o disprețuiesc, se consideră suferind de o boală venerică. E convinsă că toți cei din jur știu despre boala ei are impresia că se vorbește despre ea, toți se poartă într-un anumit fel cu ea, își fac semne, e înregistrată cu camere video.
- Un bărbat de 26 ani are la un moment dat senzația că e urmărit, că oamenii îl privesc ciudat și insistent pe stradă.

Sindromul senzitiv de relație diferă de fobia socială prin pierderea capacității de a evalua corect starea actuală. Ceea ce în fobie apare ca o eventualitate nedorită, ca un eveniment posibil în viitor care se cere evitat, se manifestă acum ca o trăire actuală, în plină desfășurare. Subiectul resimte că s-a transformat în personajul central al unui scenariu în derularea căruia el e în mod efectiv privit cu atenție batjocoritoare; fapt pe care în fobie tocmai încearcă să-l evite.

Atât în fobia socială cât și în sindromul de relație senzitivă, aspectul central al psihopatologiei constă în condiția neplăcută de a fi privit de alții, în zona publică, în mod negativ, depreciator. Dacă ne ridicăm problema ce împrejurare normală și adaptativă ar corespunde acestei condiții, în mod firesc ne vine în minte trăirea rușinii, în care subiectul e privit curios, depreciativ și batjocoritor. Rușinea e diferită de simpla anxietate, de depresie și de sentimentul vinovăției, printr-o

modalitate specială de relaționare a subiectului față de alții pe diagrama intim public. O analiză antropologică a problemei va presupune, în consecință, comentarea rolului privirii în relaționarea umană și al rușinii în existența persoanei.

2. Valențele psihosociale ale privirii omenești

Printre metamorfozele psihocorporale de pe parcursul antropogenezei, un loc de prim rang îl ocupă stațiunea bipedă. Bipedismul se corelează cu câteva reorganizări morfofuncționale esențiale pentru psihismul uman precum: - poziția specială a laringelui (ce va permite vorbirea articulată); - nașterea prematură (ce va asigura atașamentul comunicațional cu mama în perioada maturării creierului); - și, mai ales, nuanțarea prehensiunii la membrele anterioare, în corelație cu privirea frontală. Conjuncția țintită a celor doi ochi va permite concentrarea atenției într-un câmp vizual al percepției focalizate și al investigării prin manipulare, fapt ce va susține procesul de fabricare a uneltelor și dezvoltarea funcțiilor executive.

Privirea ațintită permite o percepere centralizată a obiectelor, ce se detașează de pe un fundal accesibil, învelit de orizont; precum și perceperea spațiului ambiental prin distanțe și direcții definite. Se realizează astfel o mutație în selecția biopsihologică a informațiilor, din aria predominant olfactivă specifică mamiferelor, deschisă spre întreaga circumferință a mediului înconjurător, în direcția unei focalizări, care selectează și ierarhizează. Limbajul narativ, ca nouă modalitate informativă intraspecific-umană ce se va dezvolta amplu odată cu homo sapiens, va beneficia de acest fundal; care, de altfel, se va adânci odată cu apariția scrisului și cititului.

Dincolo de rolul generic pe care privirea frontală îl joacă în desfășurarea evolutivă a antropogenezei, ea are o importanță specială în comunicarea interumană și în relaționările interpersonal sociale.

Un istoric al religiilor despre poziția corpului uman

Mircea Eliade își începe **Istoria doctrinelor și credințelor religioase** cu cuvintele:

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

Eliade se concentrează asupra condiției omului cultural de după revoluția agricolă, așezat în localități, care cultivă pământul și venerază zeei prin ritualuri, construind temple și palate. Poziția verticală e invocată și pentru că plasează într-o condiție spațială specială cerul, ce va susține absolutul transcendenței pe axa sus-jos. De asemenea, această poziție dă un sens special orizontului, lumea fizică și cea umană fiind astfel învăluite de cer și de orizont.

Pe parcursul ontogenezei psihice, după ce sugarul recunoaște fața și zâmbetul specific al mamei, el dezvoltă capacitatea privirii ațintite, depistează privirea mamei și realizează o conjugare cu aceasta. Întâlnirea și coordonarea privirilor mamei și a sugarului este baza unei esențiale comunicări preverbale, marcată de la început de intersubiectivitate. Etapele succesive ale acesteia se desfășoară pe fundalul relației de atașament, a dezvoltării vorbirii și a funcțiilor executive. La capătul procesului, după 3 ani, copilul câștigă capacitatea de mentalizare (Teorie a minții - ToM), ce constă din intuirea intențiilor și opiniilor altei persoane într-o situație dată. Mentalizarea are în centrul său privirea, care operează atât prin sinteza informativă a semnificației situației în ansamblul său, cât și prin cogniția socială pe care o asigură „citirea” feței celuilalt, centrată de privire. De fapt, orice înțelegere de ansamblu a situațiilor, include perceperea oamenilor prezenți sau implicați în ea. Atitudinile, intențiile și evaluările celorlalți pe care

Privirea împărtășită în ontogeneză

Interesul pentru lumea din jur care se manifestă în stările de vigilitate, este un fenomen spontan nespecific, comun omului și animalelor. Sisteme neuronale aflate la baza creierului dinamizează animalul și copilul să exploreze autostimulat ambianța, fără a cauta un obiect sau o satisfacție determinată. În universul său perceptiv sugarul întâlnește însă figura mamei. El are o capacitate înnăscută de a recunoaște fața umană și expresiile acesteia. Copilul devine atent la fața mamei; și, treptat urmărește țintit privirea acesteia, orientându-se spre lucrurile la care ea privește (fenomenul e denumit R.J.A de la „responding to joint attention”). Procesul începe să se desfășoare între 8 și 12 luni în același timp cu relația de atașament. Copilul se familiarizează cu expresiile feței umane, constatând că poate declanșa reacții ale mamei prin zâmbet sau plâns. O fază ulterioară este cea în care copilul inițiază observarea unui lucru și solicită – pretinde – adultului să-și îndrepte atenția spre ceea ce îl interesează pe el (I.J.A. – „initiating joint attention”). Mai târziu coordonarea atenției sociale poate fi realizată prin sarcini instrumentale în care se solicită și se pretinde colaborarea altuia (I.B.R. – „initiating behaviour regulation”). Atenția conjugată ce se dezvoltă la sfârșitul primului an pregătește și apoi întreține relația de atașament și apoi e operantă în fenomenul ToM.

Atenția conjugată – a copilului și mamei în ontogeneză, între doi oameni mai târziu – exprimă capacitatea de a împărtăși intenții. Ea stă la baza colaborării la scară redusă, între indivizi și grupuri restrânse, în atingerea unor obiective imediate. Studii experimentale (Tomasello) indică faptul că aceasta nu e prezentă în mod similar la cimpanzei (se poate dezvolta însă, apreciabil, la câinii de casă). Privirea conjugată și atenția împărtășită e fundamentală în dezvoltarea comunicării interpersonal sociale. Ea este integrată apoi în diverse roluri și situații ale vieții cotidiene, pe care le susține, împreună cu întreaga expresivitate mimico gestuală (numită și comunicare non verbală). Comunicarea prin privire joacă un rol important în exprimarea afecțiunii, dragostei, rejecției, suspiciunii, dominării, sumisiunii.

Emily Wyman, Michael Tomasello, The ontogenetic origins of human cooperation, in Rita M. Dunbar, Luise Barrett, Evolutionary psychology, The Oxford University Press, 2007

subiectul le descifrează, includ și raportările acestora la el. Se constituie astfel o bază pentru relaționările de colaborare; dar și pentru cele de suspiciune.

Între modalitățile raportării la situații se numără și observarea, investigarea și, uneori, supravegherea. Copilul mic observă și investighează lumea din jur deplasându-se, luând în mână obiectele accesibile și întorcându-le pe toate fețele, privindu-le curios, băgându-le în gură. Pe de altă parte, mama supraveghează copilul prin privire, urmărindu-i conduita.

Aceleași procese fundamentale se realizează în diverse situații și contexte. Întreaga formare educativă din tinerețe și orice învățământ, implică supravegherea și urmărirea conduitei celor avuți în vedere, evaluarea lor periodică, de către formatori și educatori.

Supravegherea se aplică, apoi, bolnavilor, deținuților și celor anchetați. În spitalele de psihiatrie sunt angajați în mod special „supraveghetori”. Un om aflat sub anchetă juridică e pus sub supraveghere. Observarea, supravegherea, uneori urmărirea, se realizează deseori prin organe sociale și persoane specializate. O modalitate aparte de supraveghere și urmărire e instituționalizată prin spionaj. În toate aceste domenii, o privire ageră e necesară, chiar dacă se folosesc în plus mijloace tehnice sofisticate, camere de luat vederi și filmări de la distanță. Pentru om, capătul de drum al oricărei informații, sociale sau științifice, este receptarea acesteia într-un mod „evident” de către persoane individuale, prin privire.

Revenind la relaționarea interpersonal socială, privirea prin care o mamă supraveghează comportamentul copilului ei este o expresie a grijii sale pentru a-l proteja, susține, ghida. Privirea poate exprima astfel de atitudini; și la fel îndemnul, susținerea, aprobarea, acordul cu celălalt, încurajarea, stimularea. Desigur toate expresiile menționate nu se rezumă la privire, ci implică ansamblul feței, uneori și a corpului, fiind dublate deseori de cuvinte corespunzătoare. Dar, zona expresivă a ochilor conjugată cu cea a gurii, este esențială. Cu precizarea că ochii, privirea, trimit spre adâncimile subiectivității. Observațiile de mai sus vor fi subînțelese și în comentariile ce urmează.

Expresia feței, susținută semnificativ de privire, poate indica acceptarea unei relaționări și comunicări cu o altă persoană. Ca expresie a înțelegerii reciproce, oamenii își pot face „semne cu ochii”. Sau, când sunt în dezacord cu un altul, pot schimba între ei „priviri cu subînțeles”.

Privirea poate exprima deci apropierea și întâlnirea dintre oameni. Dacă „îi faci cu ochiul cuiva” faptul poate însemna un acord, o chemare chiar. Ochii pot fi

A fi privit de o statuie și sentimentul prezenței

Psihopatologul fenomenolog Blankenburg a analizat într-un studiu din 1965, diferența dintre o percepție referențială trăită de un schizofren și o trăire similară dar controlată, invocată de un poet. Trimiterea e la un sonet a lui Rilke, în care acesta evoca impresia avută într-un muzeu că este privit direct de către o statuie, care-i transmite că „trebuie să-și schimbe viața”. Ciudățenia trăirii e convertită de artist în creație poetică; pe când schizofrenul ce trăiește o dispoziție delirantă, cade pe o orbită psihotică.

Faptul de a te simți privit de o statuie e neobișnuit deoarece, arta statutară prin specificul ei, nu cultivă privirea directă. Ea evocă însă prezența unei instanțe antropomorfe deosebite, re-prezentând (încă din vechime), în metropole și în centrele politice, vârful ierarhiei sociale (faraonul, împăratul), aflat în legătură recunoscută cu sacralitatea. Democratizarea industriei statutare în vremea greco romană e paralelă cu antropofomizarea zeilor. Relaxarea legăturii cu aceștia se instituie în această perioadă și prin apariția figurii regelui pe banii-monedă. Statuia și efigia amintesc cetățenilor că puterea politică veghează asupra lor. Creștinismul induce însă o reconversie; căci prin doctrina întrupării lui Dumnezeu în om, a prezenței sale în adâncurile subiectivității conștiinței, venerarea sacralității prin icoane impune un contact aparte și generic cu figura umană. Dezvoltarea intensă în perioada postrenascentistă a portretului și autoportretului, au permis apoi, ca în cultura modernității reprezentările figurii umane, cu tot cu privirea lor, să se laicizeze. În plus, creștinismul cultivă în mod special privirea ca simbol al adâncimilor subiectivității, într-un univers în care Dumnezeu e atoacunoscător, fiind simbolizat printr-un ochi atoatevăzător.

Statuia, chiar lipsită de privire, marchează însă, așa cum s-a menționat deja, „o prezență” – desigur reprezentativă – a unei instanțe importante a puterii lumești, personalizată ca simbol al supravegherii suprapersonale. O astfel de prezență generică e de la sine înțeleasă în orice percepție a unei alte persoane, chiar transpusă în statuie sau portrete ce ne privesc. „Sentimentul de prezență a cuiva”, poate depăși însă percepția. Un om poate resimți că ființa iubită e prezentă, chiar dacă ea se află mii de kilometri depărtare. La fel poate fi resimțită prezența unei persoane apropiate care a decedat. Sau, prezența lui Dumnezeu, pentru un credincios ce se roagă intens.

Sentimentul prezenței (în apropiere) este resimțit și atunci când corespondăm cu cineva, vorbim la telefon sau comunicăm pe internet. Iar această „prezență cvasiperceptivă” și indirectă, se cere înregistrată ca un element al „câmpului relaționărilor interpersonal sociale” ce gravitează în jurul fiecărui subiect.

Dacă în secolul XVIII Condillac, încercând să elaboreze o psihologie umană materialistă a imaginat o statuie a cărui simț esențial era pipăitul, în sec.XXI un om-mașină nu va putea fi imaginat fără dimensiunea sa socio-culturală bazată pe limbajul narativ și pe privire, într-o instanță reprezentativă, prin care să poată fi prezentă oriunde și oricând.

„jucăuși”, se pot „trage ochiade”, se poate cocheta astfel. Există priviri care atrag, priviri ale apropierii sufletești, ale afecțiunii și dragostei. Mama își poate „sorbi din priviri” copilul. Îndrăgostiții, privindu-se, nu mai au nevoie de cuvinte. Cei apropiați sufletește se înțeleg din priviri.

Dar, prin privire se poate exprima și dezaprobarea, dezacordul. Și în plus mustrea, reproșul, disprețul chiar, desconsiderarea. Privirea cuiva poate semnifica apoi milă, compătimire, compasiune. Sau, ea poate chestiona moral, atunci când „te uiți direct în ochii altuia”, străbătător. Cel care e nesincer sau vinovat nu suportă această privire directă; și „lasă ochii în jos”. Din privire poate răzbate apoi nesiguranța de sine, nehotărârea, neliniștea, anxietatea.

Privirea poate exprima însă și forță sufletească. Există priviri autoritare, dominante, pătrunzătoare, priviri care pot fascina și manipula. Sugestia și hipnoza se bazează în mare măsură pe o astfel de privire.

Privirea poate fi una de confruntare. Din ochi se poate scurge ură, dușmănie. Privirea poate fi „rea”, amenințătoare. Tradiția populară vorbește de un fel de vrajă prin privire, cu consecințe negative: „deochiul”.

Multitudinea manifestărilor expresive ale privirii ne atrage atenția asupra faptului că existența fiecărui om e scufundată constant „într-o lume umană”, într-o atmosferă a relaționărilor interpersonal sociale, a cărui aer e impregnat constant de privirea reciprocă. Relaționări intime și oficiale, conjuncturale sau prelungite, sunt susținute de priviri, care stau la baza țesăturii de evenimente ce constituie pânza de fond a vieții noastre cotidiene. Dacă limbajul narativ, perceptibil auditiv și prin scris, poate fi considerat o condiție de posibilitate generică „a lumii umane” în ansamblul ei, privirea – și deci vizualitatea – rămân suportul perceptiv indiscutabil a zonei de intimitate a psihismului uman. A spațiului intim în care omul locuiește, a corpului său și a celorlalți, în care subiectivitatea sufletului conștient e încarnată. De aceea privirea e esențială în trăiri umane fundamentale, așa cum e dragostea, rușinea, sinceritatea, vinovăția.

Există, desigur, și un nivel de suprafață, oficial sau general social al perceperii altui om prin priviri; și al perceperii sale de către alții. În permanență fiecare este privit, chiar dacă cel mai des indirect și fugitiv, de către alții. El poate fi privit ca simplă persoană indiferentă, ce trece pe stradă. Sau, ca reprezentantul unei firme, a unui statut și rol social, identificat ca vecin, coleg sau cunoștință, ca un șef de instituție sau conducător politic. Prin priviri sunt supravegheați deținuții dintr-un penitenciar, persoanele pe care le urmărește un serviciu de informații. Camerele de luat vederi ce sunt instalate în instituții și la intersecții înregistrează un material care, atunci când e vizionat, poate permite identificarea unor oameni implicați în situații publice. Dar, prin privire, pot identifica și persoana apropiată, cu care întrețin relații strânse și colaborez. La acest ultim nivel, privirile se întâlnesc și intră în rezonanță, în colaborare, în reciprocitate.

Faptul de a fi privit, cu toate conotațiile sale de semnificație, este în esență o condiție situațională, nemijlocită. Dar, psihismul uman are, prin definiție, o structură meta-reprezentatională, prin care orice eveniment actual e proiectat pe un ecran al modelelor, cunoscute sau posibile. În acest sens pot fi reprezentate ca amintiri, trăiri semnificative din trecut. Sau, pot fi imaginate și plasate pe scena reprezentării situații eventuale, ce s-ar putea actualiza cumva, în viitor, într-un fel și moment anume. Perspectiva meta-reprezentativă e fundamentală nu doar pentru înțelegerea fobiilor – ce se referă la eventualități neplăcute sau periculoase care se cer evitate, - ci, mai ales, a stărilor halucinator-delirante; în aria cărora se înscrie și sentimentul de a fi privit și comentat din sindromul senzitiv de relație.

3. Fenomenologia rușinii

Caracterizare generală. Rușinea e un sentiment relațional neplăcut de inferiorizare și marginalizare socială, în condițiile unei sancționări sociale prin priviri, comentarii disprețuitoare și râs batjocoritor.

Aspectul central îl constituie situația nemijlocită de trăire a umilirii sub privirile celorlalți. Subiectul resimte un sentiment penibil, cu dorința de a se

retrage; el parcă „ar intra sub pământ de rușine”. De obicei abordează o postură sumisivă, inhibată, însoțită de fenomene neurovegetative și roșeața feței (parcă „i-ar crăpa obrazul de rușine”); ținută pe care cei ce-l sancționează o pot recepta, victorioși. Rușinea poate fi resimțită, desigur, și în solitudine, ca amintire a evenimentului penibil menționat mai sus; ori care e interpretat în acest sens. Sau, ea e trăită de subiect anticipativ, ca o timiditate și frică anxioasă de a nu ajunge într-o situație critică, când el ar trebui să se expună public sub privire scrutătoare, evaluatoare și predispuse la sancționare depreciativă a celorlalți. Dar în toate cazurile referirea de bază e la situația trăită actual, în care subiectul este privit în mod special. Deși e vorba de o reacție comprehensivă și adaptativă, trăirea „rușinii” poate căpăta o intensitate și o formă anormală, mai ales în prelucrările sale rememorative și anticipative.

Rușinea funcționează în viața de zi cu zi pentru a regla respectarea normelor de conviețuire (ceea ce „se cade” să se facă) și pentru a se evita situații excentrice, penibile care provoacă jenă. Ea se poate instala și în urma eșecurilor publice care stârnesc desconsiderarea celorlalți (dispreț, compătimire); sau lezarea onoarei subiectului. În plan macrosocial s-a practicat condamnarea dușmanului învins la oprobriul public și expunerea sa socială pentru desconsiderare și blam.

Rușinea e o trăire negativă a persoanei aflată în aria sumisiunii sociale, la un pol opus față de asertivitatea, satisfacției și încrederii în sine, orgoliului combativ. Ea e diferită și de suspiciunea persecuției paranoide; precum, și de sentimentul depresiv al vinovăției depresive care se desfășoară în esența sa în afara referirii la situația privirilor și a râsului disprețuitor al celorlalți.

Rușinea și pudoarea sexuală. În cultura occidentală fenomenul rușinii e corelat de obicei cu evenimentul biblic al conștientizării sexualității de către Adam și Eva, urmat de izgonirea lor din Rai. În această secvență rușinea se intersectează cu vinovăția; dar nu și cu depresia. Complexul evenimential la care face referință Biblia are multiple semnificații.

Rușinea indusă de goliciunea corporală expusă public, presupune o cultură în care îmbrăcămintea joacă un important rol socio-cultural; și în care funcționează o clară distincție între existența privată și cea publică. Mitul biblic se constituie în mijlocul culturii mesopotamiene – Abraham pleacă din Ur –, care la vremea aceea se plasa în vârful dezvoltării societăților urban-agrar. Hainele jucau în acestea rolul unui limbaj al diferențierii statutului social ierarhic al persoanelor. Iar între viața privată și cea publică - administrativă, religioasă și a puterii civile sau militare-, diferențele erau deja majore.

Dacă ne întoarcem spre originile biopsihologice ale acoperirii protective a zonei sexuale, se cere precizat că aspectul adaptativ se referă în primul rând la protejarea organelor de reproducere (mai ales la bărbați) în condițiile poziției bipede, care face ca această parte a corpului să fie mult mai expusă agresiunilor decât la patrupede. De aceea zona sexuală este și bogat inervată, cu o crescută sensibilitate dureroasă. Actul sexual, dată fiind importanța sa pentru reproducere, se realizează la om de obicei în zona mai protejată a locuirii, unde se va avea grijă și de copii. Spațiul în care familia locuiește, familia fie ea mai restrânsă sau mai lărgită, devine unul al intimității, în care interacțiunile biopsihologice dintre părinți și copii sunt multiple și variate, înțelegerea reciprocă realizându-se predominant nonverbal. În acest loc îmbrăcămintea e sumară; iar goliciunea e curentă. Caracteristicile existenței în spațiul intimității familiare se păstrează și când se dezvoltă o diferențiată viață publică.

Ieșirea din spațiul privat al locuirii în intimitate cu familia în “spațiul public”, presupune reprezentarea și afirmarea statutului social, în cadrul unei organizări ierarhice a comunității. Îmbrăcămintea participă la diferențierea rolurilor și ierarhiei sociale, la afirmarea particularităților persoanei. Omul gol corporal, “despuiat” de haine, își pierde identitatea socială. Devenit un “oricine”, un “nimeni”, el ajunge nu doar mai vulnerabil biologic, ci și în afara normelor ce reglementează viața socială. Și, în plus, prin nefirescul condiției sale, el atrage atenția celorlalți, însoțită de priviri și atitudini dezaprobatore. Când

Iisus își poartă crucea, El e supus oprobriului public; iar când e răstignit, El e despuiat de majoritatea hainelor (cămașa sa e jucată la zaruri) și batjocorit.

Condiția de vulnerabilitate și slăbiciune în care se află în public un om aflat în nuditate, lipsit de hainele cu însemnele condiției sale sociale, induce desigur un sentiment neplăcut, de inferioritate și scădere a stimei de sine. Ceea ce e acceptabil în intimitatea vieții private, e neobișnuit și insolit în mijlocul agorei comunitare. Prima reacție a publicului e de obicei nu de ostilitate, ci de curiozitate și hilaritate, stârnind râsul. În aceste condiții, râsul are o semnificație de plasare în inferioritate, de dispreț “batjocoritor”. Nu doar goliciunea publică ci și un comportament neadecvat, eșuare într-o încercare simplă, poate face ca “cineva să se facă de râs” în public și să trăiască rușinea.

Semnificația secvenței Biblice este desigur, dincolo de aceste comentarii psihosociologice, mai adâncă. Ea se referă la mutația pe care spiritualitatea sacrală o induce în existența umană, deasupra condiției sale biologice simbolizată prin multiplicarea sexuală.

Totuși, corelarea rușinii cu dezgolire publică a intimității personale, indică una din sursele importante ale acestei trăiri umane semnificative.

Rușinea și eșecul. Trăirea ce însoțește eșecul e una negativă, în care se combină tristețea, anxietatea și rușinea, toate însoțite de o scădere a stimei de sine. Pot fi urmărite mai multe scenarii.

Dacă revenim la biologie, poate fi invocată competiția masculilor din timpul rutului pentru poziția dominantă în grup, în primul rând asupra femelelor. Comparația ar putea fi făcută până la un punct cu doi bărbați ce se luptă pentru grațiile unei doamne, unul reușind iar celălalt trăind un eșec. Eșecul în dragoste - chiar fără competiție - e deja prin sine o trăire neplăcută. Dacă el are loc în contextul concurențial și e comentat printr-o bârfă publică prin care alții se amuză disprețuitor, șansa de a fi trăită rușinea crește.

Eșecul se poate referi în multe cazuri la neîmplinirea unui proiect personal, despre care cei din jur ar putea să știe puține. Majoritatea proiectelor

personale se desfășoară însă în context social, prin angajarea în realizarea unor performanțe. Un rol esențial în acest proces îl joacă evaluarea finală a experților. Tradițional, ea constă într-o examinare susținută în fața unei comisii. Examenele și examinarea periodică a persoanei de către evaluatori, este în lumea actuală, un aspect al vieții curente. Mare parte din examene sunt publice, desfășurându-se situațional, “sub ochii” examinerilor nemijlocit prezenți. Eșecul în aceste împrejurări este și el nu doar o trăire privată, ci un fapt cunoscut și comentat public.

Un eșec în astfel de condiții, mai ales dacă el se evidențiază prin greșeli grosolane, poate duce la comentarea negativă, disprețuitoare și înjositoare a subiectului de către alții. Și astfel, la trăirea rușinii.

Derularea existenței persoanelor, mai ales în perspectiva proiectelor și examenelor de bilanț, se desfășoară cu ochii ațintiți anticipativ, spre viitor. Un examen este pregătit din timp, iar condițiile desfășurării sale sunt analizate de obicei anticipat. Eventualitatea eșecului – și a rușinii consecutive – nefiind exclusă, există și în această direcție posibilitatea unei alunecări spre anormalitate. E vorba tocmai de “fobia socială”, ce constă în frica exagerată a unui subiect față de felul în care va decurge examinarea sa publică performativă, cu supraevaluarea condiției de eșec. Însăși formularea acestei fobii subliniază faptul că, unul din accente cade pe reprezentarea anticipativă a unui eveniment, în a cărui scenariu subiectul se imaginează ca personaj ce eșuează.

Rușinea, atractivitatea și stigma corporală.

Comunicarea interpersonal socială se realizează în mare măsură prin expresivitate nonverbală în primul rând prin aspectul și mimica feței. Prin intermediul acesteia oamenii se recunosc, se identifică, comunică, se simt atrași sau respinși reciproc. De aceea, dacă o persoană prezintă o rană, o arsură sau un aspect social neobișnuit, ce atrage imediat privirile celorlalți. Un om cu o față deformată, nearmonică polarizează privirea celor din jur, inducând comentarii și reacție socială. Fiecare persoană e atentă la aspectul său corporal, facial, pe care-l

Specificitate umană a trăirii rușinii și râsul

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

Râsul, ca expresivitate specific umană, are două înțelesuri. Unul se articulează cu buna dispoziție euforică comunitară, cu veselia sărbătorească, care, prin dezinhibiția generalizată dediferențiază structura ierarhică a colectivității, crescându-i temporar coeziunea. Oamenii mănâncă, beau, cântă, dansează, glumesc și râd (echivalentul psihopatologic îl constituie sd. maniacal). Celălalt sens al râsului exprimă o atitudine de inferiorizare, de superioritate colectivă prin care un individ e plasat într-o poziție de inferioritate, fiind disprețuit, înjosit, ridiculizat, umilit. Expresia ce se folosește e de “batjocură”. Râsul batjocoritor este cel care consfințește rușinea. Situația e concretizată prin faptul că “cineva” a “ajuns de râsul lumii” (al altora, al tuturor). Acest râs se poate extinde și în zona zâmbetului, care acum se exprimă cu un “aer de superioritate condenscententă” zâmbetul batjocoritor, cu subînțelesuri, cu aluzii. Prin el însuși, zâmbetul are valoare contrară râsului public, el semnificând deschidere umană spre altul, spre receptarea altuia în intimitate. În acest sens zâmbetul a ajuns un modül psihocerebral, manifestându-se deja la sugar și inducând zâmbetul mamei, într-un cerc ce se amplifică până la relația de atașament (chiar și masca zâmbetului poate sugera sociabilitate și deschidere spre contact uman).

Sentimentul de rușine se articulează cu un cadru relațional în care alte persoane privesc cu insistență subiectul (cu curiozitate), iar fața lor exprimă un zâmbet disprețuitor. Urmează râsul ce-i reunește pe spectatorii batjocoritori, care-și iau ca obiectiv comentarea nefavorabilă a subiectului. E vorba de un comentariu critic, inferiorizant, care-l plasează pe subiect într-o poziție ridicolă (de râs). Această condiție se desfășoară în planul narativității culturale sub forma satirizării și a spectacolelor de comedie. În condițiile concrete în care o persoană, prin aspectul și comportamentul său “se dă în spectacol” și “se face de râs”, publicul spectator comentează persoana în cauză în registrul depreciator al batjocurii inferiorizante. Omul ce trăiește rușinea își reprezintă deci comportamentul altora care discută glumind despre el, îl bârfesc, îl comentează disprețuitor.

îngrijește și se pregătește ori de câte ori apare în public. Iar faptul de a avea un aspect dismorf, dezagreabil, induce în subiect trăiri complexuale.

Individul cu dizarmonii corporale și urâțenie fizică se simte neatractiv, putând avea o stimă scăzută față de sine; la fel ca în cazul rușinii. În psihopatologie se întâlnește sindromul dismorfiei corporale, ce constă în ideea prevalentă a pacientului că are un corp nearmonios, deformat, dismorf, urât, neatractiv. Sentimentul negativ al rușinii îl conduce la evitarea aparițiilor publice, cu ideea că alții îl evaluează negativ, dacă nu batjocoritor, cel puțin compătimitor. Precum și la comportamente aberante în încercarea de corecție a dismorfiei presupuse.

Rușinea și oprobiul public. Diverse socio culturi au practicat expunerea publică a persoanelor cu valoare de puniție, prin condamnare la “oprobiul public”. Limbajul tradițional consemnează expresia de trimitere la “stâlpul infamiei”. E vorba de a plasa condamnatul în piața publică unde trebuie să rămână expus privirilor, disprețului și injuriilor comunității. Cetățenii pot să-l batjocorească, să-l scuie, să-i adreseze expresii injurioase, să arunce în el cu diverse lucruri, să glumească și să râdă pe seama sa. O astfel de pedeapsă poate fi amplificată prin felul în care subiectul e expus: într-o cușcă, în haine speciale sau gol, eventual cu o mască de porc sau măgar.

În tradiția Europei medievale și renașterii, cronicile menționează în burgurile continentului variate aspecte ale acestei forme de pedeapsă. Modelul sancțiunii prin care cineva este pus în condiția de rușine, supus privirilor și manifestărilor dezaprobatore ale comunității, este însă general. Până relativ recent în școlile primare se practica pedeapsa “punerii la colț” (“cu nasul la perete”) a unui copil neascultător, astfel încât toți colegii să îl poată privi și disprețui pe la spate. În cazul triumfurilor romane regii națiunilor învinse erau așezați în trăsurile care defilau în fața învingătorilor. Un romancier recent descrie cum în cursul

revoluției culturale din China, persoane declarate “dușmani ai poporului” erau obligate să defileze prin fața mulțimii cu o placardă atârnată de gât pe care scria: “am făcut...” sau “am spus..” cutare sau cutare lucru.

Rușinea, violul și corporalitatea Se poate reveni acum la punctual de la care s-a plecat în comentarea rușinii, adică la sexualitate. Psihopatologii de la începutul sec.XX care s-au preocupat, pe urmele lui Jaspers, de reacțiile psihopatologice, au consemnat faptul că o tânără violată prezintă trăiri intense de rușine, însoțite de simptome “senzitiv relaționale”. Adică, are sentimentul, impresia, că toată lumea știe ce i s-a întâmplat; iar pe stradă ceilalți o privesc în mod special, cu subînțelesuri, dezaprobat, batjocoritor. Astfel de trăiri au fost circumscrise într-un sindrom special de către Kretschmer, care le plasa în marginea delirului. Mai precis, “sindromul senzitiv de relație” (Sensitivebeziehungswahn) era considerat că apare la personalități sensibile, timide, sfioase, emotive, retentive, după unele evenimente de viață, ce sunt intens prelucrate intrapsihic. Simptomatologia sa este cea menționată mai sus: sentimentul (impresia sau convingerea) de a se afla în centrul atenției tuturor, privit permanent și în mod special, batjocoritor, că e comentat, discutat negativ, că se “râde de el”. În cazuistica lui Kretschmer se menționează și cazuri de tineri care practica onania, condiție care devenea tematică prevalentă sau delirantă, a trăirilor senzitiv relaționale. În acest caz, nu se “întâmplă” nici un eveniment public, care ar putea fi relatat și de altcineva. Nu e implicată nici măcar o a doua persoană, ca în cazul violului. Merită reținut însă că și această cazuistică are implicații corporal sexuale. Analizele lui Kretschmer mai au însă o importanță, căci ele atrag atenția asupra unor persoane a căror particularități de personalitate le predispu spre astfel de trăiri.

4. Persoana timidă, histrionicul și psihopatul

În manualul DSM-5 se menționează că persoanele ce dezvoltă anxietate socială sunt de obicei insuficient de asertive sau excesiv de sumisive, deseori controlându-și conversația; ei evită contactul ocular, sunt retrași sau rușinoși. Este indicat astfel aspectul timid al firii lor, dificultatea de a se relaționa și mai ales de a se confrunța cu alții, tendința la autocontrol comportamental; iar această tendință se amplifică mult când subiectul resimte că e observat de alții.

În același manual, la capitolul Tulburări de personalitate (T.P.) este circumscris un tip de T.P. evitantă, ce apare ca o accentuare disfuncțională a firii timide. **Tulburarea de personalitate (TP)** e în DSM-5 o categorie diagnostică ce are în vedere persoane ce prezintă o configurație de comportamente și trăiri ce deviază în mod marcat de la expectațiile culturii în care individul trăiește. E vorba de persoane ce se caracterizează prin disfuncții cognitive (perceperea sinelui, a altora și evenimentelor), afective (privitoare la intensitatea, labilitatea și adecvarea răspunsurilor emotive) a funcționării interpersonale și a controlului impulsurilor. **T.P. evitantă** e caracterizată printr-o inhibiție socială generalizată, sentimente de neadecvare și hipersensibilitate la evaluări negative. Pentru un diagnostic pozitiv se cer a fi prezente cel puțin 4 din următoarele caracteristici: - evită activitățile profesionale care presupun contacte interpersonale semnificative datorită fricii de critici, 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

Tulburările de personalitate (TP)

Scurt comentariu general

TP au fost menționate încă de Kraepelin în sistematica sa nosologică fiind comentate ulterior de Schneider ca „personalități psihopate” în sensul unor caractere anormale ce-i fac să sufere pe alții și suferă ei înșiși din cauza firii lor. Termenul de psihopatie a fost folosit ulterior mult timp pentru persoane cu comportament disocial, amoral, care încalcă normele sociale comițând frecvente infracțiuni.

Sistemul DSM III-IV acordă o importanță aparte TP ce sunt re-acceptate ca și o categorie nosologică a cărui diagnostic e plasat pe o axă aparte, etichetarea multor tipuri sugerând o corelație cu alte tulburări psihice. Sunt avute în vedere 10 categorii grupate în 3 clustere: A. (persoane ciudate, excentrice) : paranoidul, schizoidul, schizotipalul; B. (persoane dramatice, instabile, emoționale): antisocialul, marginalul („borderline”), histrionicul, narcisistul; C. (anxioși, temători): dependentul, evitantul, obsesiv-compulsivul/

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

Deficitul funcționării sociale se referă la raportarea la sine și la alții. Raportarea la sine are în vedere identitatea și autodirecționarea. Prin identitate se înțelege experimentarea propriei persoane ca fiind unică, cu limite clare în raport cu alții; stabilitate a stimei de sine și în autoapreciere, capacitate și abilitate de reglare a experiențelor emoționale. Autodirecționarea se referă la capacitatea de a urmări în mod coerent și semnificativ scopuri, pe termen scurt și în perspectiva vieții; și, utilizarea unor standarde interne comportamentale constructive și prosociale, o abilitate de autorefectare productivă.

Raportarea interpersonală are în vedere empatia și intimanța. Empatia se referă la înțelegerea și aprecierea experiențelor și motivațiilor altora; toleranța unor perspective diferite, înțelegerea efectelor propriului comportament asupra altora. Intimanța are în vedere profunzimea și durata conectării cu alții; dorința și capacitatea de apropiere față de alții; mutualitatea reflectată în comportamentul interpersonal.

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

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

a-și asuma riscuri personale sau de a se angaja în acțiuni noi, de frică că va intra în încurcătură.

Trăsăturile menționate mai sus ce caracterizează T.P. evitantă sunt, evident, similare cu trăiri din Tulburarea de anxietate socială, doar că sunt extinse la o condiție de fond, temperamental-caracterială a personalității, bazată pe hiperemotivitate socială, redusă asertivitate și stimă de sine. De fapt, cercetările clinice au comentat această similitudine, ce susține ideea de continuum între cele două tulburări. În acest context merită reamintită opinia primului psihiatru clinician ce a descris „personalitățile psihopate”, K.Schneider, care considera că acestea nu trebuie etichetate ca entități nosologice (adică, de același tip cu bolile medicinei) ci ca variante caracteriologice anormale. Era, pe atunci, în prima jumătate a sec.XX, o invitație de a medita asupra condiției antropologice a psihopatologiei. Replasându-ne în această perspectivă, a semnificației antropologice a anormalităților psihice, merită făcut un scurt popas și la alte tipuri de tulburări de personalitate, opuse celei evitante. Vom menționa inițial T.P.histrionică.

T.P. histrionică se caracterizează (după DSM-5) printr-o hiperexpresivitate captativă, teatrală, de unde-i vine și numele (histrionicul indica în antichitate un actor de comedie, executând deci roluri periferice și minore, nu tragice). Ca itemi de identificat sunt enumerați: - subiectul se simte inconfortabil în situația în care nu e în centrul atenției altora; - folosește des aspectul fizic pentru a atrage atenția asupra sa; - are un stil de vorbire ce caută să-i impresioneze pe alții; - expresia emoțiilor e dramatizată, exagerată, teatrală; - relațiile cu alții pot fi provocatoare sau inadecvate sexual; - expresia și manifestarea emoțiilor e accentuată și se schimbă frecvent; - e sugestionabil; - consideră relațiile ca fiind mai intime decât sunt în realitate.

Ansamblul manifestărilor specifice T.P. histrionică apar ca opuse TP evitante. Preocuparea centrală este acum nu cea de a evita atenția socială, ci

dimpotrivă, de a o provoca și cultiva, de a fi în centrul ei, chiar prin implicarea unor persoane puțin cunoscute. Pentru aceasta comportamentul e hiperexpresiv, teatral, spectaculos, captativ, provocator. Departe de a se preocupa ca nu cumva să se facă de rușine în public, histrionicul se simte inconfortabil când nu e băgat în seamă; iar pentru a-i atrage pe ceilalți în jurul său, el e dispus să joace, în mod strident, orice rol. Dimensiunea umană ce e decupată, simplificată și caricaturizată în acest caz, e cea a spectacolului, în primul rând a celui teatral.

Instituția culturală a teatrului e prezentă în toate civilizațiile mai avansate. Iar originile sale – identificate inițial de Nietzsche în cultura greacă – se află în anumite ritualuri sacrale, mai ales în cele corelate cultului fecundității. Dar ritualul sacral și spectacolul teatral, tragedia și comedia, scot doar în relief o structură dramatică prezentă în toate ritualurile și ceremonialurile oficiale, publice, implicată în toate practicile instituționalizate. Mergând mai departe, analizele sociologice ale lui Pearson au evidențiat că întreaga structură a practicilor sociale, atât a celor profesionale, dar și a ciclurilor existențiale familiale, (condiția de copil, adult, bătrân, necăsătorit, soț, părinte, văduv etc.) se desfășoară susținute fiind de anumite statute și roluri sociale, ce presupun comportamente conforme unor scenarii definite social. În sfârșit, analize psihoantropologice și etice – cum ar fi cele ale lui McIntyre, Hermans, McAdams etc. – au scos în relief faptul că proiectele și preocupările oricărei persoane se realizează prin scenarii, pe care el le elaborează sau în care se include, jucând roluri personalizate în cadrul evenimentelor prin care trece de-a lungul vieții. Derularea existenței de zi cu zi, în cadrul relațiilor interpersonale, implică o actualizare continuă a valențelor de personaj a subiectului, ce în permanența joacă spontan roluri variate, în scenarii ce se întretes.

Din această perspectivă, modul de existență a TP histrionice apare ca o îngroșare și caricaturizare a acestei dimensiuni spectaculare dramatice de personaj pe care el o desfășoară deficitar, caricatural, desimplicând-o din firescul ei. La fel

cum în trăirile senzitive de relație, faptul firesc, implicit și adaptativ de a privi și a fi privit de alții, se des-implică din naturalețea sa și e resimțit în prim plan, deranjant, ca simptome psihopatologice.

Un alt tip de TP din Clusterul B, care merită atenție la acest nivel al reliefării unor contraste față de TP evitantă, este TP antisocială, care se caracterizează printr-un comportament de transgresare și violare a drepturilor altora, de-a lungul întregii vieți. Acest tip se intersectează în mare măsură cu conceptul de „psihopatie”, care a fost introdus în SUA în anii 40 ai secolului trecut de către Cleckley; dar care în prezent funcționează mai ales ca o noțiune de psihiatrie forensică, pentru un cluster în care sunt incluse persoane anormale ce intră frecvent și grav în conflict cu legea. Psihopatia lui Cleckley decupează câteva aspecte speciale ale comportamentului uman deviant, care sunt importante pentru tema în discuție.

O caracteristică aparte a psihopatului lui Cleckley e faptul că el poate fi identificat printre persoane socialmente active, cu statut social înalt: oameni de afaceri, medici, psihiatri, avocați, artiști. Toți au o bună și eficientă prezență socială, fiind descurcăreți, cu o crescută capacitate de convingere și manipulare a altora, persoane de care ei profită în diverse moduri amorale: excrocherie, seducție erotică, exploatare, utilizarea lor ca instrumente de manevră în proiecte egoiste și necinstite. Succesul psihopatului în relațiile interpersonale se bazează pe un „șarm” (farmec) superficial, cu crescută capacitate de seducție și de a exercita jocuri de rol. Precum și pe abilitatea sa de a identifica persoane țintă, credule, slabe, sugestionabile, ușor manevrabile, pe care le flatează printr-un comportament epatant și promisiuni atractive.

Comportamentul social al psihopatului se caracterizează nu doar prin transgresarea normelor legale și administrative, oficiale, ci și pe cele ale bunului simț. El nu-și respectă promisiunile, înșală cu nonșalanță, excrochează, fiind lipsit de sentimentul rușinii. În plus el e insensibil și la suferința altuia, incapabil de milă,

compasiune și sentimentul de vinovăție. Comportamentul său e hedonic, putând fi impulsiv, agresiv, chiar sadic. În această suită de caracteristici morale și de relaționare socială negative, se înscrie frecvent și obrăznicia. Nerușinându-se de nimic – fiind un „nerușinat” – psihopatul nu are inhibiții și rețineri sociale, manifestându-se prin comportamente necivilizate ce nu țin seama de regulile și conveniențele sociale. Pentru caracterizarea acestora se folosește expresia de „obraznic” sau „neobrăzat” („lipsit de obraz”, „cu obrazul gros”) făcându-se astfel referință la reflexul psihosocial care face ca omul să roșească când se află în situații penibile. (Fapt care stă, de altfel, la baza simptomului „ereutofobic” frica de a nu roși în public din anxietatea socială). Transgresând normele de comportament civilizat, psihopatul nu e niciodată preocupat de gândul că este privit dezaprobator de alții.

Tulburările de personalitate ce au fost menționate – evitantă, histrionică, antisocială (psihopatul) – exprimă modalități diferite de relaționare interpersonală, mai ales în ceea ce privește raportarea directă la alții, în situație. Timidul e hipersensibil la privirile și evaluările altora, histrionicul ține să atragă atenția asupra sa, antisocialul (psihopatul) e dominator și manipulativ. În general, tulburările de personalitate apar ca exagerări disfuncționale a unor moduri temperamentale caracteriale normale care au propriile lor valențe adaptative, realizând un avantaj al firilor omenești, ce interacționează întru succesul vieții comunitare. Anormalitatea caracterială a tulburărilor de personalitate ne indică însă mai clar ce valențe adaptative ale psihismului omenesc exprimă fiecare variantă.

5. Psihopatologia și istoria culturală

Stări psihopatologice cum ar fi anxietatea socială și sindromul senzitiv de relație, provoacă pe cei preocupați de psihologia specifică a omului să investigheze condițiile antropologice din care acestea derivă, prin desimplicare și manifestare

rigidă, decontextualizantă. O astfel de reconstrucție scoate în relief, pentru acest caz, faptul că psihismul uman se caracterizează și prin faptul că subiectul se are în vedere pe sine metareprezentational, ca relaționându-se cu alții, în cadrul unor proiecte și scenarii în care el se manifestă ca personaj.

Caracteristica de a opera pe modele ale realității date, care se dezvoltă la mamifere și antropoide, se amplifică mult la om, într-un sens meta-reprezentational. Pacientul cu fobie socială își reprezintă situația în care se va afla la un examen, faptul că va fi privit și chestionat amănunțit de examinatori exigenți; și el își imaginează că va avea un eșec; iar cei prezenți atunci, vor râde de el, îl vor privi și îl vor comenta batjocoritor, lăsându-l singur și umilit. Evident că e vorba de un scenariu dramatic cu structura unei piesă de teatru în care pacientul este eroul principal. Privită în ansamblul ei, această situație e anxiogenă și de evitat.

Faptul că în diverse situații sociale, subiectul nu doar îi privește și evaluează pe alții, ci resimte preconștient și că și el însuși e privit și evaluat de ceilalți, se exprimă în psihopatologie, desigur, și în comportamentul seductiv al tulburării de personalitate histrionice, a cărei manifestări hiperexpresive sunt de așa natură încât îl aduc mereu în centrul atenției altora, ca personaj efectiv, pentru admirație sau compătimire. În ambele cazuri, a timidului cu anxietate socială și a histrionicului, subiectului „îi pasă” de atenția ce i-o acordă – sau s-ar putea să i-o acorde – ceilalți. Spre deosebire de aceste tipuri de TP, în cazul psihopatului antisocial subiectul e insensibil atât față de soarta celuilalt cât și față de eventualele opinii negative ale acestora în raport cu el. De aceea el poate fi obraznic sau impertinent. Deși, uneori e interesat ca celălalt să aibă o părere bună despre el, să-i acorde încredere, pentru a-l putea înșela și manipula.

Atât oprobiul public ce duce la condamnarea prin rușine și dezonoare cât și spectacolul desfășurat de actori, sunt aspecte ale vieții socio culturale. Ele se reflectă însă în psihismul individual, acesta preluând dimensiuni ale

„inconștientului colectiv”, - dacă ar fi să reluăm formularea lui Jung. Iar aceste aspecte sunt de așa natură încât se pot desimplifica și manifesta ca trăiri psihopatologice. Și astfel, psihopatologia se poate dovedi fructuoasă pentru înțelegerea și studierea specificului psihismului uman, dincolo de experimentele de laborator. Ea poate funcționa ca o arheologie a cunoașterii psihologice, relevând ceea ce s-a depus din vechime – din perioada antropogenezei și a istoriei culturale – în structura acestui psihism. Aspecte pe care starea psihopatologică le desimplifică.

Ideea că o serie de manifestări umane, normale și patologice, exprimă nu doar ontogeneza, ci și situații ce s-au impus ca funcționale de-a lungul istoriei culturale, se cere înțeleasă în perspectivă istorică. Astfel de exemplu rușinea poate fi invocată în istoria omenirii doar după neolitic din perioada urbanizării când s-a diferențiat clar zona intimă a existenței persoanei de cea publică și oficială, marcată prin ranguri sociale, în care îmbrăcămintea joacă un rol important. Ulterior ea a fost întreținută de virtutea socială a onoarei, corelată mai ales cu rangul social nobiliar, cu condiția eroică, a unei perfecțiuni morale și a castității. Dar ansamblul acestor virtuți au început să se demoleze odată cu mentalitatea burgheziei moderne. Și aproape să se pulverizeze în epoca postmodernă. De exemplu, faptul de a apar gol în public nu mai induce în prezent trăirile pe care le producea în urmă cu un veac. Și la fel, preocuparea față de onoare nu mai are azi intensitatea pe care o exprimau cavalerii medievali. De aceea, se ridică în prezent problema: dacă sindroame ca fobia socială sau sindromul senzitiv de relație, vor mai avea aceeași pondere în psihopatologie peste câteva generații.?

III

DIMENSIUNEA CORPORALĂ ȘI CEA RELAȚIONALĂ A PERSOANEI. PREOCUPĂRI ANXIOS FOBICE ȘI OBSESIV PREVALENTE

1. Urâtenie corporală, narcisism, gelozie și suspiciune patologică

Anormalitatea preocupărilor. Din caracterizarea unui om face parte și felul în care el se raportează la alții și la sine. Faptul include, așa cum deja s-a menționat, și ceea ce subiectul crede că alții cred despre el (sau ar dori ca alții să creadă despre el). În ceea ce privește raportarea la sine, ea are în vedere perceperea și evaluarea propriei identități bio-psiho-sociale, ceea ce include și corporalitatea sa. Propriul corp poate fi resimțit de subiect și perceput de alții ca echilibrat, frumos, sănătos; sau ca urât, diform, bolnav. Corporalitatea caracterizează un subiect, la fel ca și încrederea și siguranța sa de sine, ca stima și stăpânirea de sine. Evaluarea și caracterizarea unui om, vizând ansamblul personalității sale, ar trebui să țină cont atât de polul corporal cât și de cel caracterial moral, spiritual și creativ al acestuia. Oricum, persoana corporală nu trebuie ignorată, mai ales deoarece ea e și sediul tradițional al bolilor.

Multe dintre aspectele ce caracterizează existența persoanei umane pot fi scoase în relief ca trăiri și manifestări psihopatologice, prin trecerea lor în prim plan într-o manieră rigidă, nenuanțată, dezadaptativă. Pot astfel intra în variata anormală aspecte ale autoevaluării, ale părerii despre sine, despre propria corporalitate, a propriilor capacități; sau ale relaționării cu persoane apropiate și oficiale, așa cum ar fi gelozia și persecuția.

Anormalitatea psihopatologică poate lua forma unor stări dispoziționale, a unor îngrijorări anxios fobice privitoare la situații și eventualități negative sau trăiri

Reacția psihică, îngrijorarea fobică, obsesivă și dezvoltarea prevalențială

De-a lungul existenței unei persoane, pe lângă angajarea sa în rezolvarea de situații problematice, proiecte și preocupări, ea poate trăi și reacții acute, fobii, obsesii și dezvoltări prevalențiale.

Starea reactivă acută este expresia trăirii unui eveniment sau consecința sa nemijlocită. Ea se exprimă în primă instanță printr-o dispoziție afectivă: anxioasă, depresivă, euforică, iritabilă sau indiferent detașată.

Raportarea la ambianță poate fi deficitară iar manifestările motorii particulare și exagerate: neliniște, agitație, bradipsihie, nemișcare etc.

Proiectele și preocupările sunt blocate, persistând o stare psihică staționară.

Reacția psihică acută poate fi punctul de plecare al unor preocupări fobice, obsesive sau prevalente; deși acestea se pot instala și în afara unei astfel de declanșări.

Îngrijorare anxios-fobică se referă la evenimente nefavorabile (periculoase), ce s-ar putea pretrece subiectului sau celor de care el e atașat (situații în care acesta ar putea ajunge). Situația fobogenă avută în vedere e mai mult sau mi puțin cunoscută și imaginată, putând fi anticipată anxios. Ea condiționează conduite de evitare sau asigurare atunci când confruntarea e inevitabilă.

Preocuparea fobică poate viza tematic afectarea sănătății, onoarei (stimei de sine), poziției profesionale și sociale, a averii, a condiției celor apropiați de care subiectul e atașat, derularea propriilor proiecte etc.

Frica se corelează cu nesiguranța anxioasă, orientând subiectul spre căutarea protecției și susținerii. Îngrijorarea anxios fobică poate marca proiectele și preocupările subiectului.

Preocuparea obsesivă constă în trăirea repetitivă, involuntară și neplăcută a raportării subiectului la o situație trecută sau posibilă, ce se exprimă fragmentar, reprezentată fragmentar ca: amintire, imaginare, dorință, intenție sau schiță de act, expresii verbale etc.

Obsesiile sunt resimțite ca izvorând din propriul psihism pe care-l dedublează, subiectul luptând împotriva lor, ca o parte nedorită din sine. Uneori el se poate folosi de comportamente mentale și motorii (compulsii) cu valoare „magică”, de contracarare a obsesiilor.

Dezvoltarea prevalențială tematică se referă la o preocupare persistentă privitoare la starea, valoarea, identitatea și relaționarea subiectului, în vederea clarificării unor incertitudini; după ce subiectul se clarifică, el poate manifesta atitudini și comportamente univoce și rigide ca expresie a noii sale certitudini.

Preocupările prevalente se pot referi la identitate, atractivitatea aspectului fizic, sănătate, capacități, valoare personală, relaționare erotică, fidelitatea partenerului, încrederea în ceilalți etc. Astfel de preocupări pot fi înțelese și ca „teme” ale unor scenarii, în care subiectul se desfășoară ca „personaj” central.

Dezvoltările prevalențiale pot aluneca în direcția delirurilor monotematice. Prin delir se înțelege o convingere absolută într-o idee falsă, absurdă, excentrică, ce nu poate fi modificată prin argumente și evidențe.

Reacțiile comprehensive, îngrijorările fobice, preocupările obsesive și dezvoltările anormale se pot manifesta intens și excentric la cei cu Tulburări de personalitate. Dar și în afara acestora, ele se pot exprima rigid, excesiv, nenuanțat, acaparând psihismul, inducând suferință și disfuncționalitate socială. În aceste cazuri ajungem în fața unor stări psihopatologice.

repetitive involuntare de tip obsesiv pe care subiectul nu le poate îndepărta din mintea și comportamentul său. Și de asemenea, preocupări prevalente care fixează subiectul într-o idee supraevaluată, ce poate aluneca în convingeri delirante monotematice. Convingeri neadevărate, aberante, uneori absurde, ce nu pot fi modificate prin argumente și evidențe. Iar în spatele tuturor acestora, însăși stilul caracterial de fond, personalitatea în ansamblul ei se poate manifesta excentric, anormal, așa cum deja s-a menționat.

Vom invoca în continuare ca punct de plecare pentru unele analize psihologice și psihopatologice, Sd.dismorfic corporal, TP narcisistă, gelozia și suspiciunea patologică, paranoiacă. Pornim de la corporalitate, de la aspectul corpului, deoarece omul când are în vedere patologia pleacă inevitabil de la corp. În finalul capitolului, după ce va fi comentată relaționarea interpersonal socială, vor fi aduse în discuție din nou aspecte psihopatologice ale raportării omului la condiția sa de bolnav.

Tulburarea dismorfic corporală (T.D.C.). Un om care are un defect fizic important, o stigmă corporală, o cicatrice urâtă pe față, atrage în mod spontan atenția, curiozitatea și comentariile celorlalți. În sec.XIX Morselli a descris o tulburare ce constă în senzația subiectivă de urâtenie și defecte fizice pe care subiectul le resimte ca putând fi remarcate de alții, deși aceștia nu le constată; trăirea e însoțită de stimă de sine scăzută, rușine și evitare socială. Tulburarea, deși clinic nu e frecventă, a fost constant identificată, fiind inclusă și în sistemul DSM III-5.

TDC se referă (în DSM-5) la o preocupare excesivă față de unul sau mai multe vicii sau neregularități în aspectul fizic, pe care alții nu le observă sau le consideră minore. Faptul determină comportamente repetitive (verificări în oglindă, cercetarea în detaliu ale pielii și aspectului corporal, solicitări de asigurare, etc.) sau acte mentale (compararea cu alții). Preocuparea nu poate

fi controlată, ocupă mult timp și determină suferință sau deficiențe în funcționarea socială. Ea nu e corelată cu modificarea greutateii corporale în cazul asocierii cu Tulburările de alimentație.

DSM-5 nu introduce între criteriile de diagnostic – ci doar în comentarea acestora – credința pacientului că este urât, neatractiv, anormal, deformat. Tulburarea e durabilă, apărând de obicei din adolescență, predominant la fete. Tot la fete se întâlnește predominant anorexia mentală ce constă într-o preocupare anormală privitoare la siluetă, la eventualitatea creșterii ponderale. În cazul bărbaților s-a descris o preocupare excesivă pentru masa musculară și aspectul athletic (Sd.Adonis) fapt ce duce la exagerate exerciții fizice de tip culturist și la consum exagerat de anabolizante.

Chenar 13

Aspecte ale tb.dismorfic corporale

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.

ocazia unor acte efectuate în public. Evitarea senzitiv relațională a apariției printre alții există și acum, dar în centrul tulburării, a preocupărilor de zi cu zi ale pacientului, se află analiza de tip obsesiv compulsiv sau prevalențial a presupuselor defecte corporale. Într-un număr important de cazuri aceasta poate avea o intensitate delirantă, cazuistica încadrându-se în delirurile monotematice somatice.

Personalitatea narcisistă și delirurile megalomane

Preocuparea pentru un aspect fizic decent și atractiv este firească, ea fiind proprie oricărui om civilizată. În Tulburarea dismorfic corporală întâlnim o deficiență disfuncțională a acesteia, corelată cu o autoevaluare corporală negativă, centrată pe detalii. O autoapreciere negativă globală și de durată se întâlnește și în TP evitantă, care deja a fost invocată, când persoana e constituțional neîncrezătoare în sine, în felul în care se va descurca în relațiile cu alții, hipersensibilă la eventualele critici. Se întâlnesc însă și persoane care prin firea lor, manifesta o anormală părere bună despre sine. În acest sens în DSM-5 e comentată narcisistă.

T.P.narcisistă se caracterizează (după DSM-5) printr-o exagerată nevoie de admirație, grandiozitate, însoțită de lipsă de empatie. Ea se manifestă prin:

- un sentiment grandios al importanței de sine (talente și realizări exagerate, așteptarea de a fi considerat superior, chiar fără realizări corespunzătoare);
- e preocupat cu fantezii de succes nelimitat, de putere, strălucire, frumusețe sau amor ireal;
- crede că este „aparte” și unic, că poate fi înțeles numai de, sau poate să se asocieze numai cu, alți oameni (sau instituții) speciale ori cu statut înalt;
- necesită admirație excesivă;
- are un sentiment de îndreptățire neadevătat, adică pretenții exagerate de tratament favorabil special; ori ca alții să se supună automat dorințelor sale;
- este exploatator interpersonal, adică profită de alții pentru a-și atinge propriile scopuri;
- e lipsit de empatie, incapabil să recunoască și să se identifice cu sentimentele și necesitățile altora;

- este deseori invidios pe alții sau crede că alții sunt invidioși pe el; - prezintă comportamente sau atitudini arogante, sfidătoare.

Autoevaluarea celor cu TP narcisistă, care poate avea diverse grade pornind de la discret la strident, scoate în relief faptul că relaționarea interpersonal socială nu se derulează doar în planul comportamentelor efective ca în cazul TP histrionică; care, așa cum s-a comentat, se folosește de aspectul fizic și de dramatizarea expresiilor emoționale pentru a atrage situațional atenția asupra sa. Ci și în acela a unor atitudini, convingeri și reprezentări subiective privitoare la valoarea și importanța propriei persoane pentru alții. Atitudine ce argumentează anumite trăiri, scenarii, imaginări și expectanțe ale subiectului.

În cazul T.P. narcisiste autoevaluarea este deci pozitivă, la alt pol decât în cazul T.P. evitante și a Tb. dismorfic corporale; condiții psihopatologice pentru care s-au menționat și variante psihotice. În direcția deschisă de T.P. narcisistă pot fi de asemenea identificate unele variante megalomane delirante monotematice, așa cum ar fi delirul de grandiozitate și cel erotoman. Delirul sistematizat de grandiozitate se referă de obicei la o invenție sau realizare deosebită a pacientului. Acesta consideră că a descoperit „leacul” – medicația universală – pentru tratamentul cancerului sau „perpetuum mobile”; că a rezolvat problemele vidului cuantic sau a definit „esența adevărului”. Erotomania constă în convingerea delirantă a subiectului că este admirat și iubit de o persoană de sex opus, ce se află de obicei într-o poziție socială înaltă. El încearcă să le explice celor ce îl ascultă că respectiva persoană are dificultăți conjuncturale de a declara public dragostea ce i-o poartă.

Dacă erotomanul e convins, patologic, că altul îl iubește fără limită, pe parcursul existenței unei persoane ne putem întâlni și cu gelozia.

Gelozia patologică. În urmă cu peste un secol (1910) Jaspers, autorul primului Tratat important de psihopatologie, a analizat gelozia anormală din

perspectiva posibilei diferențe între o dezvoltare prevalențială anormală a unei idei supraevaluate pe această temă, la persoane particulare; și, pe de altă parte, delirul de gelozie, care nu mai e comprehensibil, rezultând dintr-un „proces psihopatologic” ce mută psihismul pe o orbită psihică inferioară.

Gelozia poate fi o reacție normală și justificată atunci când cineva are motive întemeiate pentru a o trăi. Apoi, sentimentul de gelozie poate fi trăit și ca îngrijorare fobic obsesivă sau prevalențială.

Gelozia prevalențială anormală se dezvoltă la persoane suspicioase, cu un simț accentuat al posesiunii, care în urma unor evenimente relaționale minore intră într-o fază de neîncredere în partener, avansând ipoteza infidelității. Probele pe care le invocă au caracteristicile percepției reliefate, bazată pe detalii scoase din context și suprasemnificate. Drumul spre convingerea prevalentă – și apoi delirantă – poate trece printr-o fază de îndoieli și verificări de tip obsesiv. Acestea pot continua și în perioada în care convingerea e deja formată, pentru aducerea la suprafață a unei „probe irefutabile”. Relația cu partenerul e tensionată, încărcată de conflicte și comportamente agresive. Frecvent gelosul insistă față de partener ca acesta să mărturisească infidelitatea, recurgând la amenințări și chiar maltratări. Se pot dezvolta comportamente de urmărire de tip detectivist, provocări, înscenări, punerea în condiții limită sau penibile; astfel încât partenerul poate trăi stări extrem de neplăcute și chiar ajunge la suicid.

E deseori dificil de stabilit o limită clară între gelozia reactivă pasională, - cea care un timp a fost încadrată de medicina legală în afectul patologic - și evoluția acesteia în direcția preocupării prevalente. Modalitatea delirantă se impune atunci când absurditatea temei e evidentă iar comportamentul gelosului devine aberant. Scenariul dramatic se poate încheia cu crimă, urmată de sinuciderea agresorului.

Suspiciunea paranoidă. Suspiciunea e necesară și adaptativă în multiple situații sociale, pentru a depista din timp atitudinea ostilă, intențiile și acțiunile agresive, subminarea colaborării sau tentativele de înșelare din partea altei persoane sau a unui grup. Varianta psihopatologică majoră se întâlnește în delirul paranoid schizofren, în care atitudinea ostilă a altora – persoane, instituții sau entități – e resimțită ca dublată de supraveghere și manipulare de la distanță. Psihopatologia a identificat însă și un delir monotematic de persecuție – paranoia. Precum și o TP paranoidă.

T.P. paranoidă e caracterizată (în DSM-5) astfel: o permanentă neîncredere și suspiciune față de alții, astfel încât motivele lor sunt interpretate ca răuvoitoare; trăsăturile de personalitate ale suspiciunii se dezvoltă de la vârsta adultului tânăr și persistă de-a lungul ciclurilor vieții, în variate contexte. Ea e indicată prin patru sau mai multe manifestări ca: - suspectează fără suficientă bază că alții îl exploatează, îi fac rău sau îl înșală; - e preocupat de îndoieli nejustificate privitor la loialitatea prietenilor și a asociațiilor; - e reținut în faptul de a se confesa altora din cauza unei frici neraționale că informațiile vor fi folosite răuvoitor împotriva sa; - acordă înțelesuri amenințătoare unor remarci sau evenimente benigne; - e deosebit de sensibil la insulte, injurii; - percepe atacuri la caracterul și reputația sa care nu sunt evidente pentru alții; - are repetate suspiciuni nejustificate privitor la fidelitatea partenerului de viață sau a celui sexual.

În cazul T.P. paranoidă, la fel ca în cazul T.P. evitantă, histrionică sau narcisistă, - dar și în cazul geloziei patologice - se poate remarca deficiența unei echilibrate relaționări intime, cu persoane care ar trebui să fie apropiate sufletește subiectului; persoane de atașament, în care să existe încredere reciprocă, consonanță și rezonanță afectivă, cu care subiectul să se poate înțelege și sprijini reciproc.

„Probele” în gelozia patologică

În comentariu se are în vedere în primul rând gelozia din relația conjugală. Gelozia patologică – sub forma ideății supraevaluate sau a delirului monotematic – are particularitatea unei teme relaționale care privește viața intimă, în raportarea subiectului la o persoană cu care contactul e permanent și apropiat. Suspiciunea de infidelitate pleacă de la premiza simțului comun că existențe dintre soți se bazează pe atașament reciproc și încredere, fidelitatea fiind o normă nu doar a bunului simț ci și reglementată legal. Problema pe care a ridicat-o Jaspers, a zonei de tranziție între dezvoltarea prevalențială reactivă și delirul endogen, aduce în discuție drumul de la incertitudine spre certitudinea tematică, bazată sau nu pe argumente și probe.

„Probele” pe care le invocă gelosul patologic se plasează în mare măsură pe reinterpretarea unor detalii perceptive scoase din context, uneori deformate ca iluzii. De exemplu faptul că partenera dansează sau discută cu un alt bărbat, faptul că zâmbește la o glumă a acestuia, că la reuniunile la care soții merg întâlnesc aceeași persoană etc. Expresia feței, unele comportamente sau formulări verbale, pot fi și ele detașate de context și plasate în argumentația „coincidențelor” anormale ce argumentează gelozia. Procesul e de aceeași natură ca toate percepțiile hipersemnificate („salience”) din interpretările și dispoziția delirantă. Preocuparea tematică poate favoriza (în toate delirurile monotematice) selecția unor astfel de detalii și hipersemnificarea lor. Uneori pot intra în joc și iluzii perceptive (e.g. circulând cu mașina, gelosul vede o femeie intrând într-o casă și, după talie și îmbrăcăminte, o identifică cu certitudine ca fiind soția ce-și vizitează acolo amantul). Căutarea unor astfel de probe se realizează uneori prin: cercetarea lenjeriei intime a parteneri pentru a decela urme de spermă; - studierea detaliilor comportamentului sexual (e.g. a nivelului de performanță sexuală); - atenția la gustul alimentelor pentru a decela eventuala tentativă de otrăvire etc. Un capitol special constă în încercarea de a obține mărturisiri de la partener cu o insistență agresivă, uneori cu terorizare și maltratare. Poate fi supravegheat telefonul, corespondența, deplasările; se pot înscena plecări dublate de spionaj; plasare în casă a unor sisteme de înregistrare, angajare de detectivi. Un rol îl pot juca și imaginările pregnante, receptarea bârfelor, interpretarea comentariilor altora sub forma de aluzii. La fel ca în alte forme de delir monotematic poate interveni și reinterpretarea unor date din trecut, cărora gelosul le acordă o nouă semnificație în cadrul clarificărilor și „iluminărilor” ce le trăiește, pe drumul câștigării certitudinii delirante. Probele pe care le adună au însă doar o legătură relativă cu convingerea sa, care evoluează în paralel cu ele. Uneori, deși convingerea e absolută, gelosul continuă strădania pentru a obține „dovada absolută, irefutabilă” a infidelității.

Întreg acest proces psihopatologic atrage atenția asupra diferenței dintre certitudinea perceptivă și certitudinea tematică (ideatică).

Suspiciunea exagerată stă la baza unor reacții paranoide anormale, în care nu mai funcționează toleranța și maleabilitatea relațională a existenței firești; existență în care se acceptă unele compromisuri și o anumită aproximare în modularea normativă a comportamentelor. Reacția paranoiacă, frecventă la persoane cu TP paranoidă, poate pleca de la fapte reale, cunoscute și acceptate de toată lumea, care sunt scoase din context și supraevaluate; iar incorectitudinea lor hipostaziată și generalizată. Persoanele cu TP paranoidă pot dezvolta mai frecvent gelozie patologică, procesomanie sau comportament cverulent, repetat conflictual. Tradiționala paranoia, ca delir monotematic sistematizat de persecuție (nehalucinator) se dezvoltă pe acest fundal.

Alunecările menționate mai sus în direcția ideății prevalente și delirante vor fi comentate ceva mai sistematic, după abordarea dimensiunii corporale și relaționale a persoanei, problematică ce stă la baza întregii psihopatologii. Punctul de plecare al demersului va fi, condiția firească a omului bolnav.

2. Corpul trăit, imaginea corporală și limitele corpului-eu

Corpul trăit. Tulburări psihice așa cum e cea dismorfic corporală sau expresivitatea TP histrionice, atrag atenția asupra faptului că subiectul își resimte propriul trup ca o dimensiune importantă a personalității sale. Corpul este pentru om, la fel ca și în biologie, suportul, sediul și centrul psihismului individului, între naștere și moarte. Pornind de la limitele corporalității, se întinde spațiul lumii înconjurătoare, populat cu alte ființe și alți oameni. Realitatea obiectivă se află în față, în jurul corpului, din ea fiind selectate obiectele percepute. Iar în raport cu varietatea acestor percepții exterioare, cea a propriului corp e una constantă, de referință.

Obiectele și ființele se află mai aproape sau mai departe de propriul corp. Asupra lor se poate acționa. Ele pot fi transformate, unele fiind distruse iar altele

încorporate, ca alimente. Propriul corp este utilizat de subiect, în primă instanță, ca instrument de acțiune. Acțiunea deliberată, liberă și creatoare este o primă dimensiune amplă de caracterizare a psihismului uman, preocupat de la început de producerea uneltelor. Iar propriul corp este instrumentul fundamental al acestei acțiuni. Cea de a doua dimensiune fundamentală a psihismului uman, ce constă în relaționarea interpersonal socială, se va baza de asemenea, la originile sale, pe instrumentalitatea corporală. Ca suport al acțiunilor realizatoare și al comunicărilor interpersonale, propriul corp este sediul identității personale, în care se înrădăcinează propriul psihism, propriul eu conștient, propriul sine reflexiv și intențional, propria subiectivitate. În acest sens, la om se poate vorbi despre o instanță a „corpului-eu”.

În sec.XX corpul omului a ajuns în atenția specială a unor psihopatologi de orientare antropologică și fenomenologică. Într-un studiu de pionierat din 1929 Zutt și Kulenkampf au propus o distincție între „corpul suport” („tragende Leib” – în germană) pe care subiectul îl resimte ca substrat al identității sale; loc în care se petrec bolile, e resimțită oboseala și durerea, e plasată mintea și subiectivitatea. Iar, pe de altă parte, corpul „estetic-fisiognomic” al apariției (erscheinende Leib) prin care subiectul se relaționează expresiv cu alții. Depresia e trăită predominant la nivelul corpului suport, pe când histrionismul și paranoia implică mai ales cel de al doilea aspect.

Către mijlocul secolului trecut fenomenologia a insistat asupra distincției dintre aspectul impersonal, de „obiect” al corpului uman– exprimabil în germană prin cuvântul Körper –; și „corpul trăit” („Leib” în germană, „corp vecú” și „lived body” în franceză și engleză). Primul sens se referă la corpul uman în mod similar cu orice alt lucru, observabil și manipulabil, așa cum apare el de ex. în câmpul de interes al anatomistului sau chirurgului. Cel de al doilea înțeles se referă la felul în care trupul este resimțit și utilizat de către subiectul conștient. Deci, ca sediu al

propriei minți, al intenționalității, al identității cu sine a persoanei conștiente. Și, în același timp, ca punct de pornire a raportării la lume, al căutării informaționale și al acțiunilor, a deschiderii spre alții, a rezonării afective și a comunicărilor culturale intersubiective.

Alte ființe, alți oameni, ne remarcă și ne identifică prin intermediul corporalității noastre. Relaționarea cu ceilalți oameni din lumea înconjurătoare prin intermediul corpului joacă un rol aparte în comunicare. Deși omul e capabil de a utiliza limbajul articulat narativ, limbajul corpului își păstrează importanța pe care o are în biologie, lărgind-o chiar mult în cadrul universului semiotic uman. În plus, noi ajungem să ne reprezentăm faptul că alții ne receptează expresivitatea corporală ca indice caracterizant. Percepându-i, cunoscându-i și caracterizându-i pe alții, subiectul deduce și părerea pe care ceilalți și-o fac despre el, incluzând evaluarea de către aceștia a corporalității sale.

Resimțirea sinelui corporal așa cum acesta pare a fi evaluat de către alții constituie „imagine corporală”, dimensiune de bază a personalității sale.

Limitele corpului-eu; schema corporală. Subiectul uman se resimte pe sine în primă instanță prin corporalitatea sa, care este un topos mundan delimitat și centrat. Limitele sunt asigurate, atât în perspectivă obiectivă cât și subiectivă, prin tegumente, mucoase și fanere, delimitându-se astfel o zonă „din interiorul” corpului-eu și una din exteriorul acestuia. În interiorul acestor limite sunt resimțite și plasate informațiile interoceptive ce vin de la organele interne, inclusiv durerea, greața, palpitațiile. Precum și informațiile artromiokinetice care vin de la mușchi, articulații, sistemul vestibular și toate organele ce controlează poziția și mișcarea corpului; inclusiv privirea și vorbirea. În afara tegumentelor se află lumea înconjurătoare a subiectului, din care vin și ne sunt accesibile informații despre lucrurile și ființele din jur, inclusiv din partea altor persoane vorbitoare. Delimitarea biologică a corpului prin tegumente, mucoase și fanere este însă

dublată în mediul cultural al omului, prin îmbrăcăminte și podoabe. În plus, părul poate fi coafat, tegumentele fardate sau tatuare.

În interiorul corpului ajung și dispar alimentele ingerate; și la fel, aici se localizează plăcerile și durerile, bolile. Chirurgii operează oamenii bolnavi pătrunzând în interioritatea corpului lor și extirpând țesuturile nocive. Copilul se formează și crește în pântecul mamei de unde este expulzat la naștere. Dar, tot în interiorul propriului corp, subiectul își localizează sufletul, pe care-l corelează cu suflarea respirației. Și, împreună cu sufletul, și dragostea, ce izvorăște din inimă. Precum și mintea, ce e localizată în cap. Dacă limitele corpului-eu ridică o întreagă problemă ce nu poate fi ocolită, centrarea persoanei trimite spre un „sine” reflexiv ce se adâncește în străfundurile „interiorității” psihismului individual; dar și a corporalității. Privind retrospectiv la istoria evolutivă, se poate afirma că în biologie fiecare individ animal e animat de o „agenție” proprie, prin care încearcă să se afirme în lume, să persiste și să multiplice, susținând specia și procesul evolutiv. La om această agenție va ajunge să fie sesizată ca centru al conștiinței persoanei. Dar ea va continua să „locuiască” în centrul corporalității vii a persoanei. Ori de câte ori cineva se referă la sine, la identitatea sa, el își îndreaptă mâna spre propriul corp.

Omul percepe, la fel ca alte animale, obiectele și ființele ce sunt prezente în situație, ca fiind în fața sa, plasându-le în spațiul exterior al lumii, ce se află în afara corpului său. Dar reprezentarea ulterioară a acestor ființe și a situațiilor – la fel ca orice amintire și imagine – se proiectează inițial pe scena unui „spațiu interior”, distinct de ambianță. Tot astfel e trăit și visul din somn. Și la fel, la psihotici, în această arie interioară sunt plasate pseudohalucinațiile.

Reprezentarea neuropsihică a limitelor propriului corp a fost denumită de neurologi „schemă corporală”. S-a stabilit că aceasta e susținută cerebral de o zonă din partea posterioară a lobului parietal a emisferului nedominant; alături de care

se află și rețelele neuronale care asigură orientarea în spațiu și recunoașterea figurii altor persoane.

Neuropsihologia a comentat, ca exemplu edificator pentru schema corporală, cazul „membrului fantomă”, ce constă în sentimentul prezenței unui membru care a fost amputat (deoarece conturul său cerebral, și deci de resimțire psihică, nu dispare brusc din reprezentarea cerebrală odată cu amputarea). Conturul corporal pe care-l asigură în subiectivitate schema corporală se perturbă în tulburări psihoalimentare, precum anorexia mentală a tinerelor fete și bulimia însoțită de obezitate. În psihopatologie tulburarea sa e prezentă în depersonalizarea corporală. Dar, în toate aceste cazuri, e modificată global imaginea corporală, ce include schema corporală într-o reprezentare mai complexă. Alte tulburări psihice care implică schema corporală pot fi considerate: delirul dermatozic de infestare, convingerile de contaminare din patologia obsesiv compulsivă și dismorfofobia.

Schema corporală, care delimitează spațiul lumii exterioare de interioritatea corpului-eu, e un reper psihobiologic ce e modelat și modulat de lumea culturală a omului. A fost deja menționată îmbrăcămintea, a cărei utilitate nu e doar pentru menținerea temperaturii corpului. Îmbrăcămintea este pentru om o importantă instanță expresivă, inclusă, împreună cu ornarea trupului, în limbajul cultural al comunicării interpersonal sociale. Rolul acesteia în relaționarea umană – prin stabilirea profesiei și rangului social – și în atractivitatea socială, e deosebit de important. Se cere acum scos în relief însă și un alt aspect, mai special al prelungirii schemei corporale, cel ce se realizează prin delimitarea locuinței.

Spațiul delimitat al locuinței conține obiecte de uz zilnic și e resimțit ca o zonă familiară și protectivă, ca un fel de „piele lărgită”, ce separă zona socio-spațială a familiei și intimității, de cea în care comportamentul se cere a fi autocontrolat, pentru a respecta normele oficiale de conviețuire în cadrul structurii ierarhice a colectivității. În spațiul familial îmbrăcămintea poate fi neglijentă.

Relaționarea față de persoanele familiare e spontană și degajată; Cei prezenți își cunosc în mare istoria de viață și firea, dorințele, preferințele și intențiile. De aceea înțelegerea reciprocă e rapidă, uneori doar din priviri sau prin mici gesturi.

În psihopatologie întâlnim stări ca cele ale agorafobiei, fobiei sociale și anxietății de separare, care se exprimă prin frică și reținerea subiectului de a părăsi locuința, simbol al spațiului protector; și de a se manifesta departe de casă, în spații publice. În Tb.obsesiv-compulsivă se întâlnesc frecvent ritualuri la părăsirea locuinței.

Corpul în acțiune. Extinderea limitelor propriului eu-corp pe care schema corporală propusă de neurologi o cantonează la tegumente și mucoase, până la toposul comunitar al locuinței, nu trebuie considerată o metaforă poetică. Corporalitatea unui om viu nu se poate confunda cu cea a unei statui, deoarece prin acțiune ea implică lumea din jur, utilizând-o și manipulând-o, ca instrumente prin care produce transformări în ambianță. Omul, individul din specia om, de când acesta s-a definit ca atare, face „corp comun” cu obiectele pe care le utilizează și le confecționează. În timpul acțiunilor efectoare, eficiente, ciocanul, arcul sau sabia sunt prelungiri nemijlocite ale corporalității. Evoluția biologică a condus, prin competitivitate și selecție, spre animale dotate cu organe tot mai performante, de atac și apărare; sau implicate în reproducere. Dar odată ce evoluția s-a orientat spre telencefalizare, succesul în competiție a fost asigurat tot mai mult de programele pe care le utilizează organele din dotarea corporală, prin scenarii alternative realizate pe modele ale realității. La om, evoluția oprește diversificarea organelor corporale tradiționale de adaptare, amplificând în schimb capacitatea crescută de operare pe modele. Ori, aceasta face apel la tehnologia uneltelor și instrumentelor, ce prelungesc și diferențiază astfel organele și funcțiile propriului corp.

Mutația evolutivă ce se realizează odată cu omul, susține nu doar producerea de unelte și instrumente ce amplifică și diversifică percepția și acțiunea, ci și

implicarea cooperativă a tot mai mulți oameni în utilizarea lor. De aceea, tehnologia umană va susține amplu și comunicarea dintre oameni, prin scris, tipar, bani; iar recent, prin mijloacele mass media. Apoi, uneltele și instrumentele produse sunt bunuri comunitare. Desigur ele pot fi interpretate ca un corp uman lărgit prin elemente morfo-funcționale exterioare. Calul, carul, trenul, mașina și avionul amplifică deplasarea umană. Ochelarii, microscopul, telescopul largesc enorm percepția vizuală. Dar toate aceste „organe funcționale” sunt accesibile mai multor oameni, reprezentând un fel de „corp social”. Și aceasta chiar dacă uneori câte un om se atașează mult de mașina lui, integrând-o în corporalitatea sa lărgită; la fel precum în vechime se petrecea între călăreț și calul său, până devenea centaur. Comentând diferențierea evolutivă a corporalității la ființele multiceulare, Dawkins eticheta metaforic corpul ca o „mașină greoaie de multiplicat gene”. În cazul omului această formulă se cere complet reformulată.

Atunci când un individ uman face corp comun, de exemplu cu bicicleta, prin aceasta el își prelungește schema corporală. Dacă folosind un ac își coase o haină pe care o poartă, schema sa corporală e de asemenea susținută de tehnologia umană. Și la fel, când folosește o cârjă sau o proteză pentru un picior amputat. Problema pe care o ridică „corporalitatea socială a instrumentelor produse” pentru dimensionarea corporală a persoanei umane, are o arie aparte de interes în zona protezării corporale.

Felul în care poate fi comentată corporalitatea în perspectiva extinderii sale prin acțiunea specific umană ce utilizează instrumente, - și cu care face corp comun - ne atrage atenția că pentru psihismul omenesc problema relației interior/exterior este una complexă. Că ea nu se reduce la amplificarea schemei corporale prin îmbrăcăminte și podoabe; sau chiar prin locuință. Ea se va arăta și mai complicată în perspectiva comunicării interpersonale, în care corporalitatea joacă de asemenea un rol deosebit.

3. Corporalitatea și relaționarea interpersonală; atractivitate și preocuparea față de apariție

Relaționarea interpersonală. O altă particularitate a percepției lumii exterioare de către om se referă la contactul cu alte persoane umane. Acestea sunt identificate ca diferite de alte obiecte sau ființe atât prin aspectul lor general, cât și – mai ales – prin expresivitatea lor mimico-gestuală, centrată de privire și zâmbet. Capacitatea de a fi atras de fața umană, de a percepe diferențiat expresivitatea comunicantă a fețelor altor oameni, de a intra în interacțiune cu ei și astfel de a comunica, este susținută de o structură funcțională specială și specifică a creierului uman, ce a fost denumită „creierul social”. Aceasta stă la baza amplului proces de „cogniție socială” care are, cel puțin în parte, un caracter modular, fiind transmis genetic și manifestându-se de la naștere prin recunoașterea feței mamei și contactul cu aceasta prin zâmbet și privire. Deficiența nativă a structurii creierului social stă la baza tulburărilor din spectrul autist, în care copilul nu e interesat de contactul cu alți oameni, nu zâmbește și nu urmărește ochii mamei, nu se recunoaște în oglindă.

În mod normal și natural sugarul identifică de la naștere figura umană zâmbitoare doar prin câteva contururi generale. E vorba până la un punct de o schemă perceptivă similară cu cea prin care toate mamiferele superioare își identifică congenerii. Dar la mamifere un rol important îl joacă și mirosul, care la om își reduce mult din importanță. Zâmbetul feței însă, care nu apare în expresia emoțiilor animalelor până la om, se manifestă ca o marcă distinctă a deschiderii spre receptarea psihică a altora. Și el rămâne astfel de-a lungul întregii vieți, ajungând să fie și o expresie convențională, care indică acceptul de contact și de bunăvoință față de alții. Dar principalul instrument corporal de relaționare și comunicare interpersonală nonverbală ce se manifestă încă din primul an, îl reprezintă ochii. Mai precis conjuncția ochilor în cadrul specificului uman al

privirii frontale. Privirea sugarului ajunge deja din primul an să se conjuge cu cea a mamei. Dezvoltarea cogniției sociale din primii trei ani, desfășurată în condițiile relației de atașament și a unei intersubiectivități primare, are la bază această privire conjugată, ce se amplifică în etape succesive. (A se vedea Chenarul 6). Prin atașament copilul asimilează, „introjectează” imagoul matern care devine parte constitutivă a propriului psihism. Între 8 luni și 3 ani procesul de atașament, se dezvoltă concomitent cu cel al cogniției sociale, conducând la configurarea eului propriu, delimitat de lume și de alții, cu sentimentul propriei agenții și de apartenența la sine a trăirilor.

La mijlocul procesului ce se va încheia la trei ani cu capacitatea cognitivă a mentalizării, la 18 luni, copilul ajunge să se recunoască în oglindă, punându-se astfel bazele resimțirii identității de sine pe calea percepției exteroceptive. În aceeași perioadă apare capacitatea de a imita o persoană cunoscută neprezentă. Maimuțele antropoide sunt capabile de a-i imita pe cei prezenți, pe baza neuronilor oglindă, substrat neurofuncțional ce apare în creier la acest nivel superior de evoluție a mamiferelor; și care, se activează atunci când e perceput un congeneric ce execută anumite mișcări. Imitarea de către copil a cuiva neprezent exprimă însă, în mod clar, operarea relaționării cu alții pe modele metarepresentative. Adică pe o scenă pe care cei cunoscuți sau imaginați apar ca „re-reprezențați”, sub formă de personaje ce pot intra în relație cu sinele subiectului, transformat și el în personaj. Tot în această perioadă, între 16-18 luni, copilul începe să reacționeze la semnalele negative sau punitive ale mamei, căutând reconcilierea. Se pune astfel baza emoției de rușine. Această capacitate pe care copilul o câștigă, de a se privi pe sine prin intermediul expresiilor feței altuia, se înscrie și ea în procesul ce se încheie la 3 ani prin mentalizare. Capacitatea de mentalizare utilizează această instanță metarepresentativă în conturarea percepției altora. La fel cum subiectul resimte intuitiv și reflexiv că propriul corp-eu e centrat de sinele său, odată cu

mentalizarea, privindu-i și percepându-i pe alții el înțelege cum corpurile animate și expresive ale acestora sunt sediul minții lor. Minți capabile, la fel ca a sa, de intenții, credințe și opinii, inclusiv privitoare la sine.

Revenind la perceperea de către adult a altui om, el recunoaște spontan dacă e vorba de o persoană cunoscută sau de un străin; și de asemenea, identifică statutul social al acestuia – după îmbrăcăminte și comportament. Precum și de starea sa emotivă, de raportarea la situație și la propria persoană, – pe baza capacității de mentalizare câștigată la 3 ani. În relaționarea dintre oameni intervine apoi limbajul articulat. În cazul unui dialog, acesta se combină cu depistarea intențiilor celuilalt, pe care le asigură perceperea vizuală a partenerului ce însoțește procesul de mentalizare. Relaționarea dintre persoane presupune apoi, așa cum s-a precizat privitor la imaginea corporală, că și celălalt/ceilalți percep și evaluează constant subiectul. În fiecare persoană se dezvoltă de-a lungul vieții în instanța sa metareprezentatională și în conjuncție cu memoria autobiografică, un „câmp” – mediu sau o scenă - a relațiilor interpersonal sociale, pe fundalul căreia se derulează evenimentele situaționale. Atunci când un subiect merge în agora publică să țină un discurs, să susțină un examen sau să facă cumpărături, el se va proiecta pe sine pe acest fundal, pe această scenă a prezenței publice, în mijlocul altora, care-l privesc, îl evaluează; și cu care va interacționa. Interacțiunea se poate desfășura prin variate scenarii, unele de confruntare, altele de colaborare sau de poziționare ca spectator. În toate cazurile însă, subiectul care participă la evenimente publice intră în joc alături și împreună cu alții, care-l sesizează și îl identifică pe baza corporalității sale.

După cum și el îi sesizează și îi evaluează pe alții pe baza manifestărilor corporalității lor.

Relaționarea interpersonal socială reprezintă o semnificativă parte a existenței și manifestărilor psihismului uman. Prin definiție omul este un „animal

social”, ce trăiește în comunități culturale. Relaționarea cu alții are multiple aspecte, care se reflectă distorsionat în psihopatologie. În ansamblu am putea distinge între două mari domenii. Cel al afilierii, al procesualității, prin care se ajunge la zona intimă a altuia, a altora; și apoi, la atașament și existență duală. Direcție ce poate fi urmată de procesul invers, de înstrăinare. Iar pe de altă parte aspectul temperamental caracterial al modurilor „sociabilității”, care se desfășoară de obicei în agora publică.

Procesualitatea relațiilor interpersonale intime cuprinde dinamica apropierii și îndepărtării sufletești de altul, de alții, de interpătrundere cu intimitatea acestora într-o relație duală. Modelul acestui atașament se constituie deja din copilărie prin maternaj care se desfășoară pe baza unei relaționări intercorporeale afective: ținutul în brațe și legănatul, suptul, cântecul de leagăn, schimburile expresive și de privire ce se petrec încontinuu între mamă și sugar. Această strânsă relaționare intercorporeală însoțește dezvoltarea globală, inclusiv cognitivă a copilului mic, între 8 luni și 3 ani când se dezvoltă relația de atașament. La baza acesteia stă o „introjecție” a imagoului matern în structura psihică a copilului – în instanța numită de Bowlby „internal working model” – astfel încât, efectiv, mama ajunge să fie prezentă în mintea și sufletul său și când nu e de față. Atașamentul, în sens de legătură psihică ce susține acordul sufletesc, vibrarea împreună, afectarea cuiva când celălalt e lezat, se dezvoltă în paralel cu cogniția socială ce tinde spre mentalizare; dar nu se identifică complet cu aceasta.

În cursul vieții adulte existența socială a persoanei se desfășoară între un pol al relațiilor intime și unul al celor oficiale. Între acestea se plasează rețeaua persoanelor mai mult sau mai puțin cunoscute. Se mai pot diferenția persoanele publice cu care subiectul nu ajunge în contact nemijlocit și străinii. Aproximarea sufletească de altul, intrarea acestuia în orbita de relaționare intimă, începe desigur cu un prim contact. Apoi cunoașterea reciprocă poate progresa spre o apropiere

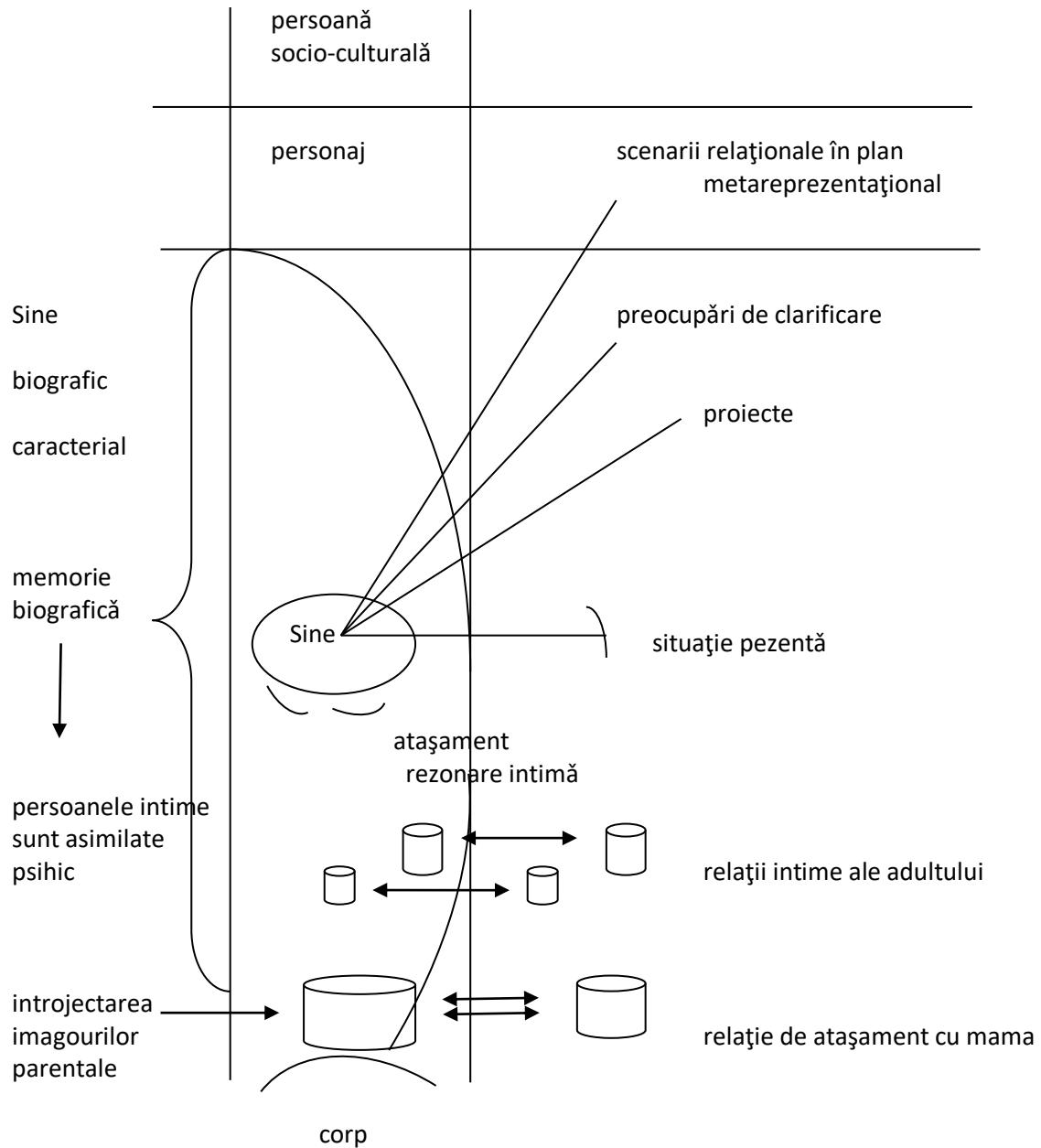
sufletească tot mai accentuată, în direcția prieteniei, a atașamentului, dragostei. Două persoane pot apoi să se interpătrundă sufletește, contopindu-se într-o existență duală, în cadrul căreia sunt acordate unul la altul, rezonând și vibrând împreună. Ele sunt și rămân fidele unul altuia. La fel ca în cazul atașamentului dintre copil și mamă, pentru adult, persoana iubită e asimilată și internalizată, ajungând să facă parte din propria structură psihică. Ea e resimțită ca „aproape” și „prezentă” alături de și împreună cu subiectul, deși fizic ar putea fi la mare depărtare. Deci psihismul unei persoane se dimensionează și prin prezența altora în însăși constituția sa. În interioritatea sinelui său. Alteritate la care subiectul se poate raporta și când se află în solitudine.

Persoanele cu care subiectul se află în relaționare intimă se cunosc bine unul pe altul. Ele împărtășesc aceleași dorințe, opinii, puncte de vedere, interese, aspirații. Conviețuind în intimitate ele se înțeleg ușor și rapid, intuitiv, fără prea multe cuvinte; și își pot ușor ghici reciproc dorințele, se pot ușor influența reciproc, transmițându-și gândurile. În plus, în intimitate dispare rușinea corporală. Precum și nevoia de a-și elabora „apariția” față de celălalt, jocul de rol social. Predomină spontaneitatea, comuniunea și solidaritatea punctelor de vedere împărtășite, rezonarea emotivă reciprocă.

Revenind la dinamica proceselor relaționale, drumul invers față de cel al apropierii și interpătrunderii se desfășoară în direcția neîncrederii, suspiciunii, îndepărtării sufletești; a răcirii relațiilor reciproce, putându-se ajunge la indiferență și ignorare. Altă modalitate aduce în scenă atitudinea opozitivă, ostilitatea, aversiunea, ura, resentimentul și pornirea spre răzbunare.

Dinamica menționată intervine doar în raport cu unele persoane, pe fundalul cunoștințelor, raportărilor și relațiilor diverse ce caracterizează rețeaua socială a unei persoane. O astfel de rețea poate fi mare sau mică, cu o zonă centrală a legăturilor sufletești puternice, incluzând pe cei cărora „le pasă” mai mult de

Structura persoanei include persoanele de atașament introjectate

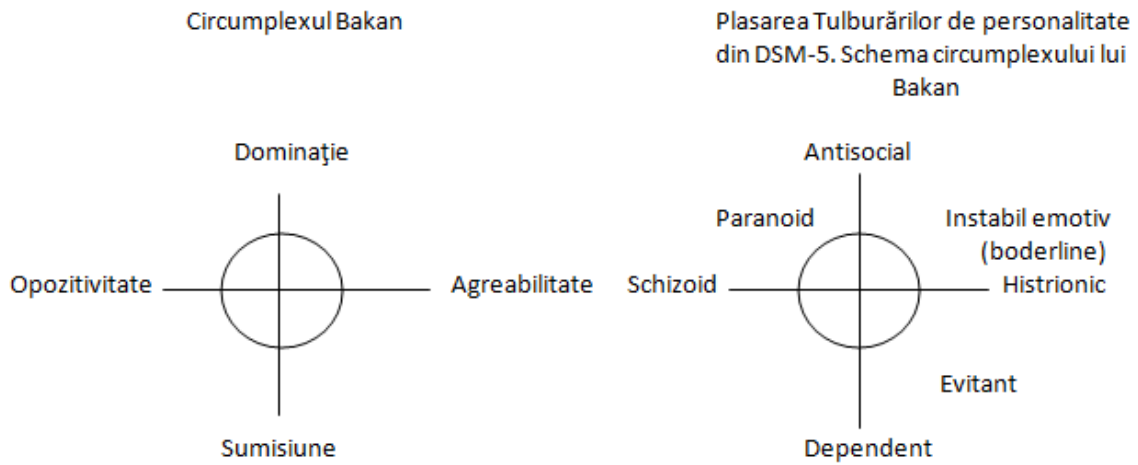


subiect. Și care, se pot constitui într-o „rețea de suport social” pentru cazul în care acesta are o problemă ce necesită sprijin și ajutor. În jurul acesteia, se pot întinde rețele sociale concentrice multiple, de persoane mai mult sau mai puțin cunoscute și implicate în existența proprie; până la nivelul instituțional sau cel informal. Rețele care există și funcționează atât în exterioritatea socială cât și în interiorul propriului psihism. De fapt, atitudinile interpersonale se configurează întâi în interiorul minții, a sufletului, și de abia apoi se exteriorizează.

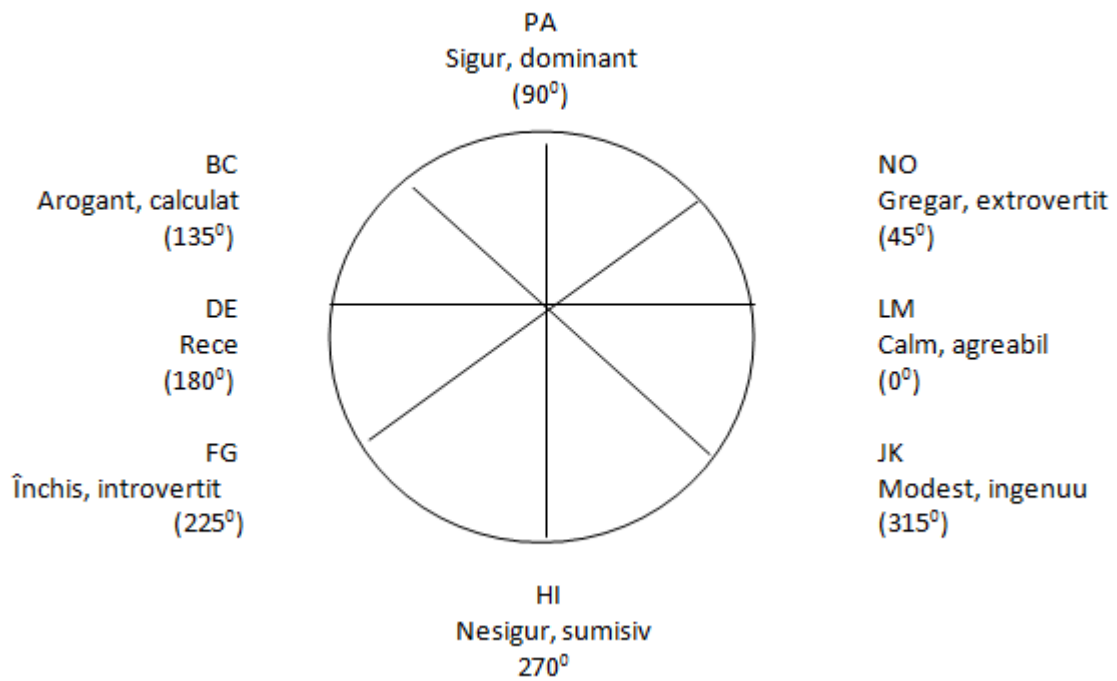
Legăturile intime puternice și durabile dintre persoane repun în discuție, dintr-o altă perspectivă, tema delimitării, identității și autonomiei psihismului. Limita exterioară a corpului unui individ - considerat ca lucru- e ușor de stabilit. Pentru corpul trăit al omului, limitele subiective pe care le instituie schema corporală se largesc, așa cum s-a comentat, prin îmbrăcăminte și podoabe, prin instrumentalitatea cu care el face corp comun în acțiune, prin spațiul intim al locuirii. Amplificarea propriului psihism prin relațiile de atașament puternice, prin ”încorporarea” imaginilor celorlalți, și configurarea modurilor de existență duală, cer ca delimitarea psihismului persoanei centrată pe propriul sine să fie privită și din această perspectivă. Și la fel autonomia agenției sale, de vreme ce el împărtășește preferințe, opinii și decizii cu cei foarte apropiați, rezonând prompt la trăirile și intenționalitatea lor. Configurarea identității persoanei presupune deci variatele aspecte ale relaționării și integrării sale în comunitatea în care există.

Agreabilitate și atractivitate. O tipologie ancestrală diferențiază oamenii în polul celor sociabili, cărora le place să fie mereu în mijlocul altora, realizând ușor noi contacte sociale și cultivând evenimente împreună cu alții; și persoanele care preferă preocupări solitare, realizând mai dificil contacte cu oameni noi și participarea la activitățile în grup. În secolul XX primul grup a fost introdus în clasa extroverților iar cel de al doilea în cel al introverților, concepte cu care însă sociabilitatea nu se confundă integral. Desigur, sociabilitatea este doar un

Circumplexul relațiilor interpersonale



Axele ortogonale ale lui Bakan (după Wiggins, 1991)



aspect al trăsăturilor temperamental caracteriale, care au în vedere relaționarea cu alții în zona publică și cea a psihosociologiei. Ea este însă o trăsătură importantă și a fost reținută de grupul de cercetători americani care au studiat caracterologia din perspectiva „circumplexului epitetelor interpersonale” (Leary, Kisker, Wiggins) sub expresia de agreabilitate. Acest circumplex s-a dezvoltat pornind de la cel al lui Bakan, utilizat în sociobiologie, care se baza pe intersecția a două axe ortogonale: dominație/sumisiune și agreabilitate/opozitivitate. Conceptul de „agreabilitate” cu înțelesul de propensiune spre întâlnire și colaborare cu alții, a fost reținut și dezvoltat și de doctrina personologică a Celor Cinci Mari Factori (Big Five Factors Theory – BFFT), care a ajuns dominantă în caracterologia anglo saxonă actuală (și a fost preluată de psihopatologii care au dezvoltat în DSM-5 (2013) noua variantă, dimensională, a tulburărilor de personalitate pentru a caracteriza variantele tipologice ale acestora).

Sociabilitatea, ca trăsătură temperamental caracterială, e dublată și modulată de un diapazon de moduri comportamentale derivate din circumplexul lui Bakan, care susțin integrarea în grupul social, atractivitatea persoanei și eventuala sa poziționare ca lider, la nivelul vieții publice.

Participarea la viața publică pretinde, la fel ca și cea la viața instituțională, o înfățișare decentă, conformă cu regulile acceptate. Faptul se referă la curățenia și îngrijirea corpului, la îmbrăcăminte, la aspectul fanerelor, eventualele podoabe, mers, expresivitate mimico gestuală și, în general, o „ținută prezentabilă” de ansamblu a persoanei. Când „iese în societate” subiectul se pregătește, îngrijindu-și aspectul corporal. Iar înainte de a pleca de acasă, se uită de obicei în oglindă.

În acest context al apariției publice, este remarcată și frumusețea fizică, care, deși e comentată frecvent din perspectiva atractivității erotice, e o problemă de ordin general într-o cultură dată. Frumusețea fizică se referă la armonia întregului trup, dar mai ales a feței. Aspectul strict statuar, al formelor corporale frumoase și

armonioase, poate fi dublat de o expresivitate atractivă, care de obicei e subtilă, și nu stridentă. Frumusețea corporală genuină poate fi potențată prin îngrijire cosmetică, îmbrăcăminte, podoabe, melodia gesturilor, expresivitatea feței, a privirii și a zâmbetului. Intră apoi în joc arta dialogului, a rostirii, care se anonimizează cu împrejurările.

În plus, expresivitatea persoanelor frumoase include nu arareori și calități morale. Deși frumusețea fizică poate fi potențată circumstanțial, ea este de obicei o caracteristică de durată a persoanei, putând fi exprimată în portrete.

Dacă ne referim acum la atractivitatea publică a unei persoane, aceasta nu e legată doar de frumusețea fizică propriu zisă. E necesară de obicei și o adecvată sociabilitate, o bună și echilibrată agreabilitate. Apoi, inteligență și rostire adecvată. Și de asemenea, e implicată poziția socială, competențele și autoritatea recunoscută, prestigiul său. Persoanele pot fi astfel atractive și fără a fi frumoase fizic. Un aspect special al problemei atractivității intră în joc când se pune problema ca cineva să devină lider. Faptul presupune o bună asertivitate, o încredere, siguranță și stimă de sine crescute. Uneori chiar o capacitate de dominare autoritară, caracteristică ce e indicată distinct de agreabilitate, în partea superioară a circumplexului interpersonal a lui Bakan. Și care să se adauge agreabilității și bunăvoinței. Liderii sociali trebuie să aibă apoi reacții mentale rapide și adecvate, să fie convingători în discurs, capabili de a-i domina pe alții, uneori chiar manipulativi.

Preocuparea față de apariția în zona publică a vieții sociale are mai multe aspecte. Pe de o parte, ea are în vedere conformitatea și integrarea în grup, în normele sociale, culturale ale unei colectivități; ceea ce se realizează prin îmbrăcăminte, gesturi, expresii, comportament, vorbire etc. Se cere apoi conformarea cu statutul și rolul social, civic și profesional. Persoanele frumoase, cele atractive și cu valențe de lideri, se impun pe fundalul expresivității comune de

integrare socială. Desigur, indivizii pot depune eforturi pentru a-și ameliora apariția, a masca defectele și stigmele vizibile, a-și potența frumusețea, atractivitatea, eventual capacitatea de a impresiona și influența pe alții. În acest sens joacă un rol modul de manifestare în scenariile și jucând un rol social. Persoanele joacă constant variate roluri mai durabile sau mai circumstanțial. Ideea de „mască socială” nu e un artefact. Mască și jocul de roluri definesc însăși calitatea de persoană a subiectului, chiar dacă accentuarea acestei trăsături poate deveni uneori stridentă, ca la TP histrionică. Iar sociabilitatea crescută amplifică aria de desfășurare a rolurilor sociale. Doar că aceste roluri se cer jucate firesc, fiind bine integrate în structura persoanei.

4. Corpul, grija față de sănătate și convingerile delirante

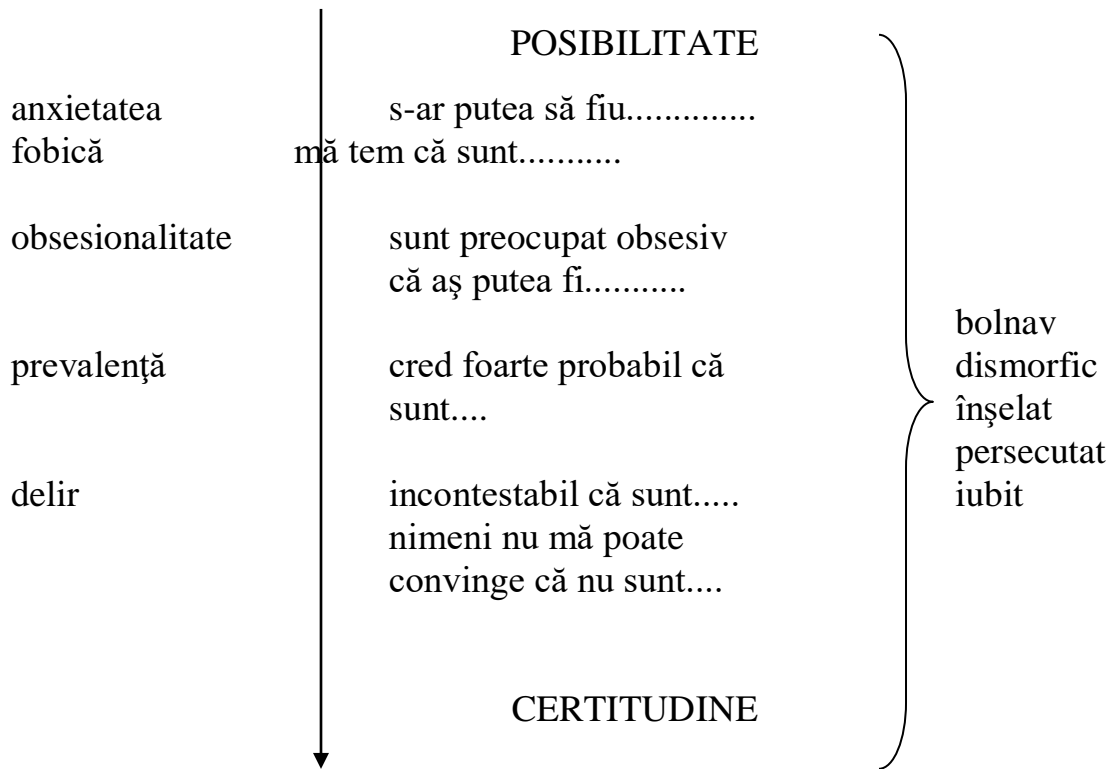
Condiția de om bolnav. Boli pot apărea și la plante și la animale. Boala afectează desfășurarea firească a programului vital la individul unei specii, conducând la suferință, deficiențe corporale funcționale și moarte neobișnuită. Omul bolnav resimte durerea și alte senzații corporale neplăcute, suferă, la fel ca orice organism cu sistem nervos central dezvoltat și își comunică suferința celorlalți, care încearcă să-l ajute. De când avem date despre istoria omului cultural știm că oricând și oriunde sistemul social a fost atent la bolile oamenilor, tămăduitorul, șamanul fiind un personaj ce nu lipsește din nici o socio-cultură. Indiferent de interpretarea bolilor și suferințelor omenești, de corectitudine și adecvare biomedicală a intervențiilor cu intenție terapeutică, medicina – și echivalentele sale – au fost o constantă a socio-culturilor omenești. Primele universități ce au luat ființă în Europa aveau facultăți de teologie, drept și medicină, cele de arte și științe apărând mai târziu. Medicina actuală, care se dorește tot mai mult bazată pe cunoștințe bio-științifice, pune accent pe obiectivizarea simptomatologiei bolilor. Dar ea nu ignoră suferința și simptomatologia subiectivă a bolnavilor, chiar dacă le

acordă o importanță mai mică decât în urmă cu un secol. De fapt, pacientul ajunge în circuitul medical în mare măsură în urma durerilor și a altor simptome subiective și impotențe funcționale.

Dincolo de suferința și soarta pacienților individuali, preocuparea cu bolile, cu sănătatea populației, este și instituționalizată. Medicul și personalul ce lucrează în domeniu, au un statut și rol social special, desfășurându-și activitatea într-o rețea instituțională specifică. Acesta se bazează pe un corp de cunoștințe, tot mai bine fundamentate, utilizând un sistem nosologico nosografic care definește explicit fiecare boală. În sfârșit, boala este un eveniment, o situație de viață, posibilă sau reală, ce poate fi tematizată. Subiectul poate fi preocupat de bolile pe care le are sau le-ar putea avea, și în modalități anormale, într-o manieră fobică, obsesivă, prevalentă sau chiar delirantă. Psihopatologia e deci interesată de acest domeniu, care ocupă un anumit loc în sistematica psihiatrică.

Tulburările de somatizare. În actualul manual american de diagnostic DSM-5 există un capitol dedicat tulburărilor ce se referă la preocuparea anormală față de simptome corporale somatice care sunt corelate problematicii medicale. **Tulburarea somatică (de somatizare), principala categorie a acestui capitol, se referă la unul sau mai multe senzații corporale disconfortabile, resimțite în diverse părți ale corpului, de formă și intensitate variabilă – până la durere – pentru care nu se găsește un suport într-o suferință organică. Acestea creează suferință, ocupă mult timp și consultații medicale și perturbă integrarea socială . Alte tulburări corelate, cuprinse în acest capitol, se referă la: - Tb.conversivă, ce constau în manifestări pseudoneurologice fără substrat în sistemul nervos; - Tb.anxietății de sănătate, ce constă într-o excesivă preocupare anxios fobică legată de eventualitatea unei boli; -Tb.factice, care constă în solicitarea insistentă, nejustificată, anormală, a unui statut de om bolnav, cu internări repetate în spitale.**

Ansamblul tulburărilor de somatizare reunește o preocupare anormală a subiectului față de propria corporalitate aflată sub orizontul bolii, în perspectiva unei relaționări cu medicina. Faptul are un dublu aspect: unul privește raportarea subiectului la el însuși, la condiția sa corporală, posibil malativă. Celălalt vizează, mai direct sau mai indirect, o relaționare cu ceilalți, din perspectiva bolii, a statutului de om bolnav. Faptul asupra căruia merită atrasă atenția – dar care nu e comentat în DSM – este posibila tranziție a acestor preocupări anormale prin formule psihopatologice succesive: anxios-fobică, obsesiv-compulsivă, prevalentă, delirantă. Trimiterea la delirurile monotematice se impune, și ea la acest nivel, la fel ca în TB dismorfic corporală; sau în gelozie și erotomanie. S-ar putea imagina în această direcție, o schemă a preocupărilor și problematizărilor subiectului, deschisă între posibilități și certitudini.



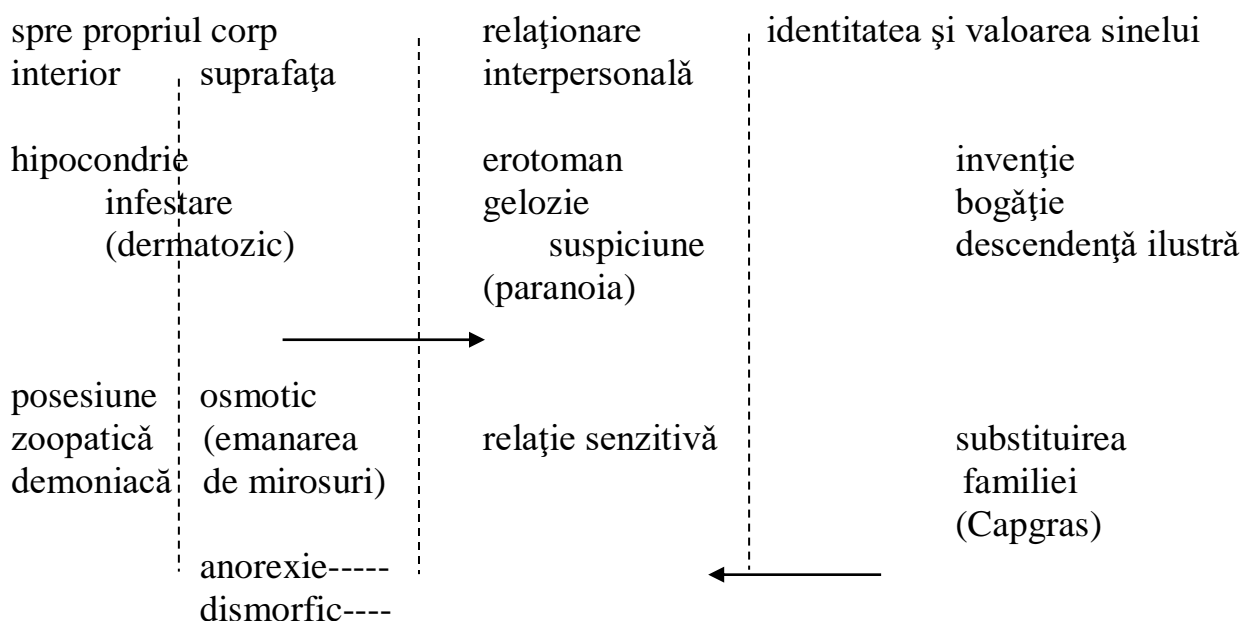
Se poate remarca în schema de mai sus cum griji și preocupări exagerate, particulare și anormale ale subiectului, pot aluneca în final spre delir.

Tulburarea delirantă monotematică. Clinica psihiatrică a acceptat încă din sec.XIX o categorie nosologică în care elementul central e un delir sistematizat. **Prin delir s-a înțeles, tradițional, convingerea absolută într-o idee falsă, aberantă, convingere nemodificabilă prin argumente. Cazul exemplar e cel al paranoiei înțeleasă ca delir sistematizat de persecuție. Categoria nosologică „tulburare delirantă”, în principiu monotematică, a fost ulterior recunoscută de toți clinicienii, considerându-se însă că nu e frecventă. În DSM-5 criteriul de diagnostic al acesteia pretinde identificarea unei convingeri delirante centrată de obicei pe o unică temă cu durată de peste o lună Funcționarea socială e modificată doar în zona de impact a delirului. Halucinațiile dacă sunt prezente, nu sunt predominante și se referă doar la tema delirantă. Comportamentul nu e în mod evident ciudat sau bizar. Ca teme sunt indicate gelozia, erotomania, persecuția, grandiozitatea (invenție) și tematica somatică ce include dismorfofobia.**

Delirurile monotematice se cer privite, dincolo de sistematica nosologică psihiatrică, și din perspectiva vieții cotidiene. În cursul derulării vieții de zi cu zi subiectul se preocupă constant de unele întrebări sau probleme care-l privesc și pe care ar vrea să și le lămurească, privitoare la starea și relaționările sale, la condiția sa existențială. Astfel de teme pot avea în vedere: sănătatea corporală, aspectul și atractivitatea sa fizică, valoarea sa în raport cu ceea ce a făcut și realizat. Și la fel, identitatea și poziția sa în societate: cine sunt? cum mă poziționez față de strămoșii mei, față de statutul meu social?. La fel de interesat poate fi subiectul să clarifice uneori relaționarea sa cu alții: fidelitatea partenerului, relațiile romantice și mai ales, încrederea ce o poate avea în alte persoane și instituții, faptul dacă acestea au o atitudine favorabilă sau ostilă față de sine; condiție care stă la baza paranoidei.

În toate domeniile menționate subiectul poate avea nedumeriri, întrebări, îndoieli, supoziții etc.; iar strădania sa va fi spre clarificări și certitudini. Aceasta este zona din care se decantează delirurile monotematice precedate și întreținute uneori în faza lor inițială de trăiri anxios fobice de nesiguranță și îndoieli obsesive. Când certitudinea începe să se impună, ea poate trece în prim plan, ca o preocupare prevalentă care face ca restul intereselor, gândurilor și preocupărilor sale să se plaseze în plan secund, absorbindu-i unidirecțional existența.

Orientarea preocupărilor în delirurile monotematice



Iar dacă se petrece saltul – sau mai bine zis „căderea” – pe orbita convingerii delirante, fascinația față de tema centrală devine totală. Credința în aceasta devine absolută, opacă la orice argumentație și evidență. Și aceasta, chiar dacă tematica este pentru alții nu doar falsă ci chiar aberantă, absurdă.

Dacă delirul a fost definit ca o convingere absolută într-o idee falsă, delirurile monotematice ne arată mai clar în ce constă de fapt această idee. Ea nu se referă la stări de fapt constatabile – de exemplu că afară plouă când nu plouă – sau

la adevăruri științifice, doctrine ideologice sau religioase. Atunci când un delirant e convins că a descoperit perpetuum mobile, nu un adevăr științific e în discuție, ci condiția sa excepțională de personaj creator. Și la fel, când e convins că a întemeiat o nouă religie, chiar dacă la ea nu aderă decât eventual câțiva debili mintali. Tema delirului se referă întotdeauna la sinele subiectului, exprimând răspunsul aberant la o preocupare privitor la starea și identitatea sa relațională, la poziția sa în lume. Temele delirante sunt expresia unor problematizări existențiale, de care subiectului „îi pasă”, care îl privesc în modul cel mai intim și adânc.. Doar că, acum când ajunge în condiția delirantă, el se transformă în personaj. Personaj al unui scenariu identitar și relațional care-l domină și-l absoarbe, extrăgându-l din bogăția și varietatea vieții de zi cu zi.

Provocarea pe care psihopatologia delirului o aduce psihologiei antropologice, constă în faptul de a nu ignora dimensionarea persoanei printr-o intrinsecă condiție de personaj cuprins continuu în scenarii relațional identitare. Scenarii pe care le joacă existențial, trăindu-le nemijlocit. Desimplicarea patologică a condiției de personaj preocupat de clarificări identitar relaționale și acapararea acestui personaj de convingerea într-o soluție tematică aberantă pentru aceste preocupări, ne mută spre lumea narativ fictivă a delirului. Lume delirantă care sfârșește prin a se derula în paralel cu cea a vieții cotidiene, după regulile specifice narativității.

IV

SAMANISM, TRANSA HIPNOTICA SI HYSTERIE

1. Tulburările disociative în DSM-5 și ICD-11

Unul din capitolele manualului DSM-5 se referă la Tb. disociative, principalele categorii făcând trimitere la tulburarea de identitate, amnezie (în asociație cu fuga) și depersonalizare/derealizare. Cele trei categorii coexistă frecvent, fiind deseori asociate cu tb.conversive și stări de transă. Corelația cu trauma psihică e considerată importantă.

Tb. disociativă de identitate e caracterizată (în DSM-5) prin coexistența a două sau mai multe stări de personalitate, înțelese ca sens al agenției; stare descrisă în unele culturi ca experiență de posesiune. Se adaugă dificultăți în a repovesti evenimentele cotidiene, alte evenimente personale importante sau traumatice. Această disfuncție mneștică apare în prim plan în Tb. disociativă amneștică, însoțită sau nu de fugă (călătorii lipsite de scop). Depersonalizarea constă în experiențe de nerealitate, detașare sau sentimentul de a fi observator exterior al propriilor gânduri, sentimente, senzații, corp sau acțiuni; derealizarea constă în experiența nerealității și detașării în raport cu lumea înconjurătoare (ce apare ca în vis, ciudată, lipsită de viața, distorsionată vizual). Stările de transă se caracterizează printr-o acută îngustare sau pierdere a conștiinței ambianței imediate, cu insensibilitate la stimuli. Pot fi prezente mici mișcări stereotipe și pareze tranzitorii; iar uneori sentimentul posesiunii de spirite.

În comentarea Tb. disociative de identitate se menționează că uneori pacientul observă, egodiston, propria vorbire, gândurile și actele sale, pe care nu le poate stopa; sau, sentimentul că atitudinile, emoțiile, corpul „nu este al

său” sau nu e sub propriul control. Alteori poate auzi voci; subiectul resimte că un spirit, o ființă supranaturală sau alte persoane, au luat sub control propria persoană; sau că aceasta, „a fost scoasă afară” de un demon sau o zeităte. Se rețin însă doar formele anormale (în raport cu practicile culturale curente), care creează neplăceri și disfuncție socială.

Tb. disociativă, așa cum e caracterizată în DSM-5 scoate în relief o dedublare anormală a psihismului, cu o frecventă trimitere spre sentimentul de control exterior a voinței din partea unor ființe supranaturale, a „spiritelor”, față de care pacientul se supune pasiv.

Sistemul ICD-11 are și el un capitol de Tb. disociative, cu o structură parțial diferită de DSM-5. Astfel în el sunt cuprinse și manifestările corporale conversive de tip neurologic dar fără substrat organic (pareze, anestezii, leșinul pseudoepileptic, mișcări involuntare, Tb. senzoriale ca deficitul de văz și auz, afonia etc.), și care derivă din tradiția histeriei; și pe care DSM-5 le plasează în clasa tulburărilor somatice. Apoi, ICD-11 dă o delimitare explicită în acest capitol și tulburării de transă disociativă, acceptând ca o categorie separată varianta „cu posesiune”. **Aceasta e caracterizată printr-o marcată alterare a stării de conștientă a individului, sensul identității personale fiind înlocuit de o „identitate ce îl posedază”;** (se pretinde ca manifestarea să fie în afara obiceiurilor cultural religioase locale), **comportamentul și mișcările sunt resimțite ca și controlate de un agent străin.** Condiția e menționată și în DSM-5 dar nu în această formă explicită, care marchează corelația tradițională a patologiei din aria histeriei nu doar cu epilepsia ci și cu sentimentul posesiunii de către spirite. În același sens e de subliniat prezența în cap. Tb. disociative din ICD-11 atât a crizelor de leșin ce urmează a fi diferențiate de cele epileptice, cât și a trăirilor de depersonalizare/derealizare, în care subiectul se simte fără identitate sau inexistent în afara trupului într-un univers nefamiliar, ca în vis, ca la teatru.

Dacă corelația și diferențierea dintre histerie și epilepsie e o temă veche a medicinei prezentă deja în Corpusul Hipocratic, sindromul depersonalizării a fost descris doar în psihopatologia de la sfârșitul secolului XIX. Includerea celor două tulburări în același capitol este însă profund semnificativă, deoarece trimite spre un moment precis din istoria culturală a omenirii; și anume extazul șamanic din perioada preagricolă, a omului vânător și culegător. Șamanul vindecător, ca personaj central al colectivității, știa cum să ia legătura cu spiritele care intervin în condiționarea bolii omului. El putea intra, printr-o tehnică specială, într-o stare de transă/extaz, prin care realiza o moarte simbolică. În timpul acesteia sufletul său părăsea trupul și călătorea în lumea spiritelor, pentru a întâlni acolo și readuce înapoi pe pământ sufletul omului bolnav, însănătoșindu-l. Odată încheiată această ispravă, propriul său suflet reîntra în corp și el se „trezea” la realitatea ambientală. Complexul manifestărilor și trăirilor șamanice reprezintă o experiență matriceală a omenirii ce nu poate fi ignorată de psihopatologie. Mai ales că el se referă și la criza epileptică, considerată în multe societăți ca o boală sacră; și de care histeria se cerea diferențiată de la apariția ei în Medicina greacă. Desigur, semnificația șamanismului pentru istoria comportamentului uman normal și patologic, se cere înțeleasă în prezent ca filtrată prin următoarele etape culturale spirituale pe care umanitatea le-a parcurs. Și mai ales prin epoca Renașterii, în care s-au reactualizat intens magia, astrologia și vrăjitoria, funcționând o largă convingere în posesiunea de spirite demoniace, inclusiv de către persoane ce făcuseră un pact cu ființe supranaturale.

Privitor la terminologie, menționăm că sistemul DSM III-5 evită expresia de histerie, care apare încă în ICD-10. Expresia de „tb.conversivă” folosește un termen lansat de psihanaliză, care acum e utilizat însă strict operațional, fără înțelesul ce-l avea în această doctrină.

Cât privește expresia de „Tb. disociativă”, ea derivă din doctrina lui Janet privitoare la interpretarea acestor stări psihopatologice printr-o disociere, o insuficientă sinteză a psihismului, cu intervenția unor „idei fixe” inconștiente.

În aria patologiei hystero/disociative istoria psihopatologiei se impune ca deosebit de importantă. De aceea, o vom urmări pe scurt.

Chenar 17

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 conclucra cu lumea spiritelor.

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

2. Din istoria conceptului de histerie

Histeria e unul din foarte puținii termeni psihopatologici – alături de melancolie, manie, hipocondrie, frenitis – care s-au păstrat din perioada prehelenistică până la apariția psihiatriei ca ramură a clinicilor medicale în sec.XIX. Ea e menționată în Corpusul Hipocratic alături de epilepsie și persistă în medicina elenistică până în vremea lui Galen, cu o interpretare umoralistă privitoare la migrația uterului. Explicația consta în faptul că „micul animal interior

al uterului” (=hysterus) fiind nesatisfăcut la fetele tinere, se lichefiază și începe să circule prin corp deranjând funcționarea organelor în care se oprește. Astfel apar palpitații când ajunge la nivelul inimii, vomismente în zona ficatului, sufocare când ajunge la plămâni, apoi nod în gât, cu afonie; și, în sfârșit, leșin însoțit de convulsii, atunci când avansează până la cap. Terapia ar consta în administrarea de substanțe urât mirositoare la nas pentru a-l alunga; și substanțe bine mirositoare în zona pelvină, pentru a-l atrage. Leșinul hysteric, ca parte finală a crizei, trebuie diferențiat de criza epileptică, a cărei etichetare populară de „boală sacră” făcea trimitere la posedarea de ființe supranaturale: zeu, demon sau alte spirite. Medicina hipocratică a combătut această concepție fără a putea înlătura credințele populare, care făceau din epileptic un om deosebit, posibil contagios, pe care era preferabil să nu-l atingi. Iar la romani, dacă cineva făcea o criză în Senat în timpul deliberărilor din comiții, acestea se cereau pentru moment întrerupte (de unde denumirea de boală „comițială”). Raportarea crizei hysterice la cea epileptică, implică și această trimitere la relația cu spiritele. Areteus din Capadoccia insistă asupra diferenței dintre histeria feminină și epilepsia masculină pe baza manifestărilor convulsive specifice. La sfârșitul sec.I d.Ch. Soranus din Efes emite dubii asupra doctrinei uterului migrator. El amintește și de posibilitatea histeriei masculine, tot cu referire la posesia de spirite. Galen descrie o formă letargică, una cu predominanța sufocației și alta motorie. De altfel, sufocarea, nodul în gât și mutismul au fost printre importantele simptome ale histeriei care a continuat să impresioneze și în epoca modernă.

Pe lângă plasarea în marginea epilepsiei, ca o variantă eșuată, slabă, „feminină” a acesteia, histeria aduce în scenă în medicina antică aspectul „funcțional” tranzitoriu, a unor manifestări maladive ce aveau și o variantă gravă, de pericol vital sau de scoatere a individului din circuitul social. Palpitația, sufocarea, incapacitatea de a vorbi și merge, de a mișca mâna și de a vedea, toate

sunt tulburări importante, care îi alertează pe cei din jur și îi pun în gardă asupra unui posibil pericol major. Dar aceste manifestări apar în cazul histeriei ca pseudosimptome pasagere, funcționale, susținute nu de iminența reală a morții sau a unei maladii grave, ci de parodia unei sexualități nesatisfăcute. E decupată astfel o întreagă fațetă a patologiei generale, în care starea specială a psihismului și disfuncția corporală sunt corelate intim.

După Renaștere, când se pregătește epoca modernă, medicina e prezentă în cadrul Universităților ce iau naștere în Europa, începând cu sec.XIII. Concepția umoralistă antică, transmisă mai ales pe filiera arabă, este reactualizată împreună cu întreaga doctrină a uterului migrator; dar și a apropierei dintre histerie și epilepsie. Medicina modernității va beneficia de o nouă ambianță științifică, orientată empiric, observațional și experimental. Ea s-a concentrat inițial asupra anatomiei, ulterior asupra chimiei și începând din sec.XVIII, chiar asupra electricității. Dar înainte de a parcurge pași semnificativi în aceste direcții, ea a străbătut epoca de recrudescență majoră a magiei, alchimiei și astrologiei, pe care Renașterea a declanșat-o. Pentru problematica histeriei și epilepsiei are importanță reafirmarea în această perioadă a temei posesiunii omului de către spirite demoniace, desfășurată în marginea practicilor vrăjitoarești.

În cele câteva veacuri în care Inchiziția catolică a intentat procese și a ars pe rug vrăjitoare, principala acuzație ce li se aducea acestora era că, în urma unui pact cu diavolul, cu care uneori întrețineau și relații sexuale, acționau la distanță pentru a interveni în probleme de sănătate și dragoste. Tradiționalele manifestări corporale convulsive și hiperexpresive ale hystericelor erau acum interpretate și ele ca posesiune demoniacă. Iar vinovăția, aparținea vrăjitoarelor sau celui ce a trimis spiritele să o „muncească” pe femeia posedată, ce se zvârcolea. În celebrul caz al maicii Ioana a Îngerilor – reanalizat în sec.XIX de școala lui Charcot – posedata era ajutată prin slujbe de exorcizare a demonilor; iar cel ars pe rug a fost preotul

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 hysterice; 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.

Garnier, pe care ea îl învinuia că i-a trimis pe demoni. Condiția aparte a femeii cu crize convulsive hiperexpresive, deci a hystericeii, consta în faptul că era vorba de o posesiune involuntară, inocentă, ea resimțindu-și trupul manevrat de spiritele malefice străine în afara voinței sale. În acest sens, Ignatio de Loyola, a împărțit posesiunea demoniacă în inconștientă în care posedata asista neputincioasă la manifestările trupului său; și lucidă, (obsesivă) în care posedatul putea analiza reflexiv cum diavolul caută să-i corupă voința, îndemnându-l la acte profanatorii, abominabile. Dar medicina a continuat, chiar și în această epocă, 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; dar cu manifestări hiperexpresive, „femeile răsând sau strigând fără motive reale, astfel încât aduna 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 împrumută culori numeroase și variate. Suntem deci nu atât în fața unei boli bine definite, cât a unei modalități malade de a prezenta nefiresc 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. Tot în acest secol se impune ca partener masculin al histeriei tulburarea hipocondriacă, derivată din melancolie, bazată și ea acum pe nervi. Cele două afecțiuni care se cantonează în esență la trăirea anormală a corporalității, nu aveau însă rangul bolilor mentale (ale spiritului) care susțin nebunia propriu zisă, pierderea rațiunii. Această opțiune care plasa histeria și în alte zone decât mania, melancolia, frenitis, demența, se va menține până în sec.XIX, când alieniștii, directorii de azile și profesorii de psihiatrie, vor elabora noi concepte psihopatologice, evitând histeria.

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, deja din 1609 Prater introduce în clasificarea bolilor mentale – alături de Imbecilites și Alienatio – și patologia somnului nenatural, „Morbus consternațio”, ce includea: coma, letargia, stuporul, catalepsia.

Medicina Renașterii a preluat ansamblul acestei tradiții ce însoțea epilepsia. Iar histeria, care continuă să însoțească destinul epilepsiei, se află și ea mereu aproape de aceste manifestări și de comentariile interpretative ce le însoțeau. Menționatele tulburări ale conștiinței vor termina pe vremea lui Charcot prin a avea și o variantă hysterică. Faptul se va produce prin intermediul stărilor hipnoide și a practicării sugestiei hipnotice, fiind mediat de doctrina magnetismului animal.

În sec.XVIII, doctorul austriac Messner a devenit celebru prin intervențiile sale cu „pase magnetice”. Acționându-se direct asupra pacientului prin efectuarea unor mișcări (pase) în condițiile unei recuzite electro magnetice, puteau fi induse și

reduse o serie de simptome funcționale. Progresiv s-a evidențiat rolul esențial în acest proces a personalității terapeutului și a atmosferei relaționale 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, fapt ce a ridicat problema dedublării voinței persoanei. Mai ales în cazul sugestiei post hipnotice, subiectul ajunge să acționeze ca și cum voința sa este substituită de una străină, care-l manipulează. Dată fiind că era implicată și condiția reducerii vigilității prin hipnoză, era reactualizată astfel tradiția stărilor de transă care în antichitate se manifestau în religiile de mistere. În epocă, dezbaterile au fost aprinse, deoarece în această perioadă în care se impunea doctrina inconștientului. Iar prezența unei voințe străine care dirijează deciziile libere ale subiectului, ridică și probleme medico legale. În plus, era o perioadă în care ajunsese la ordinea zilei și tema dublei personalități. În acest context, spre sfârșitul sec.XIX, problematica histeriei a ajuns în prim planul dezbaterilor medico psihiatrice prin demersul lui Charcot, de la Salpêtrière.

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 hysterice; care, erau amestecate cu paciente ce aveau tulburări neurologice. Charcot era interesat de neurologie, specialitate pe cale de constituire, având contribuții remarcabile în acest domeniu (privitor la scleroza multiplă, boala Parkinson, accidentul vascular cerebral). Studiind hystericile prin comparație cu cazurile neurologice și dezvoltând lecții publice demonstrative, Charcot a reușit să diferențieze clar cele două patologii.

În simptomatologia histeriei pe care a avut-o în vedere Charcot se descriau forme funcționale de anestezie, pareze, paralizii, astazo abazie, mișcări involuntare, afonie, disartrie, tulburări de vedere, de auz, miros, gust. În centrul patologiei erau

însă crizele sau atacurile psihomotorii care au fost comentate în mai multe variante, inclusiv cea de histero epilepsie. Marea criză de histerie descrisă de Charcot comporta cinci faze succesive: 1. Faza prodromală, ce include dureri ovariene, palpitații, globus și tulburări vizuale, ajungând la pierderea cunoștinței; 2. Conracțiile tonice urmate de cele clonice, însoțite de grimase; 3. contorsiile (clownismul) implică mișcări și strigăte (către ființele imaginare); 4. Faza de transă sau posesiune, în care pacienta mima scene violente, erotice sau demoniace, într-o stare ca de vis; 5. Faza terminală, verbală, însoțită de halucinații și revenirea la starea conștientă.

Un aspect aparte a simptomatologiei de tip neurologic al histeriei ce a fost acum comentat, era indiferența pacientei față de gravitatea patologiei sale; e ceea ce s-a numit „la belle indifference”. Atitudinea e semnificativă pentru detașarea hystericului de componenta volitivă a manifestării sale; a cărui rezultat îl înregistrează, dar nu se simte și nu se consideră autorul manifestărilor. Apoi, Charcot, a reușit să cultive, să întrețină, în clinica sa, prin sugestie și chiar hipnoză, o serie de manifestări hystericice hiperexpresive. Hipnoza era în acea perioadă la modă; și profesorul de la Salpêtriere, a folosit-o intens pentru a induce și reduce simptome la hipersugestionabilele hystericice din pavilionul său. Ceea ce nu era posibil la pacientele ce aveau în spatele simptomatologiei o bază organică. Pe lângă aspectul spectacular al lecțiilor sale, Charcot a contribuit și la editarea iconografică, prin fotografiere a acestei patologii odată cu monumentală lucrare „Iconographie Photographique de la Sâlpetriere (1876-1877).

Chenar 19

Simptomatologia inclusă în conceptul classic de histerie (Charcot)

Sindroame pseudoneurologice

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

Tulburări neurovegetative, sindrom somatic

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

Crize de suspendare a conștiinței

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

Tulburări ale vigilității conștiente

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

Tulburări de memorie și comportament

- Amnezie, dromomanie, transă, dublă personalitate

De asemenea, a publicat împreună cu Ruchet „Les Démoniaques dans l’art” stârnind astfel interesul oamenilor de cultură din „orașul lumină Paris”.

În perioada menționată, neurologia era și ea o știință medicală pe cale de constituire, la fel ca psihiatria. Între cele două se aflau o serie de stări psihice aparte, așa cum erau cele hipnoide, care preocupau societatea și cultura; și care-și căutau un statut nosologic între psihologie, psihopatologie, neurologie și medicina generală. Charcot a fost interesat și de acest grupaj format din stări de letargie, catalepsie, stupor, transă extatică, somnambulism, dromomanie hipnoidă, amnezie selectivă, și în cele din urmă, dubla personalitate. O bună parte din acestea sugerau o legătură și cu epilepsia, patologie de care histeria era apropiată din antichitate. Pe de altă parte, - așa cum s-a menționat - începând cu sec.XVIII, odată cu iluminismul și reducerea drastică a cazurilor de posesiune demoniacă, s-au

dezvoltat doctrine și practici „raționale” ca magnetismul animal și sugestia hipnotică, care explicau „relațional” o parte din menționatele manifestări psihice și psihocorporale particulare. Charcot a acceptat doctrina sugestibilității hipnotice, considerând că histericii prezintă o hipnotizabilitate crescută. Se cere menționat ca în aceeași perioadă sugestia și hipnotismul erau larg răspândite în societatea generală, în care, dezvoltarea recentă a doctrinei spiritiste, a subliniat și existența persoanelor cu aptitudini mediatice speciale.

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

Momentul Charcot a impus tema histeriei în medicina psihiatrică, împreună cu, dar și alături de neurologie. Cazuistica ce a intrat astfel în dezbateri nu a mai putut fi neglijată de medicii diverselor specialități. Chiar psihiatrii alieniști, pentru care histeria nu se manifesta decât prin scurte episoade psihotice, au fost atenți în continuare la condiția specială a stărilor de stupor și catatonie. Dar, după moartea lui Charcot, interesul pentru histerie s-a prăbușit chiar la Sâlpetriere. Babinski, unul din elevii preferați ai maestrului, dezvoltându-se ca neurolog, 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

Automatismul ambulator și dubla personalitate

În a doua jumătate a sec.XIX psihologii și psihiatrii au manifestat un interes crescând față de automatismul ambulator și dubla personalitate. Prima stare menționată se manifesta sub formă de episoade cu debut și sfârșit brusc în care subiectul călătorește, având un comportament relativ adecvat dar fiind ușor detașat de ambianță. În acest timp el are amnesia condiției sale anterioare iar ulterior pe cea a episodului. Durata putea fi de ore, zile, săptămâni sau luni; iar condiția era pusă pe seama epilepsiei și histeriei. Charcot a tratat de ex. o persoană care lucrează la livrarea mărfurilor într-un mare magazin și care, după ce a încasat o mare sumă de bani a dispărut. După câteva zile “se trezește” mirat într-o altă localitate, cu puțini bani la el și anunță poliția. Are amnesia episodului, Forel, directorul Spitalului Bürgaltzi de lângă Zürich, comentează cazul unei persoane care e intrigată citind într-un ziar că un domn N. a dispărut din Australia iar autoritățile se preocupă să nu fi fost omorât, “Ceva” îl intrigă în această poveste, fuge la hotel și găsește printre lucrurile sale un pașaport cu acest nume. Nu-și amintește nimic și se prezintă la Clinica de psihiatrie. Sub hipnoză se reconstituie reîntoarcerea sa în Elveția după o boală infecțioasă gravă.

Astfel de cazuri nu adoptau o altă personalitate. James relatează însă cazul lui Ansel Bourne, predicator neoprotestant, căsătorit și cu copii, care la un moment dat dispărea de la domiciliul său din Coventry, după ce încasează o sumă mare de bani. Două săptămâni mai târziu un anume Albert Brown sosește în Norristown (Pensylvania) și își deschide un mic magazin. Duce o viață retrasă până ce într-o dimineață când se trezește cu totul bulversat. Își reamintește că se numește Ansel Bourne și nu știe ce s-a întâmplat cu el. Când se destăinuie vecinilor aceștia îl consideră nebun. În sfârșit sosește un nepot pe care-l vizitase înainte de plecare și lucrurile se lămuresc, întorcându-se acasă. După analiza lui James care folosește și hipnoza, se pare că fuga de acasă se corelează și cu temperamentul insuportabil al soției. Din biografia sa se mai notează că-și pierduse brusc auzul, vederea și vorbirea după ce se declarase ateu și declarase că mai bine devine surdomut decât să meargă la biserică. Apoi, brusc, își recapătă simțurile și devine predicator.

Dubla personalitate succesivă se poate însoți de modificare în stil și comportament. Astfel, la debutul Revoluției Franceze când aristocrații s-au refugiat la Stuttgart, o tânără germană și-a schimbat brusc personalitatea adoptând una franceză. Vorbea doar în franceză și se comporta în stil francez. Cele două personalități au alternat o perioadă de timp, Un caz mult discutat a fost cel al lui Mary Reynolds, fiica unui reverend emigrat din Anglia în Statele Unite ale Americii. La 19 ani, plimbându-se într-o zi în marginea orașului intră brusc într-o stare de inconștiență; iar când se trezește are o personalitate schimbată: veselă, cu o imaginație debordantă, sociabilă, jucăușă, preocupată de poezie. Apoi, după un timp, revine brusc la personalitatea de bază, care era calmă, meditativă, fără prea multă imaginație, cu tendință depresivă. Cele două personalități se schimbă una în alta până la 35 ani (sugerând oscilații ciclotime). Astfel de alternanțe se evidențiază și la alt caz ciclotim, a lui Estelle, care se exprimă însă pe parcursul unui tratament cu magnetizări, pentru o parareză funcțională.

Istoria personalităților multiple s-a impus într-o perioadă în care exista un mare interes pentru sugestia hipnotică, Janet relevând personalități secundare ce apăreau doar sub hipnoză, având “amnesia” celeilalte.

termenului cu cel de „pitiatism” (de la phiteo – persuasiune și iatros – tratament). Privitor la simptomele corporale neurovegetative așa cum ar fi dermografismul modificat, Babinski sugerează o corelație cu manifestarea anormală a emoțiilor. El a studiat în cursul Primului Razboi 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 deschide astfel calea pentru o corelare și interpretare a hysteriei – cel puțin a unei părți din moștenirea acesteia – cu reacțiile emotive induse de stresul traumatic.

Secolul ce se deschidea acum, al XX-lea, va promova mult timp hysteria în aria nevrozelor, cu o consistentă contribuție din partea psihanalizei lui Freud. Dar dimensiunea antropologică în care hysteria ne plasează este incomplet înfățișată dacă se ignoră problematica sugestiei hipnotice și a dublei personalități, care-și atinseseră apogeul pe vremea lui Charcot, fiind pe atunci integrată în hysterie.

3. Personalitățile multiple și mediumul spiritiștilor

Începând cu mijlocul sec.XIX se manifestă în socio-cultura occidentală două fenomene aparte, ce au avut pregnanță și în SUA: tema personalităților multiple și cea a spiritismului. Acestea se corelau cu problematica trăirilor hipnoide și a stărilor psihice de transă care în Europa fusese abordată – după declinul posesiunii demoniace odată cu iluminismul – de către magnetismul animal, mesmerism, sugestie și mai ales sugestia hipnotică. Dar, mai interveneau și alți factori.

În forma tipică și completă dubla personalitate se manifestă prin faptul că o persoană, de la un moment dat, dispare din locul său stabilit în societate și apare în alt loc, unde se comportă cu o nouă identitate socială: ca nume, profesie, relațisociale, temperament și stil de viață; uneori întemeindu-și și o nouă familie.El nu-și amintește de vechea sa identitate până la un moment dat, când memoria îi revine, spre uimirea sa și a celor din jur.

Dubla personalitate s-a manifestat 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 excrocului; sau, de cea a criminalilor în serie, care duc concomitent o viață socială onorabilă. În alte cazuri dubla personalitate se manifestă în același cadru socio-cultural, alternativ, sub privirile neliniștite ale familiei și cunoștințelor. Cele două personalități aveau deseori temperamente opuse, stil de relaționare, preocupări și interese diferite, neamintindu-și totdeauna una de alta. De obicei o variantă era decentă, retrasă, timidă, serioasă; iar cealaltă era dezinhibată, hipersociabilă, expansivă, curajoasă, indecentă chiar – fapt care sugerează oscilații ciclotime. S-au descris apoi personalități cu identități multiple, unele dintre acestea fiind conștiente și amintindu-și de altele, dar alte identități se arătau opace față de celelalte. Janet a evidențiat identități ale personalității prezente în inconștient, ce se relevau doar sub hipnoză, și puteau fi identificate doar dacă primeau un nume special. Dedublarea personalității a fost corelată cu stările de transă dromomanică, în care subiectul se deplasează prin locuri străine, cu mișcări destul de bine coordonate și comportament în mare măsură adecvat, dar cu o anumită detașare față de ambianță. Astfel de stări de automatism ambulator puteau dura ore, zile, săptămâni sau luni, ele fiind puse și în sarcina epilepsiei temporale.

Către sfârșitul sec.XIX și începutul sec.XX majoritatea psihologilor importanți ai vremii s-au ocupat și de această dedublare a personalității; sau, altfel zis, de personalitățile multiple. Pentru investigarea lor s-a folosit mult hipnoza. Iar doctrina de bază era cea a inconștientului. Apoi, voga identităților multiple s-a estompat, reactivându-se pentru o perioadă în SUA în a doua jumătate a sec.XX,

prin câteva cazuri ce au fost intens mediatizate, inclusiv prin romane și filme. În DSM-5 fenomenul e inclus în categoria tulburărilor disociative de identitate.

Apariția în sec.XIX a interesului pentru identitățile multiple ale persoanei poate fi comentată din mai multe perspective socio culturale. În primul rând, în acest veac se impune în cultura occidentală conceptul de „persoană”, ce a funcționat în antichitate în sens de mască teatrală re-prezentativă și de concept juridic. El a fost apoi absorbit de dogmatica creștină (în sensul comentării celor trei persoane ale Dumnezeuului triontic) pentru a recoborâ spre om prin etica lui Kant, care acordă „persoanei conștiente a ființei finite a omului” capacitatea de judecată morală; ceea ce însemna decizie liberă și asumarea responsabilității. Conștiința civică a cetățeanului european de după Revoluția Franceză, era dimensionată astfel prin demnitatea sa de persoană, dotată cu diverse statute, roluri și responsabilități sociale, dar, rămânând în contact și cu transcendența. Deși conceptul de persoană are acum în vedere sinteza existenței subiectului, punctul său de plecare rămâne, ca în antichitate, re-prezentarea sa în plan socio-juridic, identitatea sa socială. Identitatea biografică, cea a memoriei resimțită subiectiv ca centru al sinelui conștient, se subsumează identității sociale.

Alt aspect aparte a sec.XIX occidental au fost rapidele transformări într-o societate ce se industrializa, în care se circula tot mai mult și ușor dintr-o parte în alta a lumii, cu accentuarea vagabondajului. Disoluția societății patriarhale, a lumii stabile bine structurată ierarhic, crează în societatea occidentală – pentru care SUA era o avangardă – tentația experimentării și explorării nețârmurite. În acest context cultural, cadrele stabilității unei identități a personalității se fragilizează inevitabil. Poate că omul din perioada „La belle époque” nu era mai puțin sugestionabil decât cel din Renaștere. Dar lui îi lipsesc acum cadrele fixe și ordonatoare ale tradiției.

Spiritismul. În 1847 în SUA, în statul New York fenomene ciudate s-au manifestat în casa unui fermier, sub forma unor zgomote inedite. John Fox

cumpărase locuința de la un proprietar ce fusese și el deranjat de astfel de zgomote. În casa respectivă un om fusese ucis și îngropat în pivniță. Fiica lui Fox a reușit să între într-un fel de comunicare, prin ritmul zgomotului, cu spiritul respectiv. Evenimentul a avut mare răsunet în jur; și la scurt timp, în diverse locuri din SUA, spiritele decedaților au început să se manifeste și să fie receptate de populația locului, sub formă de zgomote sau mișcări de obiecte. Mass media din SUA s-a interesat de aceste fenomen de „spiritism” care în 1852 traversează Atlanticul, manifestându-se în Anglia, Germania, Franța și apoi în întreaga Europă. În diverse locuri, spiritele celor decedați se relevau oamenilor și comunicau cu ei. După 1860 s-a pretins că unele „apariții” ale spiritelor au putut fi fotografiate. Dar s-a constatat că aparițiile depind mult de calitatea persoanelor prezente. Unele dintre ele blochează apariția lor, altele o favorizează. S-a precizat de asemenea că există oameni special dotați pentru a intra în contact cu spiritele celor morți – cu „lumea morților” – care au fost numite „medium-uri”. Acestea, în transă, puteau realiza un „scris automat” notând cele transmise de spirit. Pe această cale s-a dezvoltat un dialog, cu întrebări și răspunsuri. Acest dialog s-a lărgit treptat dincolo de invocarea „spiritului locului” – cel care a inițiat aparițiile în casa respectivă -; și dincolo de membrii familiei. Pe această cale au început să fie apelate personaje istorice, de la Napoleon la Alexandru cel Mare. Epidemia spiritistă s-a răspândit repede în Europa. Personalitatea celui ce putea intra ușor în contact cu spiritele, a „medium-ului” s-a dovedit a fi aparte. El era sensibil și la alte fenomene particulare, care au început să fie denumite „parapsihologice”. Medium-urile erau și persoane mai sugestionabile, ușor hipnotizabile; deci din aria problematică în care se manifesta și hysteria.

În paralel cu dezvoltarea magnetismului animal și apoi a stărilor hipnice, a sugestiei hipnotice și a dedublării personalității, preocupările esoterice din

Modalități ale relației cu spiritele

Spiritele strămoșilor
ale clanului, familiei,
măștile mortuare la romani
invocare la sărbători în care
se pun măști (anul nou)
stafii, strigoi, spiritism
lemuri

Spirite tutelare ale grupului
totem/tabu
animal tutelar
patronism
animism
metamorfoza om/animal/plantă

Spirite tutelare locale
patronul divin al unei:
țări/localități/meșteșug
grup militar
a unui loc (poiană, izvor)
care păzesc drumurile
zâne etc.

Șamanism
colaborarea cu spiritele
călătoria în lumea spiritelor
pentru a readuce sufletul altora
însoțirea sufletului în lăcașul
morților
(funcția de psihopomp)

Spirite însoțitoare/protectoare/mesagere
Îngeri, diavoli

Spirite ce pot fi invocate pentru acțiuni în treburi omenești

În magie, vrăjitorie, alchimie
Pact cu spiritele (cu diavolul)
a-ți vinde sufletul diavolului

posesiune demoniacă

spiritus rector

Ființe și entități supranaturale benefice

Muze, zeul entuziasmului creator, înălțare spre zeu
Zei ce se contopesc în extaz cu contemplatorul
Spiritul inspirator și creator

sec.XVIII-XIX au continuat să cerceteze „lumea spiritelor”. Odată cu acceptarea ideii reîncarnărilor, s-a avut în vedere un topos transcultural în care sufletele celor ce au părăsit corpul locuiesc până la o nouă reîntrupare. În viziunile sale Swedenborg comunică cu spiritele ființelor decedate de pe diverse planete ce ne înconjoară. Pe vremea spiritismului s-a conturat la un moment dat în această direcție o mișcare teosofică ale cărei idei au continuat și în sec.XX, inclusiv prin opera lui Rudolf Steiner. Dar această mișcări spiritiste nu mai întrețin nici o legătură cu hysteria.

Voga spiritismului a diminuat ulterior. A rămas în schimb tehnica „scrisului automat” – simetrică cu, dar diferită de „automatismul ambulator” – care s-a dovedit fertilă în explorarea inconștientului; și care a jucat un rol important în mișcarea culturală suprarrealistă. Apoi, pe urma „calităților psihice speciale ale medium-urilor” spiritiste, preocuparea parapsihologică și-a păstrat interesul științific, chiar dacă mult timp în marginea psihologiei științifice și a psihanalizei. Recenta dezvoltare a psihologiei transpersonale poate să-și revendice acest punct de plecare.

În sfârșit – dar nu în ultimul rând – rămâne interesantă această apariție în public a spiritelor celor decedați în plină epocă a științei experimentale. Desigur, lucrurile se prezintă acum altfel decât era cultul strămoșilor în societățile tradiționale; și altfel decât prezența nemijlocită a părinților în structura inconștientă a propriului psihism, pe care o va dezvolta ulterior psihanaliza, odată cu complexul Oedip.

Atmosfera culturală în care s-au manifestat preocupările față de automatismul ambulator, identitățile multiple și spiritismul, a fost una în care se anunța problematica unei psihologii a persoanei, a inconștientului și a dinamicii microgrupurilor umane. James, psihologul american care a studiat prin hipnoză dubla personalitate, a comentat într-un text ce a devenit celebru și multiplicitatea

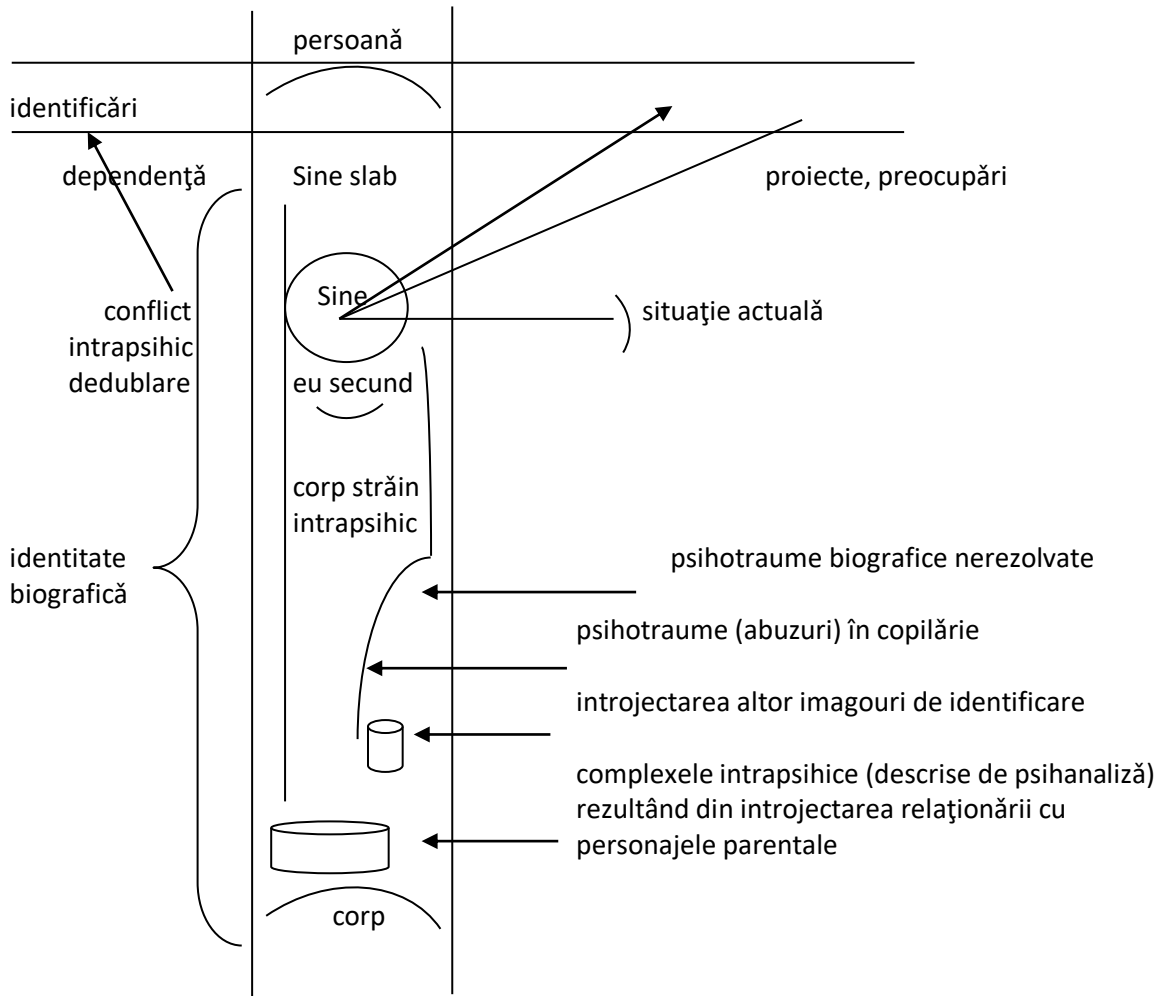
firească a modurilor de manifestare ale persoanei, în raport cu diverși oameni în variate condiții, prefigurând astfel sociologia statutelor și rolurilor sociale ale lui Pearson.

4. Hysteria și conceptele psihopatologice clinice

Hysteria a intrat în psihiatria secolului XX sub umbrela conceptului de nevroză; așa cum era și în sec.XVIII-lea. Doar că acest concept clinic și-a schimbat acum înțelesul, mai ales sub influența psihanalizei. Ea a devenit – așa cum susține elvețianul Dubois – un fel de „psihonevroză”. Aceasta nu mai depinde ca și în nevroza lui Cullen de „nervi”, de sistemul nervos; ci de edificiul psihismului personal. Nu se greșește dacă se consideră că interpretarea hysteriei a fost elementul clinic de bază în structurarea și afirmarea psihanalizei lui Freud. Psihanaliza postula existența unui conflict intrapsihic inconștient, care crează un fel de „complex” sau „corp străin intrapsihic”, ce dirijează din umbră opțiunile și comportamentul subiectului în direcții anormale, dezadaptative. Sistemul psihic la care se referea Freud se formează în ontogeneză, predominant în primii ani; și implică introjectarea imagourilor parentale, cu care subiectul rămâne constant în relație. Dacă pe vremea romanilor spiritele strămoșilor erau concretizate în măști depozitate într-o anumită parte a casei, acum imaginile părinților se localizează în inconștientul subiectului pe parcursul dezvoltării ontogenetice, deranjând din umbră atitudinile, opțiunile și funcționarea sa. Nevroza ar avea în vedere acele cazuri în care relațiile cu personajele intrapsihice ale părinților rămân tensionate, în care, de ex, complexul Oedip nu e soluționat. Iar subiectul nu e conștient și lucid, reflexiv, de personalitatea sa secundă, de complexul său inconștient nerezolvat. Cura psihanalitică ar avea în vedere rezolvarea acestor complexe, integrarea lor într-o personalitate armonică matură, autonomă, deasupra dedublărilor.

Psihanaliza a încercat să sondeze psihismul individual în profunzimea sa inconștientă „refulată”, în spatele biografiei publice și a autobiografiei rememorate explicit. Dar problema dedublării psihismului printr-un „corp străin intrapsihic” poate rezulta și din biografia explicită. O psihotraumă importantă poate zace în memorie, nemetabolizată, chiar preconștient sau conștient. Iar, din această poziție, ea poate deranja viața curentă a omului, prin memorări și conduite involuntare, așa cum sugera Janet. 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 ideea „reacției de stress posttraumatic” care poate avea mai multe variante. Având în vedere aceste evidențe, ultimele decenii au adus în dezbatere faptul că însăși copilăria multor oameni poate fi marcată de importante psihotraume, mai ales de abuzuri intrafamiliale: fizice, sexuale, psihice. Acestea nu necesită, cel puțin nu toate, să fie refulate în inconștient, pentru a deranja conduita adultului; sau pentru a-l face mai sensibil la unele evenimente actuale. În plus, abuzurile intrafamiliale din copilărie nu au de ce să nege problematica identificărilor și introjecțiilor imaginilor parentale pe care a descris-o psihanaliza clasică. Ele se pot completa. Și încă, se pot adăuga o suită de alte psihotraume și probleme ce se încrustează în structura psihică și memoria persoanei, la diverse vârste ale biografiei. Astfel, problema (psih)-traumei a devenit mult mai nuanțată în psihopatologia recentă. Iar un fundal psihic sensibil, vulnerabilizat biografic, deschide calea pentru variate reacții psihice, psihotraumatice. Precum și pentru conversii somatice, care practic se înscriu în tradiția patologiei hysterice, fiind, în prezent sunt comentate predominant sub eticheta tulburărilor disociative. Perspectivă în care evenimentele trăite și nemetabolizate de-a lungul vieții se suprapun și se conjugă cu structurarea inițială a sinelui în primii ani de viață, dau o imagine mai nuanțată a identității biografico-caracteriale a persoanei. Aceasta e flancată și întrețesută cu identitatea corporală și cea socială, asigurând structura de

Eul secund și conflictul intrapsihic



fond a inconștientului și preconștientului personal, aflat în spatele manifestărilor actuale, mai mult sau mai puțin autonome.

Dincolo de nevroză și de reacțiile anormale un alt pol psihopatologic este cel al personalităților anormale, care necesită de asemenea un comentariu din perspectiva histeriei. K.Schneider, primul psihiatru care abordează sistematic problema, a comentat în direcția tradiției hysterice un tip de persoană anormală ce mereu vrea să se valorizeze („geltungssuchige”). Ulterior, când nosologia psihiatrică a constituit un capitol al tulburărilor de personalitate (TP) cu semnificație clinică, multe din tipurile acestora au trimis explicit spre diagnostice psihiatrice pregnante precum : TP schizoidă, TP paranoidă, TP obsesiv compulsivă etc. În direcția tradiționalei hysterii, s-a profilat un tip ce a fost denumit „histrionic”, după denumirea actorului antic de comedie. T.P. histrionică era și este caracterizată în primul rând prin manifestări spectaculare și captative, ce atrag mereu atenția asupra sa; dar și printr-o sugestionabilitate crescută și un imaginar bogat.

În sistemul DSM III-IV, care a acordat o atenție crescută clasei tulburărilor de personalitate plasându-le pe un ax special al diagnosticului, TP histrionică e plasată în clusterul special (B), alături de TP antisocială, narcisistă și „marginală” („borderline”), considerându-se că toate se manifestă instabil și flamboyant. O astfel de plasare sugerează că, în cazuri concrete, trăsăturile lor se pot combina. Astfel, teatralismul captativ al celor cu TP histrionică se adresează oricui, impersonal, inclusiv străinilor. Modelul TP borderline se referă la relațiile cu o persoană intimă; relații care sunt însă instabile și marcate de comportamente impulsive; dar teatralismul poate fi și aici prezent, la fel ca în relațiile publice ale histrionicului. Specific pentru TP narcisistă se consideră a fi o nejustificată părere bună despre sine; aceasta se poate combina însă cu trăsăturile celorlalte două tipuri. În sfârșit, trăsături histrionice pot prezenta și multe persoane ce îndeplinesc criterii

pentru TP antisocială, așa cum ar fi de ex, manipularea altora pentru interese egoiste.

Dintre caracteristicile persoanei hysterice, dincolo de teatralismul captativ, o atenție specială s-ar cere acordată sugestionabilității și imaginarului crescut.

Sugestionabilitatea și o receptivitate crescută pentru hipnotizare a fost susținute și de școala lui Charcot, în consonanță cu tradiția. Ea subliniază că patologia histeriei se dezvoltă în contextul unei tendințe la pasivitate și sumisiune. Problematika sugestiei hipnotice era însă pe atunci o noutate și o vogă, pe urmele magnetismului animal și a mesmerismului; dezvoltate și ele în urma extincției posesiunii demoniace. Într-un fel Charcot susținea pe bună dreptate – și cu exemple concrete – faptul că sugestionabilitatea și autosugestionabilitate participă la apariția și persistența manifestărilor hysterice. Se putea invoca cu ușurință imitația: hystericele din pavilionul său aveau ca modele multiplele paralizii, anestezii, mișcări involuntare, impotențe funcționale, crize, stări de stupor, amnezii etc. prezente la pacienți din același pavilion pentru care existau serioase motive organic-cerebrale pentru a le manifesta. Autoreprezentarea imaginativă pregnantă a propriului corp și a corporalității celor percepuți sau reprezentați favoriza desigur această patologie funcțională. În pavilionul lui Charcot se practica apoi sugestia hipnotică, indusă de însăși celebrul și autoritarul profesor, în ambianța teatrală a unei audiențe formată din specialiști ce așteptau tocmai acest spectacol. Și tot prin sugestia hipnotică a profesorului se aștepta ca simptomele să dispară. Și ele dispăreau. Aceste evidențe au susținut, desigur, interpretarea lui Babinsky, care după moartea lui Charcot a redus problematica histeriei la sugestie, numind-o pitiatism. Cu toată evidența pusă în discuție, inclusiv distincția față de modificările neurofiziologice emotive, simplificarea interpretării prin pitiatism era prea mare, pentru o patologie ce avea o așa de amplă tradiție. Omul este mai mult decât o

ființă sugestionabilă; iar identificarea hysteriei încă pe vremea medicinei antice, pretinde supoziția implicării unei dimensiuni antropologice semnificative.

Imaginarul bogat poate fi și el suportul identificării de durată a subiectului cu un altul; ceea ce crează premisele nu doar pentru imitarea unei condiții de moment, ci și pentru transpunerea în situația identitară a altuia; condiție reală sau imaginată. În plus subiectul se poate autoreprezenta pe sine în diverse scenarii în care e de ex. blamat, disprețuit, compătimit, admirat etc., întreținând astfel un sentiment de milă de sine („selfpity”).

Un imaginar bogat susține însă și o capacitate narativă crescută. Hystericul poate povesti atractiv, colorat, impresionant. El atrage atenția celor din jurul său nu numai prin hiperexpresivitatea sa corporală situațională, ci și prin narativitate. Talentul său de povestitor nu e însă doar susținut de imaginarul bogat, ci și deformat de către acesta. Relatarea evenimentelor la care a participat e modificată, egocentric. Subiectul hystrionic apare mereu în mijlocul evenimentelor ca erou al unor întâmplări excepționale, dramatice, uneori extraordinare și neverosimile. E vorba de ceea ce psihopatologia a consemnat sub denumirea de confabulație și mitomanie. Astfel de particularități de relatare pot fi însă prezente și la persoane care nu prezintă simptome din seria disociativă de identitate și memorie, sau simptome conversive; și nici chiar principalele trăsături ale TP hystrionice. Ele se corelează mai mult cu ceea ce DSM-5 comentează ca TP narcisistă. În tradiția psihopatologică a sec.XX se poate aminti la acest nivel cadrul nosologic denumit „pseudologia fantastică”. Acesta se referă la persoane ce relatează despre sine o istorie biografică, identitară și de evenimente trăite, care sunt evident fabulate, extraordinare și neverosimile, de obicei cu încărcătură megalomană. Unele cazuri ar putea fi apropiate de psihopatul excroc; iar altele de delir.

Psihoza disociativă Cazuistică

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

În text se mai regăsesc idei senzitiv relaționale și de ostilitate din partea altora, La un an după remisiune (2007), după un eveniment de viață (decesul unei rude) reapare mutismul. Trăirile pacientei, scrise și apoi comunicate verbal, sunt 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 înnece. Ulterior, acest om din baie rămâne o tematică halucinatorie persistentă (până în prezent, 2015), 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 încolăcește 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 plimbăprin camera ei..un bibelou sub formă de clovn 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 uneori și stări dromomane disociative urmate de amnezie. Simptomatologia e constantă în ultimii 9 ani.

Comentariu: Simptomatologia halucinator delirantă apare la o personalitate histrionic dependent, 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 paranoid clasică; halucinații auditive, imperative și commentate sunt în plan secundar și corelate cu cele vizuale. Cazul poate fi comentat din perspective unei tulburări delirante (halucinatorii) persistent de model disociativ (în sensul tradiționalei psihoze histerice).

În perspectivă psihopatologică se poate ridica, uneori, problema diferenței dintre autoplasarea subiectului ca personaj al unui scenariu confabulator narativ pseudolog; și, cea a plasării sale ca personaj dintr-o intrigă delirantă parafrenă. Un caz celebru recent, ca cel al lui Breivik repune cu acuitate această problemă în dezbatere. Oricum, psihiatrii au identificat constant o patologie delirantă în această zonă, etichetată tradițional ca psihoză hysterică; iar mai nou ca o psihoză disociativă. În aceste cazuri convingerile delirante se articulează cu simptome din serie disociativă, iar imaginarul joacă un rol important, autoreferențial. Subiectul e frecvent erotic iar halucinațiile, predominant vizuale se bazează pe imaginație.

Dimensiunea umană a imaginarului este desigur și baza antropologică a creativității artistice, științifice și de orice natură. De aceea, apariția dimensiunii imaginarului în aria psihopatologică a psihismului uman, concretizată prin hysterie reprezintă o provocare în plus.

5. Hysteria, șamanismul și evoluționismul cultural

Preocuparea față de hysterie a medicinei europene de după Renaștere – între Sydenham, Charcot și Freud – a scos în relief faptul că în această tulburare aspectul important îl constituie nu atât simptomatologia pozitivă, ci modul în care ea se manifestă. Adică stilul hiperexpresiv și captativ, metalimbajul care solicită sprijin afectiv, apelul la protecție, susținere, îngrijire. O astfel de atitudine e însă și o condiție generică a stării de om bolnav, slab, neputincios, a cărei rădăcină psihologia evoluționistă o descoperă, în comportamentul animalelor.

E vorba de fenomenul bine studiat în etologie de „mimare a morții” (totstelreflex” în formulare germană). Când se află în pericol vital, animalul intră în nemișcare, ca și cum ar fi mort. Cele mai multe specii nu mănâncă victime pe care nu i-au vânat direct, astfel încât un predator lasă în pace un astfel de individ.

Pe această temă în folclor s-au dezvoltat o serie de istorioare cu vulpea ce "face pe moarta" pentru a păcăli. La începutul sec.XX psihiatrul german Kretschmer a interpretat leșinul histeric ca un echivalent la al simulării morții din biologie. Manifestările corporale care mimează moartea sau iminența ei, așa cum e leșinul, contracturile, comportamentul de sufocare, se instituie ca un apel urgent spre ajutor din partea altora.

Pe de altă parte, în biologie se manifestă, intraspecific, în caz de confruntare, comportamente care exprimă o „declarație de înfrângere” prin sumisiune. Expresivitate comportamentală care inhibă agresivitatea agresorului, ce e astfel declarat învingător. La începutul sec.XX Claparède a invocat și aceste manifestări în filogenia histeriei. La om se manifestă de asemenea, cvasiinstinctiv, comportamente nu doar neagresive, ci de grijă și protecție, pentru indivizi aflați în condiții pasive, de neajutorare și suferință.

Puii și copiii, prin însăși dimensiunile și forma lor corporală, stimulează în primul rând comportamente de joacă; și în general, atitudini și relaționări neagresive. Într-o comunitate de oameni ce cooperează, boala, rana, incapacitatea fizică, suferința, declanșează spontan comportamente de grijă și sprijin. Ideologia milei și dragostei pentru aproape, amplifică astfel de atitudini protective și grijulii. Care, de altfel, sunt susținute și de o normativitate socială elaborată.

Condiții tradițional puse în corelație cu simptomatologia histeriei și a tulburărilor derivate

Particularități de personalitate: - Sugestionabilitate crescută; - imaginar bogat; - potențial hiperexpresiv; - captarea atenției sociale; - redusă autonomie; (hiperemotivitatea se întâlnește doar la o parte din cazuri).

A. Imitarea (sugestia, autosugestia) unei simptomatologii percepute în ambianță

Inconștient, preconștient;
Deliberat, simulare, minciună;
Contagiune colectivă (epidemie psihică)

B. Exacerbarea (ca intensitate și durată) a unei simptomatologii reale

Rentă afectivă secundară – pentru a obține protecție, afecțiune, tratament preferențial, rentă financiară; alte avantaje psihosociale

C. Sugestia directă din partea altei persoane dominante

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

Simptomatologia din aria tradiționalei
hysteriei și a tulburărilor corelate

D. Emoții puternice, psihotraume majore (colective)

Reacția directă la stress; reacție de stress posttraumatic

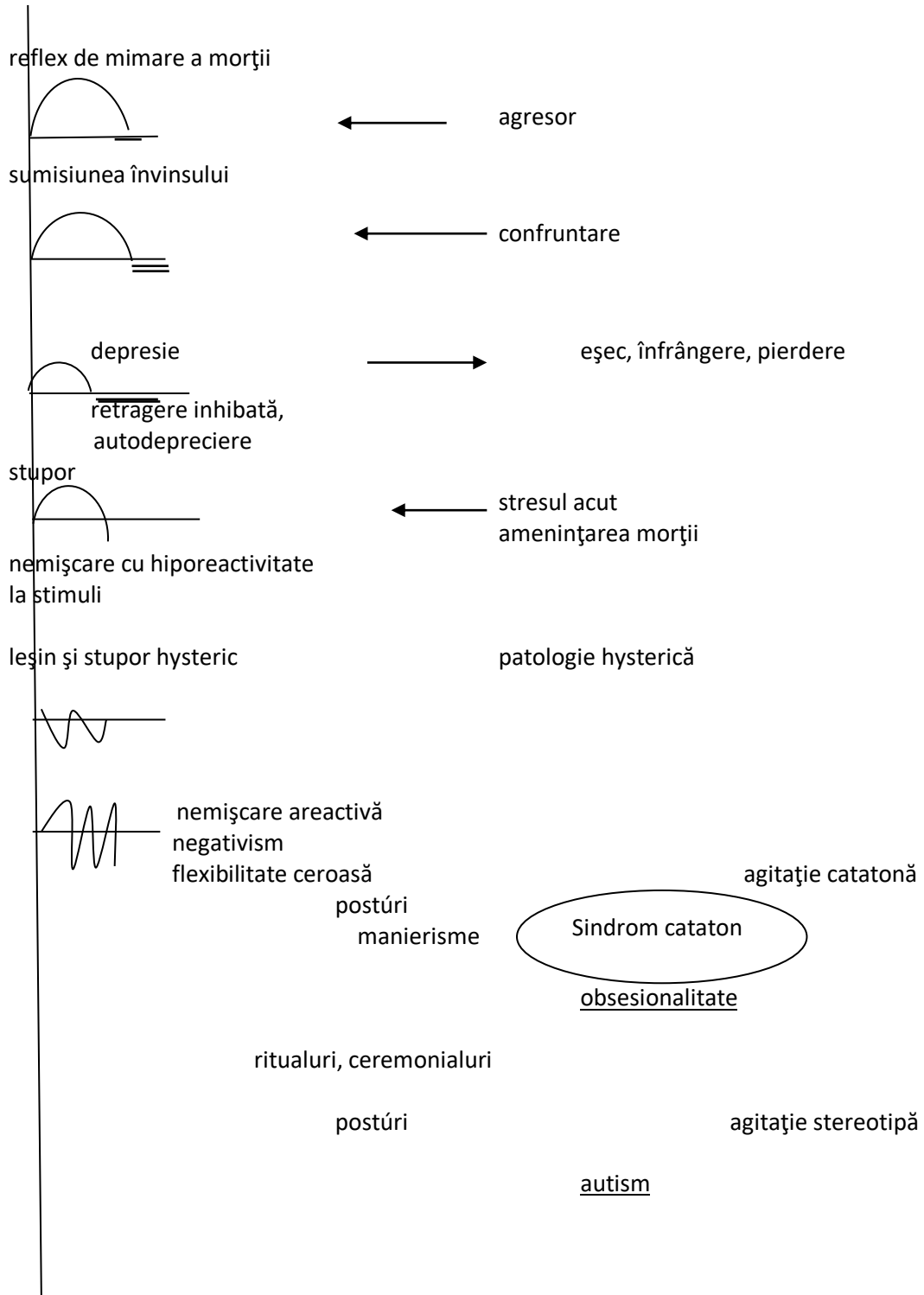
E. Biografie încărcată de psihotraume semnificative ce se cumulează ca un “corp străin intrapsihic”

„Idea fixă preconștientă” în sensul lui Janet
„Subiectul plânge” cu organele corpului

F. Mecanismele psihanalizei freudiene

Histeria de conversie
Scenarii relaționale inconștiente
ce duc la conflict intrapsihic
în spatele biografiei narative

Reacții de nemișcare și sumisiune adaptativă în biologie și condiții psihopatologice



Starea de boală și suferință este, la om, prin ea însăși, expresivă pentru un apel de ajutor. Desigur durerea și alte trăiri subiective nu sunt ușor de evaluat de către alții. Ele pot fi apoi răbdate, capacitatea de a le suporta fiind diferit repartizată între oameni. Emoția durerii și suferinței poate fi exprimată uneori mai pronunțat, cu intenția deliberată de a-i impresiona pe alții. Aceasta e schema generală în care s-au plasat de la început tulburările de tip maladiv puse în joc de histerie. Ele fac parte din grupul unor manifestări care mimează o patologie reală și cunoscută, așa cum sunt tulburările neurologice – pareze, mișcări involuntare, posturi anormale, crize. Sau, alte simptome care sugerează un pericol vital: sufocare, manifestări de leșin etc. Incapacitățile senzoriale, faptul de a nu vedea și a nu auzi, imposibilitatea de a vorbi, fac parte din aceeași arie de simptome impresionante. Simptomatologia histerică se manifestă pe fondul unei atitudini pasive, de supunere, „predare” și solicitare de ajutor.

Dacă ne referim la primul comentariu pe care îl avem în medicina antică privitor la histerie, adică la doctrina hipocratică a uterului rătăcitor prin corp ce se încheie cu leșin, putem identifica două componente interrelate: leșinul care a fost tot timpul comparat cu criza epileptică; și - călătoria uterului prin corp, ce induce simptome locale, tranzitorii dar impresionante, ca o chemare spre alții pentru ajutor. Desigur, unele din simptomele funcționale, pot fi înscrise în seria celor ce pot fi mimate și supralicitate, pentru a atrage atenția, grija, afecțiunea și protecția. Dar întregul complex al simptomatologiei histerice apare sub o altă lumină, dacă îl gândim ca surogatul feminin a respectatei crize masculine a epilepsiei, numită de romani și ”morbus sacer”. Iar prestigiul de care epilepsia s-a bucurat în toate societățile arhaice, poate fi cu ușurință relaționat, așa cum s-a menționat de la început, cu amintirea profesiei de șaman. Adică a aceluși „medicine-man”, care poate să își scoată sufletul din trup, lăsându-l într-o aparentă moarte, și să călătorească în lumea spiritelor, pentru a găsi și readuce pe pământ, însănătoșit,

sufletul omului bolnav. Șamanul, ca personaj central care gestionează relațiile comunității cu spiritele (inclusiv conducând sufletul celui mort în lumea de dincolo) avea un prestigiu deosebit în societățile de vânători culegători, tocmai datorită puterii de a controla aceste relații. Hysteria apare acum, pe vremea elenismului, ca o variantă slabă, eșuată, ridicolă chiar, a cazului șamanului. Nu doar că subiectul nu mai controlează spiritele pentru a negocia cu ele însănătoșirea; dar el cade în condiția pasivă însăși bolnavului, năpădit și manipulat de spirite. Doar că, raționalismul medicinei greco romane face acum abstracție de „superstiția” spiritelor, boala apărând ca o patologie corporală, interpretată umoralist, în care uterul migrator manipulează corpul neputincios al subiectului. De remarcat că și în această interpretare elenistă, hysterica era într-o condiție de pasivitate manevrabilă, uterul migrator având și conotații simbolice de element viril ce induce manifestări și comportamente observabile. Odată cu greco-romanii suntem de mult în vremea societăților agrare, care venerau fecunditatea feminității; și pentru care un uter sterp și migrator amintea, poate, de spiritele scăpate de sub control de către arhaicul și dispărutul șaman, ajuns impotent. De fapt se cere a nu fi neglijată chiar conotația sexuală a acestei patologii. În mod destul de transparent criza hysterică, ce se manifestă la fetele nesatisfăcute sexual, se desfășoară ca un echivalent de orgasm; ca o parodie a sexualității feminine, care, prin ea însăși, ar fi trebuit să simbolizeze fecunditatea naturii.

Atmosfera antropologică în care se desfășoară hysteria este una a pasivității, sumisiunii, a apelului de a fi ajutat, manevrat, manipulat, pacientul desfășurând un comportament pe care nu și-l mai poate controla și asuma. Practic, el se lasă în posesia unui „alter ego”, mai mult sau mai puțin personificat.

Antichitatea ne-a lăsat însă moștenire și religia iudeo creștină, instructivă și ea pentru relația între boală și posesiunea de spirite. Miile de ani de cultură agricolă au susținut dezvoltarea unor societăți și religii elaborate în care ființele

supranaturale se ierarhizau, de la generațiile succesive de zei până la scara entităților supranaturale benefice și malefice, care umpleau distanța dintre aceștia și om. Iudaismul, deși e prima religie monoteistă sistematică, menține și el instanța spiritelor, între care se aflau pe lângă îngeri anunțători și protectori și demoni ispititori sau cauzatori de boală. Dumnezeu unic a lui Israel trimite un astfel de duh la regele Saul, întunecându-i periodic mintea, deoarece nu a ascultat întocmai porunca Domnului. Când e stăpânit de duhul cel rău, Saul nu se mai poate controla și aruncă cu lancea în direcția lui David.

Demersul pe care-l exercită Iisus în lumea iudaică deși se petrece în vremea elenismului, are ca referențial alt cadru decât cel al mentalității greco romane, cu succesiunea sa de zeități și instanțe supranaturale. Suntem acum într-un univers al monoteismului care păstrează însă tradiția rătăcirii minții și a alterării psihocorporale maladive prin posesiunea de spirite malefice. Oameni care nu pot umbla, vedea și auzi, ba chiar și nebuni agitați ce trebuiesc ținuti în lanțuri, sunt acum vindecați de Iisus prin exorcizare; adică prin scoaterea demonului din om, eventual cu mutarea acestora în animale ce sunt izgonite în mare.

După ce Iisus moare și reînvie, el se înalță la ceruri, în unitatea trionfică a dumnezeirii. Îndumnezeirea omului, prin contopire cu Iisus, e parțial posibilă. Vindecările psihocorporale medicale sunt doar episoade laterale. Esențial e noul orizont de existență pe care creștinismul îl deschide.

În Europa de după Renaștere, hysteria va prelua, de la început, ambele tradiții: cea medicală, funcțională, a uterului migrator; și cea tradițională, a posesiunii de spirite malefice. Medicina de pe vremea lui Willis și Sydenham a reținut caracterul funcțional și spasmodic bizar al manifestărilor hystericice, cu femei care-și rotesc capul și ochii, manifestându-se hiperexpresiv și râzând, cu o simptomatologie migratorie. Până și descrierea lui Charcot a mării crize include: contorsiuni (clownism), strigăte (către ființe imaginare), scene violente, erotice sau

demoniace. Dacă medicii făceau astfel de descrieri, era firesc ca profanii și oamenii bisericii să se gândească la posesiunea demoniacă. În complexa atmosferă culturală a Renașterii – în care se reactivase hemertismul, magia, astrologia, numerologia, astrologia, vrăjitoria – posesiunea demoniacă se cerea circumscrisă mai precis. Pentru perioada antichității cel mai adesea nu se precizează „cine” a trimis spiritele să-l îmbolnăvească pe om. Acum, erau la dispoziție, desigur, vrăjitoarele. Dar manevrele de vrăjitorie și descântec, care operau predominant în aria dragostei și sănătății, duceau mai mult spre suferințele de tip depresiv. Iar vrăjitoarele, care în relațiile lor apropiate cu diavolul puteau întreține și relații sexuale cu acesta nu aveau de obicei un comportament hysteric. În mediul mănăstiresc, - ca în cazul maicii Ioana a Îngerilor – se putea uneori identifica un personaj care a „trimis” demonii să o chinuie pe posedată. Oricum, ea nu era vinovată de posesiunea demoniacă și se cerea ajutată prin exorcizări. Corelarea dintre simptomatologia corporală a hysteriei și posesiune demoniacă era deci, în Renaștere, destul de ambiguă.

În Renaștere începe însă procesul agregării în direcția hystero-epilepsiei a tulburărilor cu vigilitate scăzută, între stările hipnoide ușoare și stupor. Sinteza hysteriei de pe vremea lui Charcot, care include și letargia și dubla personalitate și se continuă până la actualele tb.disociative ce asimilează stările de transă cu posesiune, începe modest în Renaștere, prin adăugarea lunaticilor și somnambulilor la simptomatologia clasică. Patologia corelată somnului a fost, apoi, mereu menținută în apropierea hysteriei, deși legătura cu leșinul hysteric nu s-a făcut la început. Oscilațiile dintre veghe și somn reprezintă două stări firești ale vieții omului. Dar lunaticii nu umblau de capul lor, ci erau influențați de un astru. Ori, odată cu amplul interes renascentin pentru astrologie, aceasta începe să marcheze și medicina. Marsilio Ficino dezvoltă la Florența, ținând cont de tipologia zodiacală, dimensiunea saturniană a temperamentului melancolic, orientat spre

înțelepciune. A fi dirijat de lună este diferit de a fi manevrat de uter sau de spirite; dar condiția relațională a modificării stării psihocorporale se menține. Treptat, odată cu progresele științei, acest aspect „relațional” în medicină își face tot mai mult loc, impunându-se în sec.XVIII prin magnetismul animal promovat de Messmer. Către sfârșitul acestui veac s-a evidențiat tot mai clar că terapia prin „pase magnetice”, deși era susținută de o recuzită impresionantă, se baza în esența pe relația dintre terapeut și pacient. Ca urmare, pe urmele messmerismului se dezvoltă sugestia hipnotică, care este în vogă și pe vremea lui Charcot. Odată cu sugestia posthipnotică se dovedește acum că, decizia și comportamentul unui om, îi poate scăpa acestuia de sub control. Funcția de „agenție” – de inițiere și întreținere a unei acțiuni poate fi realizată de o alteritate, de un „eu secund”. E vorba desigur de o dedublare a psihismului care e însă acum altfel plasată decât cea exprimată prin posesiunea de spirite. Dedublarea e o potențialitate intrinsecă psihismului persoanei umane. Faptul era evident pe vremea lui Charcot și prin conduita celor ca personalitate dublă sau multiplă. Și ea va sta la baza dinamismului inconștientului psihanalitic, care manevrează psihismul conștient prin complexele sale profunde, ce operează ca și un „corp străin intrapsihic” în care s-au instalat imagourile relaționale ale părinților. Această substituie a voinței proprii prin una străină, dar acceptată până la urmă de subiect, era de fapt și condiția tradiționalelor stări de transă din religiile de mistere. Stări pe care medicina antică nu le-a comentat.

În sec.XX, când sunt publicate DSM-5 și ICD-11, urmașa histeriei, noua categorie nosologică a Tulburărilor disociative include însă explicit și diagnosticul de Tb. de transă; și chiar (în ICD-11) cel de „transă de posesiune”. Se precizează acum explicit că, subiectul poate resimți ca un spirit, ca o ființă supranaturală sau alte persoane, au luat sub control propria persoană. Faptul se datorează desigur globalizării, experiența psihopatologiei de pretutindeni trebuind să fie integrată. Iar

această trimitere face apel din nou, ca înainte de medicina elenistică, la spirite. Se consolidează astfel ideea că nu doar tulburările corporale funcționale și leșînul de tip epileptic, șamano-erotic, e o conjunctură culturală care stă în spatele tulburărilor disociative. Ci și tradiționala stare de transă, care era nelipsită în practicarea religiilor de mistere.

Dedublarea și manevrarea xenopatic-relațională a instanței de agenție a psihismului pe care o întâlnim în tulburările disociative, are însă caracteristica specifică de a fi pasivă egosintonă și interrelată cu o detașare de ambianță, uneori de tip hipnoid de ambianță. Faptul ce o deosebește radical de condiția egodistonă a patologiei obsesive. Care, în plus, repliază lucid și hiperreflexiv subiectul în luptă cu el însuși, în izolare față de ceilalți.

V

PATOLOGIA ANXIETĂȚII ȘI FRICII OMENEȘTI; DEPRESIA ȘI DISPOZIȚIILE AFECTIVE

Psihopatologia înregistrează tulburări ale dispoziției afective anxios fobice și depresive, care până la un punct se corelează cu fricile și tristețile normale, adaptative, din viața de zi cu zi. Patologia ne relevă însă condițiile de posibilitate și manifestare ale acestor moduri de poziționare ale subiectului în raport cu situațiile lumii sale, la nivelul deficitului disfuncțional al structurilor spațio temporale. Și de asemenea se scoate astfel în evidență importante particularități ale psihismului uman în raport cu cel biologic.

1. Cadre nosologice anxios fobice. DSM 5 descrie șapte astfel de tulburări individualizate, cu precizarea că tranziția între anxietate și fobie e frecventă. Diferența între cele două constă în aceea că în anxietate sentimentul de pericol nu e precizat pe când în fobie el e tematizat și relativ localizat, fapt ce permite conduite de evitare și asigurare. Fobia e deseori marcată de o anxietate anticipativă.

Tulburările centrate pe anxietate sunt două. Prima e tulburarea de anxietate generalizată (A.G.) constă dintr-o stare excesivă de anxietate și îngrijorare („worry”) continuă, ce se menține peste 6 luni inducând deficiență în funcționare și suferință (distress). Ea se obiectivează prin: neliniște psihomotorie, iritabilitate, tensiune musculară, dificultăți de concentrare, fatigabilitate, tulburări de somn (mai ales de adormire și coșmaruri). Expresia pacientului e caracteristică: privire mobilă și îngrijorată, nu poate sta locului și își frământă mâinile, tresare ușor, nu poate asculta concentrat mai mult timp. Concomitent sunt prezente tulburări neurovegetative: tahicardie, extrasistole, transpirații, hiperpnee, reacții cutanate, balonări, eructații,

micțiuni frecvente, uscarea gurii, amețeli, încheșoșarea vederii, vertij, cenestopatii, algii. E frecventă creșterea preocupării față de sănătate. Pacientul nu suportă singurătatea, starea de rău se accentuează spre seară, îl deranjează întunericul, nu poate dormi singur. Randamentul în muncă și/sau învățatură scade.

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

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

Tb.fobice se referă la o temă, un obiect, o ființă sau o situație, în prezența căreia subiectul prezintă trăiri anxioase din seria AP; motiv pentru care dezvoltă conduite de evitare sau asigurare; precum și anxietatea anticipatorie. Se descriu așa zisele fobii speciale care sunt relative limitate. Așa sunt : Fobiile de animale (păianjeni, șerpi, insecte, șoareci, câini, cai etc.). Fobii de evenimente sau stări naturale (foc, apă, furtună cu tunete etc). Fobiile

corelate actului medical (injecții, intervenții dentare, medicamente, sânge). Fobiile spațiale : de înălțime, de adâncime - batofobia, de locuri înguste din care nu se poate ieși ușor, inclusiv aglomerație – claustrofobia; de spații largi care trebuie străbătute fără puncte de sprijin fizic. Fobiile de mijloace de transport în comun, ce pot fi aglomerate (autobuz, tren, avion). Fobiile spațiale contribuie la structurarea complexului agorafobic.

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

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

*Anxietatea de separare e comentată în primă instanță ca o tulburare dezvoltamentală 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, cu coșmaruri privitoare la separare; prezintă acuze somatice când separarea se prefigurează sau se petrece.

Anxietatea de separare se apropie până la un punct de condiția unor tulburări de personalitate (T.P.) așa cum ar fi de ex. cea dependentă. Persoana cu T.P. dependentă nu poate avea puncte de vedere proprii și nu se poate decide în absența unei persoane de referință la care să apeleze și care e resimțită ca autoritate și sprijin. Când nu are acces la protector, subiectul manifestă anxietate. Iar când aceasta dispare, caută cu insistență un alt protector. O dependentă strânsă de o altă persoană se întâlnește și la cei instabili (T.P. borderline), însă cu o raportare interpersonală care e oscilantă atât ca dispoziție cât și ca mod de relaționare, între sumisiune totală și idolatrie, anxietate de separare sau rejecție agresivă cu dispoziție iritabilă și comportament exploziv. Atitudinea relațională poate trece și prin episoade de răceală indiferentă sau de autocondamnare cu autoagresiune, până la conduite parasuicidare.

Tulburări psihice anxios fobice au fost circumscrise clinic începând cu a doua jumătate a sec.XIX; iar o parte au fost studiate mai detaliat în a doua jumătate a sec.XX în corelație cu dezvoltarea doctrinei atașamentului și analiza relațiilor interpersonale. Anxietatea din psihopatologie e însă mai amplă decât condițiile precise menționate și incluse în DSM 5. Ea însoțește frecvent depresia, comorbiditatea anxios depresivă fiind amplă și putând să se manifeste cu accent pe fiecare din cele două dispoziții afective. De asemenea A.G. și A.P. se întâlnesc frecvent în boala bipolară în care episoadele depresive alternează cu cele maniacale în diverse forme clinice și intensități. Anxietatea e prezentă constant și în patologia obsesiv compulsivă. În aceasta din urmă se întâlnesc fobii mai particulare, așa cum e cea de microbi și murdărie care ar putea invada interioritatea corpului, nestăviliți de bariera limitativă a tegumentelor. Sau cea în care subiectul se teme să nu facă

cumva un rău altora, ca urmare a propriilor compulsii agresive. Alt domeniu specific se referă la fobia de boală, hipocondria, ce e comentată în DSM 5 în capitolul Tb.somatice. Cea mai importantă patologie anxios fobică se întâlnește însă în delirul paranoid când subiectul e convins că alții intenționează să-i facă sau i-au făcut deja ceva rău. Atitudinea ostilă paranoidă se însoțește de sentimentul supravegherii a accesului nestăvilat al străinilor în toate lucrurile intime în care s-ar putea ascunde; ba mai mult, supravegherea și controlul păstrat și intimitatea psihismului, odată cu simptomele de transparență/influență. Patologia delirantă paranoidă se plasează pe axa confruntării interpersonal sociale într-un sens extins, ce cuprinde și instanțele instituționale simili umane supranaturale. Tot în marginea relaționării suspicioase întâlnim anxietatea fobică a subiectului de a nu se face de rușine, fapt ce duce la anxietatea socială și la trăiri senzitiv relaționale.

Dincolo de sindroamele psihopatologice în care anxietatea clinică se exprimă manifest, trăirea anxietății poate fi privită și în perspectiva patogenetică. În cele din urmă o persoană poate resimți un sentiment de anxietate de câte ori se simte vulnerabilă, insuficient de protejată sau capabilă de a se proteja singură, de a controla situațiile, propriul organism și psihism. O stare anxioasă de blocaj psihic derivă și din conflictele intrapsihice de ordin moral; sau prin orice conflict sau decizie de sine. Pornind de la astfel de situații psihanaliza a elaborat o interpretare care derivă toate manifestările nevrotice din procesul de fixare pe simptome evidente a neplăcutei stări de indeterminare anxioasă. Simptomele fobice conversive sau obsesive odată elaborate, ar reduce anxietatea și ar oferi pacientului o soluție surogat. Deși un astfel de mecanism acoperă o parte din realitate, absolutizarea sa e discutabilă.

2. Anxietatea și frica la animale și om

Frica e de obicei enumerată prin importantele instincte ale animalelor, jucând un important rol în supraviețuirea indivizilor unei specii, care se străduie ca în împrejurări periculoase să “scape cu viață”. La mamiferele superioare se poate comenta, mai ales la ierbivore, frica înăscută la perceperea unor prădători specifici. Șoarecelui îi e frică de pisică și oii de lup. Dar frica în corelație cu diverse pericole e o condiție generică a indivizilor animalii, susținând conduita de retragere, ascundere, așezare în condiții de protecție. Frica este, și în biologie, raportată la “ceva” periculos identificabil și localizabil, determinat; ceva ce poate fi până la un punct evitat, din fața căruia te poți retrage și ascunde. Anxietatea se referă la situația în care sunt receptați unii indici despre un pericol încă neprecizat, difuz. Sentimentul anxios al pericolului potențial, e prezent și în deplasarea individului animal prin teritorii necunoscute, departe de vizuina și grupul familiar, în zone fără repere știute. Această condiție exploratorie, de investigare, se însoțește de o vigilitate crescută, de o alertă și punere în tensiune a organelor de receptare a informației și de execuție, o creștere globală a metabolismului, care pregătește organismul pentru manifestări neobișnuite, periculoase, de confruntare sau retragere.

Odată cu psihismul uman parametrii desfășurării fricii și anxietății se modifică radical în raport cu lumea animală, datorită instanței metareprezentăionale introdusă de limbajul narativ și a altor caracteristici ale lumii umane. Schema comportamentală biologică a explorării unui teritoriu necunoscut, potențial anxiogenă, se păstrează însă. Ea este evidentă la copilul mic ce se deplasează curios în spațiul pe care-l poate parcurge, privind în toate părțile, punând mâna pe toate obiectele noi pe care le întoarce pe toate fețele, uneori băgându-le și în gură. La copilul uman această conduită exploratorie se corelează însă cu dezvoltarea atașamentului față de mâna protectoare, a cărei imago îl

introjectează. Dacă se realizează o bună și sigură relație de atașament, copilul explorează în siguranță și îndrăzneală noile situații. În varianta anormală a unui atașament fuzional, copilul dependent nu se mai simte în siguranță decât în imediata apropiere a mamei; iar orice explorare a situațiilor noi îi induce un disconfort anxios, cu neliniște și întreaga stare de alertă psihocorporală, prezentă și în biologie. Dincolo de mica copilărie, conduita explorării de către om a unor teritorii necunoscute, potențial periculoase, e însoțită prin definiție de menționata stare de alertă hipervigilă, cu atenție distributivă, punere în tensiune a musculaturii și organelor receptoare și executive, metabolism crescut etc. Iar acestea se manifestă cu atât mai mult cu cât conduita de siguranță, proiecție și capacitate de autoafirmare sunt mai reduse. Manifestarea stării de alertă biopsihică în afara unor împrejurări de investigare sau de așteptare a unui pericol iminent se exprimă prin simptomatologia anxietății generalizate.

Conduita exploratorie a copilului uman are și alte variante anormale decât cea a alertei anxoase pe care o întâlnim la cei dependenți, cu anxietate de separare. Pentru contrast, poate fi amintit modelul instabilității psihomotorii în care copilul e expansiv, cu o atenție mobilă ce nu se poate concentra persistent pe nimic. El se mișcă continuu explorator și reacționează agresiv la stimuli minori. Prin aceste caracteristici copilul devine incapabil de a asculta și învăța, de a se integra în jocuri. Condiția este etichetată în DSM-5 sub eticheta ADHD. Alt mod anormal de raportare la ambianță ce se poate manifesta în perioada developmentală este cea a autistului, la care conduita de investigare practic lipsește. Copilul preferă o ambianță imobilă, fixă, schimbările și noutățile inducând stări de agitație stereotipă. Atenția e concentrată pe detalii și preferă jocuri constructive. Copiii autiști nu prezintă interes pentru figura umană, și nu-și pot privi mama în ochi; nu comunică empatic cu alții nu dezvoltă relații de atașament și nici comunicare extraverbală. În raport cu privirea distributivă și tensionată în care anxiosul

privește în jur, autistul apare ca detașat de ambianță, hipersensibil însă la eventuala dezordine a acesteia.

Trecând dincolo de copilărie și de conduita de investigare a ambianței, problematica anxios fobică a omului se desfășoară pe amplele coordonate ale lumii umane ce include și personajele supranaturale ale instantei sacralului; cât și universul interpersonal social, structurat prin practici instituționale și prin diagrama de relaționare dintre zona intimă și cea publică. Coordonata de bază a acestei problematice rămâne pericolul; iar termenul ultim al anxietății fobice nu trimite, la fel ca în biologie, la dispoziția individului conștient, la moarte, la anihilarea sa brutală.

Ideologia culturii umane dezvoltă ample scenarii metareprezentationale ale vieții de după moarte, în care subiectul individual, ca personaj, continuă să viețuiască. Instanța supranaturală a zeilor este în același timp una protectoare și una din partea căreia te poți aștepta la sancțiuni. Apoi, însăși structura instituțională supraindividuală, a unei socioculturi, funcționează atât ca protectoare cât și ca sursă de posibile sancțiuni. Cei plasați în vârful ierarhiei au puterea de a-i sancționa pe subordonați. Care, în consecință, se tem de ei; dar așteaptă din partea lor și protecție. Sclavul se teme, implicit, de stăpânul care-l are în custodie. Normativitatea legilor pretinde sancțiuni în cazul încălcării lor, astfel încât cetățeanul are a se teme de brațul justiției. Educația se face și ea cu sancțiuni, pozitive și negative. Apoi, indivizii se pot confrunța și pot concura, temându-se unul de altul, dat fiind că e posibilă și crima. Dimensiunea anxios fobică a psihismului persoanei se definește în mare măsură pe coordonatele relaționărilor sociale. În acest cadru își face loc și sancțiunea prin degradare civică și oprobriu public, condamnare la dispreț, dezonoare, rușine, batjocură. Este zona din care derivă fobia socială și sentimentul senzitiv de relație.

Frica, fobia, presupune țesătura vieții sociale a lumii umane, în care subiectul poate anticipa situații periculoase. Pe care poate să le evite sau cu care să se confrunte. Dispoziția anxioasă se limitează la presentimentul unui pericol iminent dar nedefinit și neprecizat ca împrejurări de apariție, în raport cu care subiectul se simte vulnerabil, pregătit pentru retragere, fugă, ascundere. Dispoziția anxioasă e una din importanțele dispoziții afective ale omului; și ea indică faptul că acestea constau într-o autopercepție valorică în raport cu o semnificație a situației lumii: vulnerabilitate versus amenințare. Prin poziționările sale dispoziționale, subiectul constată și se identifică cu anumite caracteristici valorice ale sinelui în raportarea sa eventuală la situație.

Revenind la anxietate, în măsura în care pericolul se actualizează și ajunge să domine subiectul, să-l agreseze, astfel încât el nu mai întrevede cale de scăpare, poate fi trăită spaima, groaza, panica. Criza de angoasă poate fi considerată ca o declanșare anormală a unei astfel de trăiri, în afara unor situații care o determină efectiv, prin semnificația lor.

Anxietatea paroxistică, angoasa, panica, au fost caracterizate și în afara psihopatologiei ca senzații subiective acute a pierderii autocontrolului și a iminenței morții. Au fost invocate predominant metafore spațiale. De fapt însăși termenul de angoasă și de anxietate derivă de la o expresie latină ce trimite spre îngustare. Au fost invocate apoi expresii ca: „impresia că pământul fuge de sub picioare...” că „se taie picioarele”..”că lipsesc punctele de sprijin și reperele”..sentimentul de prăbușire, de cădere în gol, în abis. Referințe la spațialitatea lumii trăite se întâlnesc și în unele fobii aflate la limita normalității: fobia de înălțime, de locuri închise, înguste, fără posibilitate de scăpare, de spații largi lipsite de puncte de sprijin spațial. Toate acestea pot fi puse în relație cu condiția spațială verticală a corporalității umane, caracterizată prin stațiunea bipedă și privirea concentrată. În biologie există desigur multiple variante de stațiuni și

deplasare, inclusiv cea arboricolă, la maimuțe; dar și ceva similar stațiunii umane. Pentru om verticalitatea are o semnificație cu totul specială, asupra căreia atrăgea atenția Eliade, ea fiind corelată cu tema unui centru din care se înalță un ax spre o lume transcendentă. Patologia fobică umană se corelează în mare parte cu operarea ce se realizează în deplasarea pe orizontală care necesită un teren ferm sub picioare și un bun control al spațiului imediat înconjurător (al zonei spațiale mai ales) fapt deosebit de important pentru cel ce se deplasează, se confruntă sau trebuie să se ascundă. Când intervine însă condiția ultimă, a pericolului suprem, deși nedefinit, care să anihileze existența persoanei umane, intră în joc cu preeminență dimensiunea verticală a lumii umane. Adică ieșirea din parametrii obișnuiți ai manipulabilității lumii, care se desfășoară pe suprafața pământului; și prăbușirea în abis. Acesta e sensul în care a analizat Heidegger angoasa în cartea sa **Ființă și timp**, considerând o dispoziție existențială fundamentală pentru configurarea ontologică a certitudinii de a fi.

Fără a trece de domeniul psihismului uman în direcția ontologiei, anxietatea se cere individualizată ca o dispoziție afectivă esențială a omului. Ea are specificitatea de a semnală subiectului reflexiv, conștient, eventualitatea ieșirii sale bruște din existență. Dar manifestarea sa efectivă se petrece nu în afara lumii, ci pornind din interiorul ei, din dimensiunea ce se întinde între investigația necunoscutului, a noului pe de o parte, și iminența părăsirii lumii, a morții, aneantizării. În acest interval subiectul are la dispoziție cunoașterea, relevarea și experimentarea lumii, a relațiilor intersubiective și a valorilor, cu toate ipostazele foste și posibile ale acestora; fapt ce comportă și nenumărate confruntări, succese și pierderi, pericole. Angajarea intimă a subiectului în proiectul existenței sale este unul riscant, care are tot timpul în față posibile agresiuni, pericole. Iar propria disponibilitate pentru confruntare poate fi deseori fragilă. La fel cum oferă șansa bucuriilor și împlinirilor, existența în lume a omului

e întrețesută cu nenumărate situații anxio-fobice. Patologia psihică preia fragmente ale acestei țesături și le deformează chinuitor.

Depresia. Termenul de depresie s-a încetățenit în psihopatologie în sec.XIX, înlocuind tradiționala noțiune de melancolie, într-o perioadă în care tabloul clinic al acesteia a început să fie identificat la pacienții azilari și în afara delirului, prin episoade afective negative delimitate în timp. Expresia a fost pe stunci împrumutată din cardiologie, având conotația fizică de de-primare, opusă comprimării. Un înțeles similar a încercat să introducă ulterior Janet când a comentat la începutul sec.XX „psihastenia” ca expresia a „scăderii tensiunii psihice” (a câmpului psihismului motiv spre acțiune). Depresia însă a acumulat și înțelesul tradițional al melancoliei. Astfel încât ea s-a suprapus tot mai mult pe înțelesul unei tristeți profunde și fără motiv, deci „endogenă”. Acest ultim aspect a apărut în discuție mai ales la începutul sec.XX când psihopatologia psihozelor endogene a lui Kraepelin, ce include boala maniaco-depresivă, a fost confruntată cu reacțiile comprehensive anormale ale lui Jaspers.

Forma tipică a episodului depresiv este cea inhibată. Pe lângă starea subiectivă negativă a tristeții profunde, orientate spre nimicnicie și moarte, subiectul e desprins de actualitate, necomunicant cu alții, răspunzând greu sau deloc la solicitări. El nu e prezent la situația actuală, repliat pe propriul trecut pe care-l consideră deseori culpabil, fără nicio speranță în viitor. Succint sd. depresiv ar putea fi caracterizat prin bradipsihie și inhibiție generalizată însoțită de hipertermie negativă, cu autodeprecieri, tristețe și preocupări față de moarte. Simptomatologia clinică a episoadelor poate fi evaluată printr-un set de itemi, fapt ce e practicat de sistemele de diagnostic și de scalele de evaluare clinică. Acestea sunt extrase dintr-un tablou clinic general pe care psihopatologia descriptivă a sec.XX l-a descris detaliat. Conturul acestuia ar putea fi următorul:

Subiectiv, individul trăiește o stare neplăcută, negativă, tristă, anhedonică; simte că nimic nu-i face plăcere și nu-l bucură, nu-l atrage și interesează; această blocare afectivă poate să se manifeste uneori ca și incapacitate de a simți, trăită neplăcut. Părerea despre sine este negativă, se simte incapabil și lipsit de valoare, de rost și utilitate, golit interior, anergic, astenic, lipsit de orice putere, orientat spre boală, suferință, moarte, neființă.

În perspectiva temporală se manifestă lipsa de speranță: viitorul e lipsit de suport, sens sau nici nu poate fi conceput; subiectul nu-și face nici un plan de viitor, prezentul e neatractiv, lipsit de interes și plăcere; trecutul îl mai poate interesa prin evenimentele ce-i amintesc de vinovăție.

Retragerea din prezent este și o retragere socială, din orice contact sau coparticipare cu alții; de obicei se simte vinovat. Se decide greu, nu se poate mobiliza pentru acțiune, orice efectuare îi pare foarte problematică, lipsindu-i motivul, decizia și motivația: mișcările sunt lente, activitatea e redusă spre inactivitate totală. Vorbirea e redusă cantitativ, rară, cu intensitate scăzută. Majoritatea timpului stă nefăcând nimic; poate intra în inhibiție stuporoasă cu negativism.

Cogniția e inhibată și lentă. Atenția e scăzută ca și concentrare, persistență, mobilitate, percepția e diminuată, hipomnezie globală, curs ideativ lent, ideație săracă cu perseverare.

Inhibiție instinctivă alimentară cu scădere în greutate și inhibiție sexuală; somn redus cu trezire matinală, stare de rău matinal. Cenestopatii cu senzație de greutate și disconfort corporal; spasme pe organele cavitare.

Episodul depresiv psihopatologic este lipsit de o condiționare comprehensivă sau disproporționată în raport cu evenimentele trăite. Instalarea sa „endogenă” sugerează apariția la suprafața psihismului a unui „modul” dispozițional al conduitelor internalizate de retragere inhibată, care de obicei se activează în împrejurări în care el poate fi adaptativ. În varianta psihopatologică, modulul depresiei se manifestă rigid și simplist, monopolizând psihismul persoanei și decontextualizându-l. Depresia poate avea diverse intensități și durate fiind comorbid cu multe alte sindroame, în primul rând cu cel anxios. Există și forme de inhibiție psihomotorie majortă, catatoniformă, precum și forme ce se combină cu

delirul, ce are de obicei teme de autodeprecieri, nimicnicie, negare (inclusiv a funcționării corporale), vinovăție. O altă intersecție importantă este cea cu ideea suicidară. În psihopatologie se cunoaște încă din antichitate, alternanța sa la aceeași persoană cu episoade maniacale, condiție clinică ce e caracterizată că prezintă o tulburare bipolară; aceasta poate să se manifeste și ciclic, prin episoade ce trec din unul în altul. Sau cu cicluri rapide, schimbările producându-se chiar zilnic. În ultimul timp se descriu și episoade mixte, în care se manifestă atât simptome depresive cât și maniacale. Există de asemenea o patologie monopolar depresivă cu toate episoadele din această clasă; precum și tulburări distimice, în care un tablou subdepresiv durează mai mulți ani. În cadrul viziunii spectrelor maladive se descrie și un temperament distimic. Tranziția între depresie și tristețea normală, firească și adaptativă, și cea anormală a episoadelor clinice, e considerată și ea din perspectiva continuumului. Oricum este evident că omul poate să manifeste o patologie centrată pe depresie doar pentru că dispoziția și stările depresive sunt o modalitate firească a existenței omenești.

Starea depresivă, tristă, normală sau patologică, se diferențiază în esența ei de cea anxios fobică.

În ambele cazuri se poate vorbi despre dispoziții afective. Dar persoana centrată pe anxietate este una încordată, ce se orientează hipervigil pe prezentul situațional imediat, orientat spre un viitor iminent, cu o atenție distributivă, pentru a decela orice detaliu important privitor la pericolul pe care-l presimte. Când se apropie și se declanșează angoasa, elementele ambianței par a se prăbuși asupra sa; iar el parcă cade vertiginos într-un abis, lipsit de puncte de sprijin de care să se agațe în golul sfârșitului.

Raportarea la situație a depresivului este cu totul alta. El e repliat pe sine, inhibat, neinteresat de prezent; și cu atât mai puțin de viitor, fie el și imediat. Extras din prezența sa la o lume în care-l mai atrage nimic, simțindu-se incapabil

să se intereseze sau să se mai bucure de ceva, depresivul se îndepărtează psihic de situația actuală, repliindu-se pe propriul trecut. Menționata retragere inhibată poate fi considerată, până la un punct, ca adaptativă, după pierderi, eșecuri, frustrări, oferind subiectului o perioadă de refacere, reculegere și reorganizare interioară, pentru ca el să înceapă să clădească un nou proiect existențial. Dar autopercepția diminuării sale psihice, poate schimba direcția, orientând subiectul spre anihilare. El ajunge să își dorească moartea, vizitat de gânduri suicidare.

Depresia se desfășoară deci, în specificul său, în afara „prezenței la prezent” într-o atmosferă de inhibiție, retragere și lentoare, ce contrastează cu tensiunea neliniștită a anxiosului agățat punctiform de un prezent, articulat cu un viitor iminent amenințător. Temporalitatea trăită a depresivului, ieșit din speranța viitorului și din solicitările prezentului, se subliniază la fel la fel cum se îngustează spațialitatea existențială la anxiosul angoasant. El nu se prăbușește însă vertiginos ci alunecă lent într-un trecut sărac, autocondamnându-se vinovat și dorindu-și moartea. Dar tot spre neființă. Pe care ajunge acum chiar să și-o dorească.

Polaritatea comentată mai sus între depresiv și anxios are în vedere cazurile tipice, exemplare. În realitatea faptică mixtările sunt însă foarte frecvente. De fapt ambele aceste dispoziții afective retrag subiectul din raportarea activă la situații. Depresivul nu mai e atras de nimic, se hotărăște și se mobilizează greu, este lent și inefficient, „neprezent la prezent”. Iar anxiosul nu se poate aduna și organiza pentru o acțiune eficientă, paralizat fiind de spectrul amenințărilor ce se năpustesc asupra sa. Poziționarea sa față de situații e una de apărare prin retragere, evitare, fugă, ascundere. De aceea atât depresia cât și anxietatea sunt considerate ca dispoziții afective „internalizate”. Totuși, anxietatea ar putea fi plasată pe muchia de cuțit dintre atitudinea internalizată a depresiei și a retragerii fobice și cea externalizată a confruntării.

În viața umană depresia e corelată comprehensiv cu semnificația de pierdere, la fel cum anxietatea e cu cea de amenințare și pericol. Doar că pierderile umane pot să se desfășoare pe nenumărate paliere. Desigur, cea mai evidentă e pierderea persoanei de atașament care determină situația doliului. Dar omul își poate pierde și bunurile, averea, sănătatea, poziția socială, reputația, onoarea, patria. O situație de pierdere este și eșecul, condiție în care el nu obține ceea ce ar fi dorit. Și la fel, cel puțin până la un punct, frustrarea, în care subiectul e lipsit de ceva pe care considera că avea dreptul să-l obțină. Apoi poate intra în joc dezamăgirea, pierderea credinței în idealuri și valori. Chiar și un anumit soi de cunoaștere generală care devalorizează orice criterii ferme, poate conduce la un fel de melancolie, ca cea a Ecleeziastului. În sfârșit, apariția sentimentului de culpă se însoțește și ea, de obicei, de depresie.

În urma variatelor pierderi sinele persoanei se simte diminuat, amputat existențial. Și el se retrage din prezența firească la problematica lumii sale, își dezafectează antenele care îl articulează de situațiile prezente, orientându-se spre sine, spre propriile probleme și propriul trecut. Se retrage pentru odihnă, refacere, reflexie, reculegere în vederea edificării treptate a unui nou proiect care să-l împlinească, să-l amplifice identitar. În acest context al resimțirii devalorizării poate apare și tema morții.

Depresia, ca dispoziție afectivă, e centrată pe o autoevaluare de sine negativă, de om slab, incapabil, fără valoare, inhibat, vinovat, ce nu mai merită să trăiască. Dar în același timp dezangajat din prezența la situațiile evenimentțiale ale lumii sale umane. Autodeprecierea, sentimentul de incapacitate și lipsa de valoare, e resimțită uneori cu mare intensitate de către depresiv. La fel însă ca și în cazul megalomaniei maniacale, autoevaluarea negativă e parțial distinctă de modelul comportamental al retragerii inhibate, ea corelându-se cu ipostaza de personaj a sinelui. Personaj ce poate fi cuprins în scenariile dramatice care se derulează în

instanța narativității, susținută de logos. În acest plan se desfășoară și eventualul delir congruent al depresivului, care are de obicei teme de ruină, catastrofă universală, vinovăție desfășurată, sau nimicnicie. În perspectiva tematică se poate ajunge și la varianta depersonalizantă a unor deliruri de negare a funcționării și existenței organelor, de negare a propriei existențe.

VI

STAREA MANIACALĂ, DISPOZIȚIA PENTRU ACȚIUNI REALIZATOARE ȘI PENTRU SĂRBĂTORI

1. Mania și tulburarea bipolară în clinica psihiatrică actuală

Mania este un important sindrom psihopatologic care în psihiatrie este etichetat, împreună cu depresia, ca o tulburare a dispoziției afective. În DSM-5 caracterizarea sa e următoarea:

A. O perioadă distinctă în care e prezentă o dispoziție (mood) elevată, expansivă sau iritabilă și o anormală și persistentă energie și activitate orientată spre scop, durata trebuie să fie de peste o săptămână și fenomenele să persiste cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi.

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. Stimă de sine crescută sau grandiozitate; 2. Nevoie scăzută de somn (e.g. se trezește și nu readorme, după 3 ore de somn); 3. E mult mai vorbăreț decât de obicei sau simte nevoie (presiunea) de a vorbi; 4. Fuga de idei sau sentimentul subiectiv că gândurile nu pot fi controlate; 5. Distractibilitate (e.g. atenția e ușor distrasă de stimuli externi irelevanți sau neimportant) observată sau relatată; 6. Creșterea activității orientate spre un scop (fie social, la muncă sau la școală, sau sexuală) sau agitație psihomotorie (e.g. tendința spre activități nedirecționate spre un scop); 7. Implicare în activități cu mare potențial de consecințe nefavorabile (e.g. 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.

Alături de sd.maniacal în DSM-5 sunt comentate și episoade hipomaniacale în care intensitatea și durata simptomelor e mai redusă, necesitând internare. În mod similar sunt descrise episoade depresive de intensitate clinică și subclinică și o tulburare distimică în care simptome depresive ușoare și medii persistă peste doi ani. Manualul DSM-5 e construit pentru a servi unui diagnostic operațional, bazat pe simptome intuitive și ușor identificabile, fără un orizont specific pentru o psihologie antropologică. De aceea, adăugăm și un tablou semiologic al maniei și depresiei care diferențiază între indicii biopsihologiei predominant observabili și simptomatologia subiectivă, decelabilă prin interviu.

Episoadele maniacale, depresive și mixte, de diverse intensități au tendința la recurență; iar prezența lor succesivă este etichetată ca Tb.bipolară. Succesiunea poate fi la intervale mari sau scurte (=forme de cicluri rapide); sau cu tranziție directă dintr-o stare maniacală într-una depresivă și invers (forme circulare). Succesiunea repetată a unor episoade hipomaniacale și subdepressive pe parcurs de peste doi ani este etichetată ca Tb.ciclotimă. S-au descris și tb.monopolar depresive de diverse intensități. În comentarea tulburărilor dispoziționale sunt introduși o serie de „specificatori” ce pot însoți episoadele, așa cum ar fi stările anxioase, iritabilitate distimică, delirul congruent sau incongruent. Tulburările dispoziționale, indiferent de forma clinică diacronă, pot fi comorbide cu multe alte tb.psihiatrice, inclusiv cu schizofrenia.

Mania și melancolia au fost identificate încă din medicina antichității, alături de histerie și frenitis (confuzia febrilă). Mania era pe atunci caracterizată printr-o agitație agresivă și/sau grandiozitate euforică, fiind asociată frecvent cu convingeri

Chenar 26

Sistematizarea simptomelor maniei și depresiei în vederea unui diagnostic comprehensive

MANIE**DEPRESIE**

A. Simptome biopsihologice predominant observabile

Dezinhibiție extroversă și tahipsihie globală (instinctivă, decizională, comportamentală, ideo-verbală, relațională)	Inhibiție introversă și bradipsihie globală
<p>insomnie fără oboseală energie crescută motricitate crescută și rapidă decizie rapidă și hiperactivitate, activități hazardante cu risc libido crescut, dezinhibiție sexuală hipersociabilitate gregară cu reducerea reticenței logoree fugă de idei, asociații superficiale atenție mobilă, percepție crescută ; hipermnemie nefuncțională</p>	<p>insomnie nocturnă și trezire matinală rău matinal oboseală, anergie inapetență, scădere în greutate reducerea libidoului lentoare motrică lipsă de motivație și reactivitate inactivitate, stupor, negativism izolare socială reducerea vorbirii, mutism ideație redusă, lentă perseverare ideatică atenție, percepție, memorie reduse</p>

B. Simptome psihoantropologice subiective detectabile prin interviu

Stima de sine crescută sentiment de valoare și capacitate crescută încredere în sine, asertivitate, optimism nerealist grandiozitate, afirmare de sine	Stimă de sine scăzută sentiment de capacitate și valoare redusă neîncredere în sine, indecizie, problematizare vinovăție, negație de sine
Viitorul e deschis (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

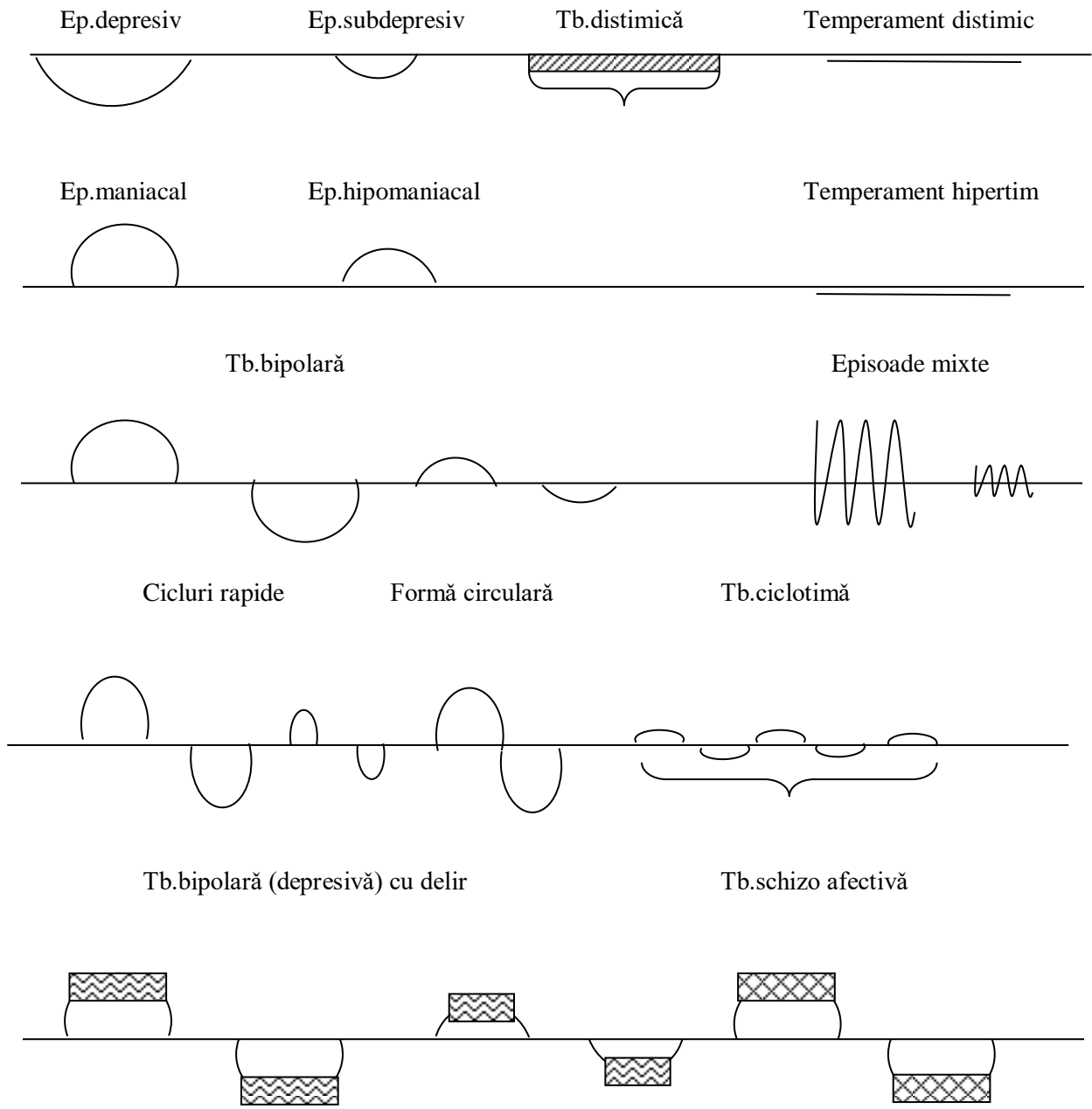
C. Trăiri și convingeri subiective tematizabile delirant

<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) Adoptă noi identități megalomane (om istoric, erou din 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>
--	--

anormale (delir). Corelația și alternanța cu melancolia a fost sesizată de pe atunci. În Renașterea europeană, alături de melancolie a fost reafirmată și mania furioasă dar de varianta temperamentală a beneficiat doar melancolicul. Până în sec.XIX polaritatea manie/melancolie a fost constant reafirmată.

Odată cu nașterea semiologiei și clinicii psihiatrice în acest veac, s-au descris și cazuri de manie fără delir. Atât mania cât și depresia – care a preluat acum tradiția melancoliei – au început să fie comentate din perspectiva dispozițiilor afective anormale, odată cu introducerea în psihologia facultăților psihice a afectivității alături de cea a intelectului și a voinței. În plus, studiul longitudinal al cazuisticii, posibil în cazul observațiilor azilare, au evidențiat pentru amândouă aceste tulburări episoade limitate de timp, de diverse intensități, care apar și se remit spontan (adică fără cauze fizice, corporale sau psihice constatabile, având deci o dinamică endogenă). S-a ajuns astfel la circumscrierea unei tulburări alterne, cu „dublă formă” sau „circulară” pe care Kraepelin a introdus-o, sub denumirea de „boala maniaco-depresivă”, ca una din cele două „psihoze” endogene care centrează nosologia psihiatrică. Cealaltă psihoză endogenă, schizofrenia (inițial denumită demență precoce) se deosebea printr-o tendință evolutivă procesuală, în direcția stărilor psihice defectuale. Până spre sfârșitul sec.XX schema nosologică a lui Kraepelin s-a păstrat, psihozele endogene fiind caracterizate, conform concepției lui Jaspers, prin „tulburări formale” ale psihismului și a etiopatogeniei – funcțional organică, greu de precizat. Odată cu DSM-III (1980), conceptul de psihoză a fost restricționat la tulburările delirant halucinatorii și de tip schizofren; iar termenul de endogenie a fost retras din limbajul psihopatologiei clinice. Ulterior, s-a comentat tulburarea monopolar depresivă ca distinctă de cea bipolară (cu varianta de tip I și II), variantele ce includ hipomania și stările subdepressive; iar în ultimele decenii s-a extins

Episoade și tulburări dispoziționale



concepția spectrului maladiv bipolar (și depresiv), considerându-se că acesta se poate intersecta cu spectrul schizofren.

Lăsând la o parte detaliile nosologice ale psihiatriei clinice, se cere avut în vedere că întreg acest edificiu are la bază episodul maniacal și cel depresiv, bazate pe respectivele sindroame psihopatologice care se afirmă cu o spontaneitate ce nu e corelată situațiilor comprehensive. Totuși, atât depresia cât și euforia sunt trăiri ce se întâlnesc în multe stări normale și adaptative, în care sunt perfect adecvate și consonante împrejurărilor. Tradițional, analize în acest sens s-au făcut mai ales în direcția depresiei reactive, binecunoscută din împrejurarea doliului, a pierderilor și eșecului. De aceea, în continuare se va sonda în direcția trăirilor socio culturale normale și adaptative, ce ar putea fi considerate ca punctul de plecare al simplificărilor dezadaptative pe care le introduce sindromul maniacal. Pentru aceasta e necesară o viziune sintetică asupra maniei, dat fiind că decupajul pe care-l face sistemul DSM-III-5 e limitat. În consecință vom prezenta un tablou „robot”, bazat pe descrierile semiologice din sec.XX.

Sindromul maniacal în varianta sa euforică se caracterizează prin: dezinhibiție generalizată, tahipsihie expansivă, veselie megalomană, atitudine prosocială gregară. Orientarea centrală e spre proiecte de acțiune susținute de o încredere în sine aberantă.

D.p.d.v. subiectiv se constată: o bună dispoziție afectivă euforică, o veselie ce se transmite celor din jur și pe care împrejurările nu o pot schimba; subiectul afirmă de obicei: „mă simt foarte bine, excelent, sunt fericit”. E hedonic, se interesează de lucruri plăcute, se bucură din orice. Părerea despre sine e foarte bună: simte că are multă energie, că deține capacități și abilități deosebite; stima de sine e crescută, are sentimentul că poate rezolva totul; elaborează nenumărate proiecte fiind convins că le va rezolva,- informându-i pe alții asupra acestui lucru - are mare încredere în viitor.

Subiectul trăiește într-un prezent pe care-l percepe cu acuitate dar fragmentar, dată fiind hipermobilitatea atenției; interesul principal este de

fapt față de viitor, pe care-l simte deschis spre toate posibilitățile pozitive; trecutul nu-l interesează.

Celelalte persoane nu-l preocupă, considerându-se superior lor. Totuși, se manifestă intens prosocial: e deschis spre comunicare cu oricine, fără diferențiere, în cadrul unei hipersociabilități gregare, contaminând cu propria sa bună dispoziție pe ceilalți; se comportă cu alții fără reticență, ignorând normele ierarhiei sociale; consideră că ceilalți ar trebui să-l admire; nu manifestă atașament constant sau reacții emotive în raport cu alții.

Procesele cognitive se derulează rapid și fără persistență coerentă. Vigilitatea e crescută, atenția hipermobilă cu mari deficiențe de concentrare; percepția e intensificată, memoria poate fi crescută, dar e nefuncțională, datorită derulării rapide a cursului ideativ; prezintă o spontaneitate ideatică crescută cu presiune a gândirii, ideatie rapidă cu schimbarea bruscă a ideilor și cursului gândirii, „fugă de idei” (asocieri ideative rapide, imediate dar superficiale, prin asemănare și asonanță lingvistică, subiectul sare de la o idee la alta). Comportamental: se mișcă și vorbește foarte mult, cu viteză crescută, logoree; inițiază multe acțiuni în urma unor decizii pripite, cu minimă elaborare și evaluare a posibilităților reale de realizare și a consecințelor; persistență redusă în acțiune cu schimbare rapidă a obiectivelor; se angajează ușor în activități riscante sau care pot avea consecințe nefavorabile (e.g. tranzacții, cheltuirea banilor, jocuri de noroc, relații și aventuri erotice, condusul periculos al mașinii etc).

Aspectul expresiv poate fi strident, ca îmbrăcăminte și podoabe, vorbirea e dezinhibată, neadecvată situației, cu schimbări frecvente a temelor; uneori pornolalică; poate glumi, cânta, dansa, improvizează și recită versuri, râde ușor.

Somnul e redus, energia crescută, dezinhibiție instinctuală globală, mai ales sexuală, uneori agresivitate crescută, predominant verbală.

Veselia și buna dispoziție euforică poate fi înlocuită sau dublată de o stare disforică de iritabilitate ostilă și anxioasă.

1. Anormalitatea dispoziției de acțiune realizatoare

Mania se caracterizează în primă instanță printr-o pronunțată dezinhibiție expansivă însoțită de accelerarea derulării tuturor proceselor psihice (=tahipsihie), la un pol opus inhibiției bradipsihice din depresie. Din această cauză subiectul nu mai poate controla în mod organizat și eficient realizarea unui obiectiv. Datorită stimei și încrederii în sine crescute, el e convins că poate realiza orice, angrenându-

se în comportamente și proiecte nerealiste. Aceasta este esența profilului episodului maniacal din DSM-5. Se poate deci porni analiza condiției antropologice pe care mania ne-o semnalează de la caracterizarea care pune în prim plan o dispoziție elevată, anormală și persistentă în direcția unei activități orientate spre scop, cu energie crescută.

Nu e dificil să ne gândim, cu privire la oamenii normali, că ei se pot afla într-o bună dispoziție pentru a lucra. Desigur, nu întotdeauna aceasta este prezentă. Un om poate fi obosit, decepționat de ceva, se poate simți în vacanță și vrea să petreacă, poate avea chef de distracții, de excursii; sau e vorba de o activitate ce nu-l atrage, poate să „nu aibă chef de lucru”, să se afle într-o dispoziție apatică, abulică etc. La polul opus se află însă persoana de la capătul concediului, ce se simte într-o bună dispoziție pentru activitate: e odihnit, resimte mari rezerve de energie, e doritor de afirmare, curios, plin de planuri, nerăbdător să-și înceapă activitatea. Iar apoi, el poate fi „prins” de acțiunea în care s-a angajat, aceasta ajungând să-l pasioneze. Îi dedică tot mai mult timp, intuiește că e pe cale de a realiza ceva important, își reduce orele de somn, simte că i se mobilizează energii nebănuite, ideile i se asociază variat și multiplu, e bucuros să descopere lucruri noi; apoi îi angrenează și pe alții în acțiune, „punând suflet” în ceea ce face etc., eventual intră într-un „entuziasm creator”. Și, în final, realizează un lucru bun, termină o operă valoroasă. Astfel încât se poate bucura, împreună cu ceilalți, organizând o sărbătoare.

Comentariul de mai sus ne apropie, pornind dinspre normalitate, de condiția unei stări hipomaniacale în care subiectul se simte plin de energie, proiecte și activități, dintre care pe unele, eventual, le chiar realizează eficient. În aceste perioade de elacție el are idei și inițiative multiple, e îndrăzneț, face cu ușurință cunoștințe noi și realizează colaborări utile, ajunge la bune realizări. Faptul de a avea perioade performante în acțiunile realizatoare este desigur unul pozitiv social.

Lucrurile devin mai problematice, dacă, așa cum se petrec ele în stările hipomaniacale: - proiectele ajung să fie prea multe și nu mai sunt duse la bun sfârșit; - acțiunile devin prea îndrăznețe și riscante pentru sine și pentru alții; - dezinhibiția socială devine perturbantă, iar cheltuielile cresc amenințător.

Dispoziția spre acțiune performantă este deci o dimensiune firească, utilă și adaptativă a psihismului uman, ce susține integrarea și realizarea persoanelor; și mai ales creativitatea, în toate ariile sale, mai ales în cea artistică. Ea se cere însă încadrată într-o structură ce are o ordine interioară determinată. Proiectul trebuie să fie bine evaluat în posibilitățile sale de desfășurare și reușită; condițiile de realizare se cer și ele asigurate, inclusiv prin colaborări utile; e necesară apoi derularea în etape a unui plan, cu bilanțuri retrospective periodice; cu reorganizarea pe parcurs a strategiilor și, la nevoie, chiar a obiectivelor; menținerea unor rezerve de energie pentru finalizare, chiar în condiții de adversitate; o corectă evaluare a încheierii proiectului. Desigur, o astfel de structură abstractă are multe variante și nivele. Unele proiecte sunt predominant individuale, altele țin de un grup de lucru mai mult sau mai puțin informal; sau se derulează într-un cadru instituționalizat, în care subiectul e inserat.

Acțiunea realizatoare nu este însă singurul mod de raportare al persoanei la ambianță în care el se manifestă activ, asertiv, interesat de ce este în jur, uneori expansiv, „externalizat”. La fel se petrec lucrurile în investigarea ambianței, susținută de o dispoziție curioasă. Procesul de investigare, de familiarizare cu un nou teritoriu, este important și în biologie, unde frecvent animalul trebuie să se aventureze în zone necunoscute, pline de pericole potențiale. Omul se comportă similar în diverse arii de explorare a lumii sale specifice; dar modelul biologic se păstrează în fundal, fapt care se evidențiază la copilul ce investighează curios ambianța, îndepărtându-se astfel uneori de mama protectoare sau de casă. Avansarea într-un teritoriu necunoscut marcat de posibile pericole se însoțește de o

stare de alertă hipervigilă și tensiune psihocorporală. Atenția este vie și distributivă, organele de simț receptoare și sistemele motorii efectoare se află în tensiune, pregătite pentru a reacționa la orice stimul sau informație necunoscută ce poate semnifica un pericol. Sistemul neurovegetativ și cel endocrin se află și ele în alertă. O astfel de stare dispozițională psihocorporală de tensiune este de obicei fundalul și precondiția celei anxioase. Și ea e adaptativă, deoarece permite reacții prompte în fața pericolelor, prin atac sau retragere. Apariția și menținerea neargumentată situațional, la om a unei astfel de dispoziții de alertă psihocorporală tensionată, însoțită de sentimentul unui pericol iminent poate fi etichetată uneori ca stare anxioasă. Desigur pentru om condiționarea anxietății e mult mai complexă, în joc putând intra: conflicte intrapsihice, nesiguranța socială sau a criteriilor valorice, sentimentul unei insuficiente protecții umane sau transcendente etc. Dar disponibilitatea pentru o dispoziție anxioasă, omul o împărtășește până la un punct cu animalele. În ambele cazuri intră în joc ca aspect esențial, orizontul unui pericol imediat ce poate pune capăt vieții, existenței.

Starea maniacală psihopatologică se poate uneori combina cu o condiție anxioasă. Atenția hipervigilă distributivă – chiar împrăștiată – e prezentă în amândouă. Însăși punctul de plecare în structurarea unei acțiuni realizatoare sau creatoare e corelat intim cu sondarea noului, cu hazardarea în zone neuzuale și riscante. Totuși, există o diferență fundamentală de poziționare atitudinală. Maniacul simte o încredere crescută în sine, în puterile sale de a face față provocărilor manifestându-se expansiv, externalizat. Pe când anxiosul are îndoieli serioase în această direcție, simțindu-se fragil, vulnerabil; iar trăirile și comportamentul său e internalizat.

O altă situație de raportare externalizată prezentă și în biologie este confruntarea beligerantă, ce se corelează cu dispoziția disforică, a tensiunii iritabile și explozive, agresive. Un animal de pradă se poate confrunța cu un ierbivor

predispus la luptă, de ex, cu un taur. În timpul rutului, doi masculi își pot disputa vehement, prin confruntare și luptă, ierarhia în grup. Doi oameni se pot lupta între ei, fizic, pe viață și pe moarte. Situația confruntării beligerante pune în joc agresivitatea relațională, luarea în considerare a unui oponent dușman. Fapt ce implică și el, desigur, o importantă mobilizare energetică. Dar și riscul unei înfrângeri fatale, chiar al morții. Anxietatea se află deci tot timpul prezentă în fundalul confruntării. Dispoziția și atitudinea relațională a confruntării beligerante s-a exprimat cu evidență în stările maniacale ce au fost identificate din antichitate ca marcate deseori de furie, de violență. Tendința la confruntare și luptă a maniacalului, deseori combinată cu paranoia, a fost și în atenția culturii, medicinei și literaturii Renașterii, comentată în opere literare ca Orlando furiosa.

Chenar 28

Mania furioasă

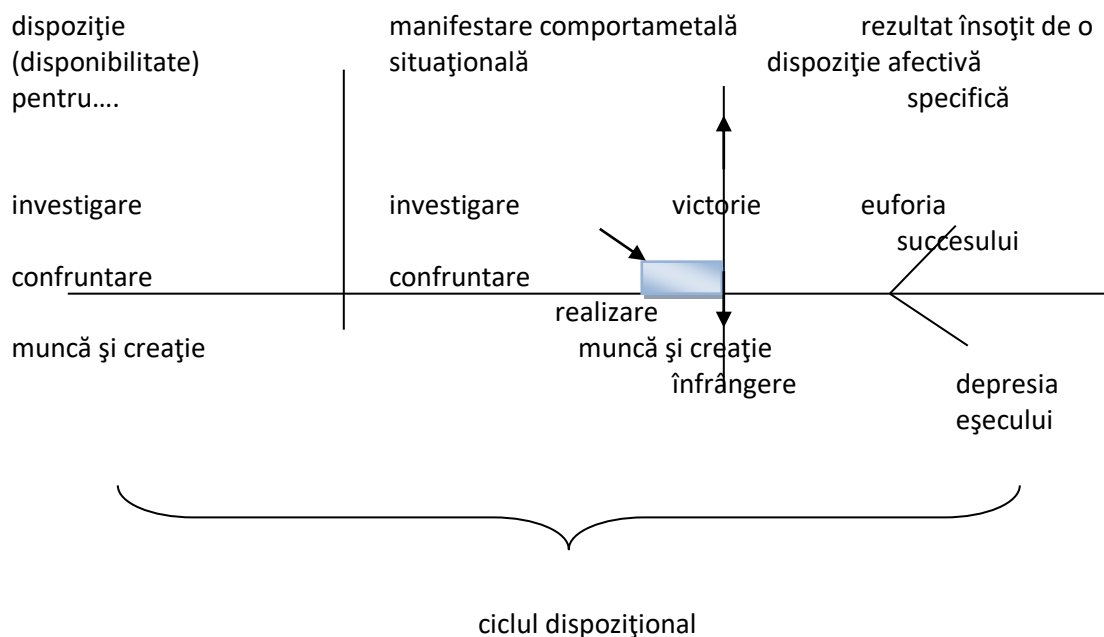
Comentarea stării psihopatologice maniacale în antichitate și în mare măsură în modernitate prin varianta sa iritabil combativă, în principiu susținută de o ideatie paranoidă, contrastează cu definirea sa actuală – vezi DSM III-5, ICD-10 – predominant prin orientarea excesivă spre proiecte realizatoare. Energia și performanța crescută presupune uneori și puțină combativitate. Dar varianta beligerantă se manifestă mai ales în socio-culturi care nu sunt familiarizate cu munca și viața standardizată, susținută de proiecte individuale concurențiale. Cultura antichității avea însă în spate tradiția preagrícola a omului vânător, pe care indo europenii au trăit-o până târziu în Europa. Într-unul din studiile sale, Eliade face trimitere la luptătorii lui Odin cuprinși de furia „berserkr”. Termenul înseamnă de fapt „războinicii în pielea de urs”, semnificând o identificare magică cu ursul. Tinerii nordici se antrenau pentru a deveni războinici de temut, comportându-se ca un animal de pradă, transformându-se într-un „supraom” ce reușea să asimileze furia magico-religioasă proprie animalelor totemice. Tânărul nu devenea berserkr numai prin vitejie ci ca urmare a unei experiențe magice, religioase care-i modifica natura umană printr-un acces de furie agresivă și terifiantă, care-l asimila carnivorelor furioase. El devenea extrem de „înfierbântat”, inundat de o forță misterioasă inumană și irezistibilă, pe care vechii germani o numeau *Wut*; și care ar corespunde latinescului *furor*. Același sens l-ar avea cuvântul irlandez *ferg* și grecescul *menos*, a luptătorului cuprins de „ardoare”, agitație și turgescența, Eroul este furiosul, posedatul de propria sa energie tumultuoasă și arzătoare. Așa era, dar în variantă patologică, și Heracle când își pierde mințile; sau Orlando Furioso a lui Ariosto.

Starea maniacală păstrează dimensiunea sa furioasă în antichitate, între altele și deoarece omul agricol a menținut războiul printre practicile sale fundamentale, alături de muncă, practica sacrală etc. De aceea, nu trebuie uitat că dezinhibiția expansivă e caracteristică și pentru o anumită fază a sărbătorilor, inclusiv religioase; dar mai ales pentru cea a petrecerilor de tip carnelesc, centrate pe dansuri, spectacole, jocuri și veselie dezlănțuită.

Varianta agitat furioasă a maniei a devenit însă ceva mai puțin pregnantă în sec.XX, oamenii lumii industriale acordând un rol tot mai important inițiativelor de acțiune personală, realizatoare.

Un aspect ce iese în evidență odată cu expansivitatea maniacală beligerantă este delimitarea în timp a episodului. Odată început, evenimentul se cere încheiat, prin victoria sau înfrângerea subiectului; ceea ce, dacă nu înseamnă moarte, se referă la supunere sau fugă. Iar învingătorul își sărbătorește victoria. Dispozițiile afective externalizate, așa cum e și cea care susține combativitatea beligerantă , - dar și acțiunea realizatoare sau investigația - intră în joc în anumite situații, pe care le susțin, ajutând subiectul să le facă față; situații cu conținutul cărora, se contopesc. După ce confruntarea, investigația sau acțiunea realizatoare s-au încheiat, dispozițiile afective se retrag în fundalul psihismului din care au și apărut. Starea psihopatologică maniacală care derivă din astfel de dispoziții este în varianta sa tipică, episodică.

Ciclul dispozițional al unui eveniment



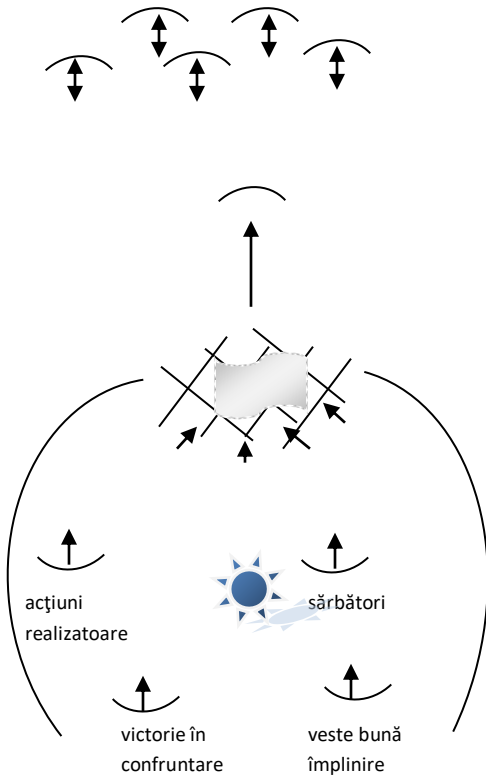
Dispoziția iritabilă, orientată spre confruntarea beligerantă, are în comun cu dispoziția ce stă în spatele acțiunii realizatoare și a sărbătorii consecutive succesului, deschiderea spre o manifestare „externalizată” la lume. Care e orientată într-un sens opus în raport cu dispozițiile „internalizate” de tip depresiv sau anxios fobic. Dacă privim împreună manifestări umane externalizate ca cele menționate mai sus se impun câteva aspecte psihologice comune. Subiectul este vigیل, atent la datele situației prezente, fiind totuși orientat spre viitor; și în primul rând spre cel imediat. Energiile biologice și psihice sunt mobilizate într-o stare de tensiune expansivă ergică, cu accelerarea derulării proceselor biopsihice astfel încât performanța actuală e favorizată.

S-ar putea considera că starea sau dispoziția dezinhibiției expansive active menționată mai sus, este cea din care se desprinde printr-o alunecare – sau „mutație” negativă – o dispoziție anormală de tipul stării maniacale. În perspectiva unui continuum între normalitate și psihopatologie, unele stări hipomaniacale pot fi considerate până la un punct ca adaptative, utile și performante. Atât în viața curentă cât și în situații de excepție, dispoziția subiectului se cere înțeleasă ca un cadru „instrumental” (ca un „organ”), pe care persoana „îl are la dispoziție” și îl actualizează în împrejurări date, articulându-l cu specificul situației, pentru a realiza evenimentul performativ. Structuri psihologice care să susțină, să servească un comportament investigator, realizator combativ sau de petrecere sărbătorească persistă în psihismul persoanei. Și ele doar „ies la suprafață” și sunt utilizate participativ, atunci când e nevoie, când situația o cere. Când subiectul înțelege sau evaluează că se află în fața unui posibil pericol, se actualizează modalități de reacție și comportament adecvate acestei probleme.

Chenar 29

Condensarea dispozițiilor externalizate în modele rigide ce se impun decontextualizând subiectul

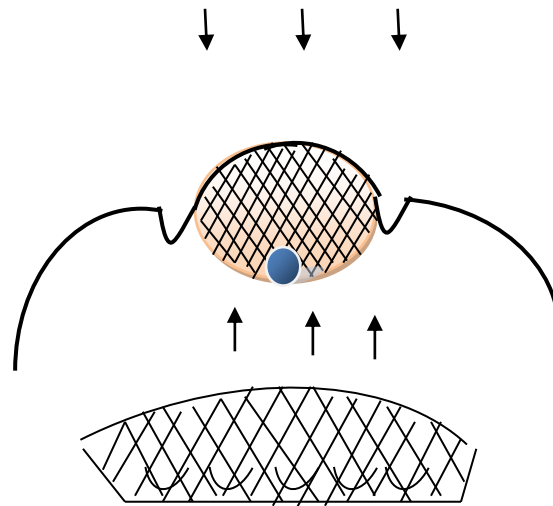
a. Normalitatea



Subiectul dispune de variate modalități dispoziționale în clasa dezinhibiției expansive prosociale, care se activează în evenimente prin conjuncție cu situații specifice

b. Anormalitatea

Solicitări minore sau nespecifice declanșează schema formală externalizată care acaparează psihismul și îl decontextualizează



Disponibilitățile externalizate se comasează dediferențiat într-o schemă formală rigidă a dezinhibiției expansive

Și la fel, când situația semnifică o provocare combativă, o ofertă pentru realizarea unei acțiuni dorite sau invitația de participare la o petrecere sărbătorească. Unele persoane, în anumite perioade ale vieții lor, sunt mai „predispuse” la reacții anxioase, combative sau acțiuni realizatoare, eventual la petreceri. Pe când altele sunt dispuse rar și minor spre astfel de comportamente. De vreme ce manifestările externalizate au o serie de elemente comune, se poate considera că pentru psihismul uman funcționează un cadru formal generic al acestora, ce e apelat, mai mult sau mai puțin voluntar în diverse împrejurări. Iar de fiecare dată, cadrul general se diferențiază în direcția tipului specific de relaționare ce se impune, conjugându-se apoi cu elementele situației: de investigatoare de acțiune realizatoare, de confruntare combativă, de petrecere sărbătorească etc.

Se poate avansa ideea că starea maniacală ar rezulta din manifestarea spontană a unui astfel de cadru dispozițional formal, deformat, al manifestărilor externalizate. Cadru care, s-a dediferențiat și autonomizat, exprimându-se cvasispontan și decontextualizat prin dezinhibiție expansivă, tahipsihie prosocială și autoîncredere oarbă. O astfel de structură formală, anormală, rigidă și simplistă plasează acum subiectul pe o orbită de funcționare inferioară, nearticulată conjunctural, desituaționalizată. Desigur, un astfel de proces de dediferențiere formală a unui cadru structural dispozițional – manifestările internalizate putând fi afectate similar – ne plasează în domeniul psihopatologiei. Dar punctul de plecare din normalitate nu trebuie uitat.

3. Mania ca dezinhibiție prosocială ludică; hipersociabilitatea gregară, sărbătorile și bufonul regelui

Mania a fost mult timp înregistrată de psihopatologie în varianta sa furioasă și delirantă: o agitație distructivă aproape nediferențiată, chiar homicidă, așa cum îl imaginează Seneca pe Hercules ieșit din minți; sau Ariosto pe Orlando furioso, gol

și dezlănțuit. Desigur, expresia de manie avea și în antichitate un sens mai larg, ea făcând trimitere pentru greci și la transa poetică sau profetică ce se conjugă cu entuziasmul. Dar agitația furioasă a maniacalului – furor în latină, mânia (sfântă) în română – contrasta pregnant și didactic cu inhibiția tristă și anxioasă a melancolicului, dominat de frici, nehotărâre, tristețe; și chiar de idei suicidare. Mania și melancholia erau cele două boli psihice cronice de bază în lumea medicală a antichității. Între ele există însă nu doar un contrast simptomatologic simetric, ci și o corelație structurală, intuită din epoca elenistică de Areteus din Cappadocia, care semnala posibila tranziție din una în alta. Imediat după Renaștere, în sec.XVII, Willis reia și teoretizează această relație intimă, opozitivă la suprafață. Polaritatea dintre manie și melancholie a fost apoi comentată în secolele ce au urmat nu doar semiologic ci și etiopatogenetic. În sec.XIX, după ce s-au identificat formele fără delir și manifestarea episodică a celor două tulburări, ele au fost incluse împreună în boala maniaco depresivă a lui Kraepelin, ca tulburări ale dispoziției afective. Simetria dintre cele două stări polare dar și afinitatea lor profundă a fost apoi recunoscută și pe întreg parcursul sec.XX. Totuși, de-a lungul acestei istorii s-a înregistrat și o aparentă asimetrie.

Melancholia a beneficiat din vremea medicinei hipocratico-galinice de o interpretare umoralistă, ce pune la baza ei predominanța bilei negre; fapt ce se reflectă și în temperamentul melancholic. Pentru manie teoria celor patru umori nu a fost însă invocată explicit. Aceeași situație se repetă în Renaștere. Mania și melancholia sunt acceptate ca boli psihice (cronice și nefebriale), dar numai pentru ultima se comentează și o variantă temperamentală.

La Florența coordonatorul Academiei platoniciene, Marsilio Ficino dezvoltă tema unui temperament melancholic în conjuncție cu astrologia, cu planeta Saturn, elaborând doctrina corelației cu înțelepciunea filosofică.

Mania și melancholia în epoca modernă

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

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
impetuoase
conceptele și noțiunile sunt deformat
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 iriază căldură, ca o flacăra;
de aceea maniacul nu se teme să stea în frig

Diateza melancholică agravându-se devine furie;
aceasta, când descrește și trece în repaus se reîntoarce
la melancholie; schimbările între cele două stări se pot petrece des

În sec.XVIII imaginea spiritelor animale e înlocuită de tensiunea nervilor, a vaselor și fibrelor organismului.

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 maniacului e uscat și arzător, al melancholicului e umed și rece.

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

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

Agrippa și alte personalități ale vremii aderă la această doctrină iar Durrer crează celebrele sale gravuri „Melancholia”. Dar, nimic nu apare oficial în legătura cu un eventual temperament hipomaniacal.

Care este oare substratul acestei aparente asimetrii între melancolie și manie în chestiunea temperamentului? Este oare reală?

Un răspuns ne-ar putea veni chiar din Renaștere. Dacă melancolicul lui Marsilio Ficino avea pe atunci și un statut de înțelepciune, nu găsim oare în epocă și un echivalent maniacal, un temperament predispus spre un anumit stil de înțelepciune ce să fie derivat din manie? Răspunsul este pozitiv, dacă ne gândim la **Elogiul nebuniei** a lui Erasmus. În această lucrare umanistul olandez face apel la nebunie – invocată prin expresia greacă de *moira* și cea romană de *stultitia* – prin referință la personajul care în epocă era indicat ca „nebun” sau „bufon”. Acesta apărea la sărbătorile carnavalești și era prezent la curțile potentatilor, pentru a întreține o bună dispoziție euforică, cu ocazia ospetelor, în cadrul unei hipersociabilități gregare. Toate caracteristicile bufonului-nebun, pe care-l știm bine din piesele lui Shakespeare, indică caracteristicile unei dezinhibiții hipomaniacal euforice și prosociale. Dar, aceasta este o altă direcție de manifestare a maniei decât cea spre combativitatea beligerantă, acțiune realizatoare performantă și creație. Și anume, e vorba de dezinhibiția expansivă prosocială, gregară pe care o dezvoltă sărbătoarea carnavalescă. Și apoi, spectacolul de comedie.

Faptul că profilul actual al episodului maniacal clinic – așa cum îl conturează DSM-5 ca fiind orientat spre acțiunea realizatoare – e unul selectiv și limitat, rezultă de altfel și din descrierea făcută în urmă cu 2000 ani de Areteus din Cappadocia, care scria:

“Unii pacienți cu manie sunt bine dispuși....ei râd, joacă, dansează ziua și noaptea și se plimbă tacticos prin piață cu ghirlande puse pe cap, ca și cum

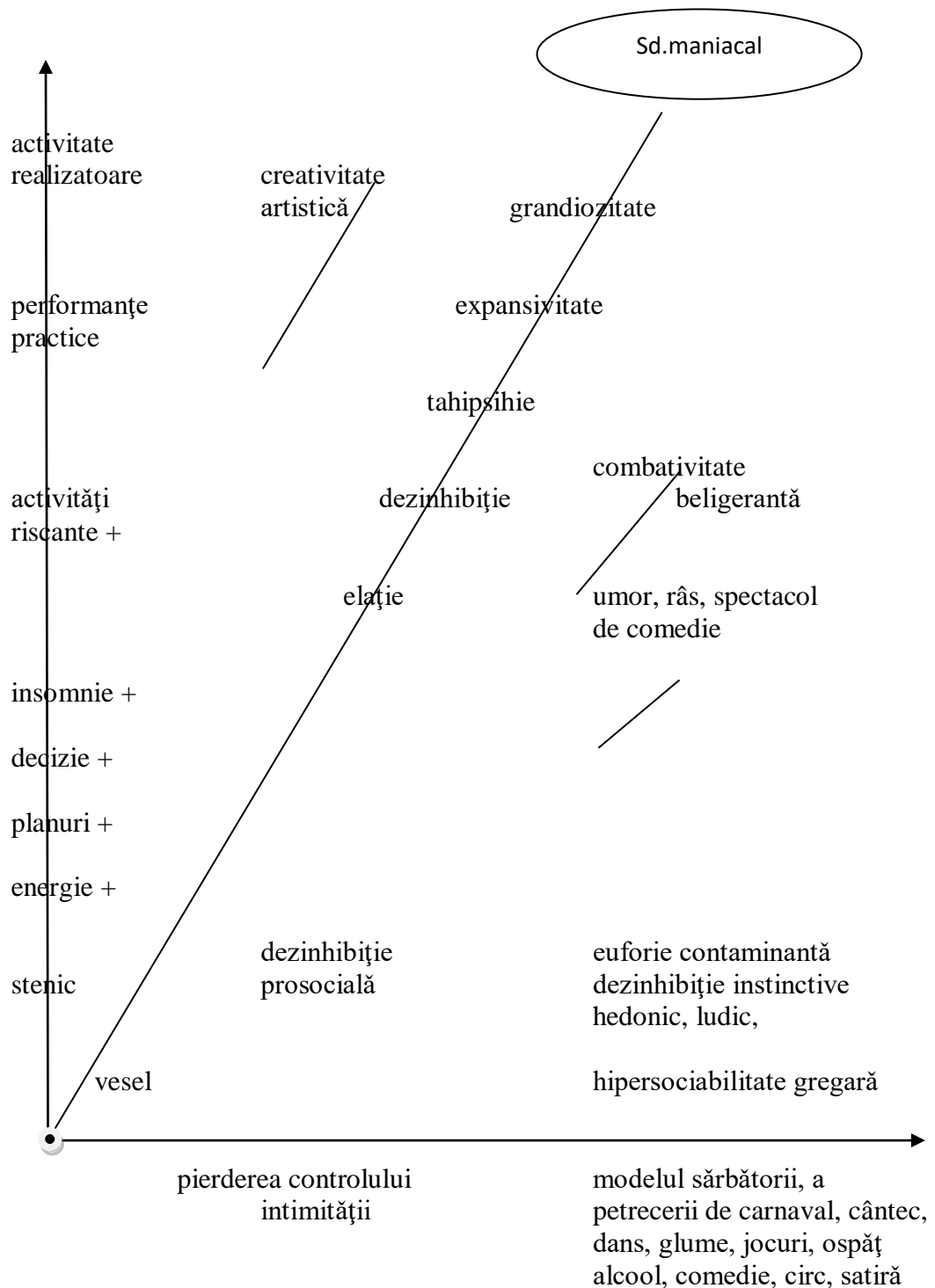
ar fi învingători la un joc. Acești pacienți nu-i deranjează pe alții. Dar alții devin furioși, manifestările lor ajungând lipsite de măsură. Unii maniacali care sunt inteligenți și bine educați se apucă să vorbească despre astronomie, deși nu au studiat niciodată filosofia sau se consideră poeți serviți de muze”.

Comentariul lui Areteus ne indică faptul că societatea elenistică de pe atunci nu era la fel de obsedată de munca performantă ca cea din SUA contemporană, având disponibilitatea de a fi atentă atât la varianta furioasă, cât și la delirul megaloman de creație – „*a celor ce se consideră poeți serviți de muze*”; precum și la buna dispoziție și veselia sărbătorească a celor care „*râd, joacă și dansează ziua și noaptea*”. În perspectivă antropologică problema e importantă. E vorba de a nu ignora deliberat dimensiunea relaționărilor interpersonal sociale ale omului, care se manifestă și ea disfuncțional în manie.

Lectura stării maniacale prin disfuncția deficitară a conduitei realizatoare – fie ea pragmatic creativă, de investigare sau combativă – nu acoperă decât una din dimensiunile psihismului specific a lui homo sapiens, cea susținută de funcțiile neurocognitive executive. Nu există vreun motiv pentru a ignora și cealaltă funcție specifică, cea a relaționării interpersonal sociale, susținută de funcțiile cogniției sociale. Considerată, desigur, și ea din perspectiva externalizării.

În această direcție psihopatologia se exprimă, la maniacal, prin contacte sociale facile și multiple, cu reducerea reticenței față de străini, față de conveniențele sociale și față de secretele personale. Hipersociabilitatea euforică gregară se însoțește în plus, în unele cazuri clinice, de o dezinhibiție instinctiv afectivă hedonică, mai ales în plan sexual și alimentar (cu propensiunea spre alcool și substanțe psihoactive). Erotismul crescut poate conduce la vorbire și comportament indecent.

Manifestări ale dezinhibiției expansive externalizate din care poate deriva sd. maniacal

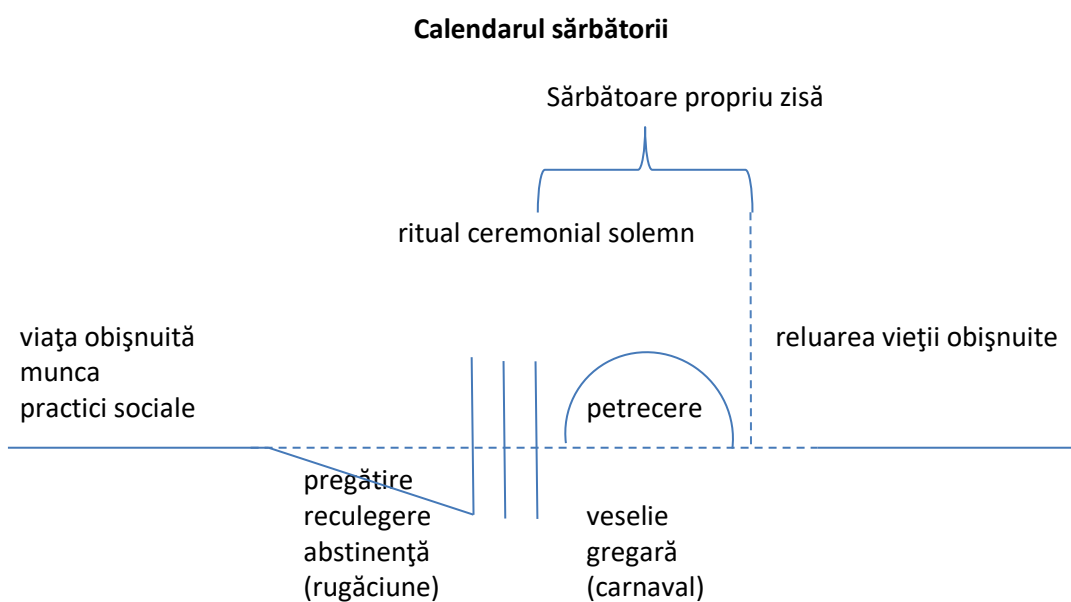


Dacă ne întrebăm ce aspect din viața normală a omului seamănă cu această condiție, nu e greu să invocăm petrecerea sărbătorească, în care toți se veselesc, mănâncă, beau, cântă și dansează, considerându-se ca frații. Să ne gândim doar la o nuntă, la care participă familia și prietenii, după ce „atmosfera s-a încălzit”. Sau, la permisivitățile dezlănțuite uneori în perioadele de carnaval. Dar s-ar putea face trimitere și la situații mai banale cum ar fi un cocktail de primire la o conferință, sau o serată mondenă. Invitații sosesc, servesc la intrare o cupă de șampanie și imediat devin volubili, intră ușor în vorbă cu persoane necunoscute, sunt degajați în a face cunoștințe noi; domnește apoi o atmosferă de bună dispoziție voioasă, o sociabilitate superficială dar generalizată; oamenii se simt bine, își împărtășesc planuri, glumesc, se încheagă noi relații, eventual se dansează. Sau se admiră un spectacol ...și totul se încheie cu o reușită socializare.

Viața cotidiană a oamenilor e constituită, pe lângă muncă, griji și preocupări, eforturi și așteptări și din momente de calm, seninătate, relaxare, satisfacție. La capătul împlinirilor, realizărilor, reușitelor, succeselor, victoriilor se instaurează bucuria pe care simțim nevoia să o împărtășim cu alții. Din recuzita existenței omenești fac parte și trăiri pozitive precum veselia, buna dispoziție, euforia, entuziasmul. Mania se alimentează nu doar din confruntare și acțiuni performante ci și din acest evantai dispozițional pozitiv, al perioadelor de destindere, din afara practicilor tensionate și realizatoare. Dar mai ales din atmosfera dispozițională a petrecerilor sărbătorești, însoțită de spectacole de comedie și de prezența bufonului. De aceea, un excurs prin fenomenologia sărbătorilor e necesar.

Viața normală a omului cultural nu poate fi concepută fără de sărbători. Ele ocupă mare parte din timpul ce nu e dedicat muncii productive (și administrative sau războiului). Așa zisul timp de odihnă era, tradițional, timp dedicat reculegerilor religioase. Căci, paradigma sărbătorilor este, desigur, cea sacrală. Dar sărbătoarea punctează și importante evenimente ale ciclurilor vieții, cum e nașterea și botezul;

sau căsătoria urmată de nuntă. Și la fel, ea însoțește succesul realizărilor deosebite sau victoria în luptă. După cum, intervine și în aniversări. O sărbătoare familială tuturor așa cum e cea corelată căsătoriei, relevă și subliniază faptul că ea se derulează în două etape. Prima e solemnă, realizată sub patronajul reprezentanților puterii civile și a cultului religios. Cea de a doua e o petrecere veselă și dezinhibată, cu sociabilitate gregară, propensiuni hedonice și ludice: oamenii beau, mănâncă, cântă, dansează, sunt veseli, glumesc, râd și....se înfrățesc.



Originea acestei bipartiții și a manifestărilor dezinhibate din faza sărbătorii dezlănțuite, poate fi urmărită - luându-l ca reper pe istoricul religiilor. M. Eliade –, până la sărbătoarea princeps a societăților agrare, care era Anul Nou. În această perioadă timpul anului vechi se termină și urmează să se nască noul an. În menționatul interregnum, se instalează și e celebrat un „haos dincolo de ordinea timpului”. În cursul acestuia regulile și ordinea sunt perturbate, ierarhiile nu mai funcționează (stăpânul devine sclav și invers), spiritele morților, ale strămoșilor, își fac apariția ca măști; se aprind și se sting focurile, se alungă păcatele din

comunitate etc. Iar la sfârșitul interregnului se naște Noul An într-o bucurie generală. O astfel de fază a sărbătorii în care normele vieții obișnuite sunt transgresate pregătind dezlănțuirea renașterii, se întâlnește în mai toate civilizațiile agrare.

Dacă modelul mesopotamian (Aiku) sau roman (Saturnalii) au unele particularități, sărbătoarea anuală a înnoirii anului – și, uneori, a începerii primăverii, a reînnoirii naturii, cu activarea unor simboluri sexuale, falice – este mereu regăsită, având caracteristici care fac din ea prototipul sărbătorilor umane vesele și dezlănțuite, mai ales a celor de tip carnavalesc. Ea s-a infiltrat în perioada Evului Mediu chiar în liturgiile creștine de început de an („liturghii ale nebunilor”) și s-a exprimat cu strălucire în carnavalurile Renașterii.

În perspectiva istoriei culturale, „timpul sărbătorii” are o deosebită complexitate și varietate, ca fiind susținut de diversitatea acestora. De ex. sărbătorile consacrate victoriei militare, așa cum erau triumfurile romane, se însoțeau de spectacole de circ, de satiră și variate întreceri și distracții, care să susțină euforia victoriei. Atmosfera spectaculară a sărbătorilor publice s-a dezvoltat în mod deosebit în perioada Renașterii italiene, cu o importantă participare a artiștilor, susținută financiar de potențații vremii. Din recuzita spectacolelor, comedia – și tot ce ține de ea – a fost cea care a rezonat cel mai bine cu voia bună, destinderea și mascarada din timpul sărbătorilor carnavalești. Dar cu ocazia sărbătorilor renascentiste, în diverse împrejurări, de la încoronarea regilor la procesiuni sau întâmpinarea în orașe a personalităților importante. Ocazie cu care se desfășurau concursuri de poezie, spectacole de muzică, mimă, jonglerii, dans etc. Dispoziția euforică, voia bună, veselia, întrețesută cu propensiunea ludică și hedonică a petrecerii, întreținea umorul, gluma și râsul. Această tradiție e evident consonantă cu unele aspecte importante ale (hipo)maniei, exersând în normalitate

disponibilități și manifestări care, în varianta patologiei maniacale se exprimă decontextualizat, strident, neadecvat.

Disponibilitatea față de condiția veseliei sărbătorești se cere a fi considerată și ea o caracteristică general umană, adaptativă. În perspectivă caracteriologică, la unele persoane ea poate lipsi. La altele, în schimb, ea poate fi mai bine reprezentată, conducând spre oameni cu un caracter sinton, vesel, cărora le place să petreacă în prezența altora; adică la “petrecăreți” de tipul lui Falstaff, pe care-l evocă Shakespeare. Dar mai ales la personajul bufonului, adică a “nebunului” pe care-l proslăvește Erasmus în cartea sa, acumulează astfel de disponibilități.

Bufonul din Renaștere – ce-și atinge apogeul în “nebunul regelui”, pe care-l regăsim în jocul de șah, de tarot și în jocurile de cărți – derivă dintr-un personaj, identificat încă din antichitate, talentat și disponibil pentru a întreține o bună dispoziție și veselie la serbări populare, carnavelești și la ospete. Romanii bogați angajau deja astfel de “specialiști în amuzament” la banchetele lor; ei erau prezenți și la serbări populare și carnavelești, alături de mimi, jongleri, acrobați și alți amuzatori.

Bufonul, carnavalul și comedia

Modelul sărbătorii anuale carnavelești, bazat pe regenerarea timpului odată cu nașterea Noului An, s-a păstrat chiar în sânul bisericii creștine până în perioada Renașterii sub denumirea de “sărbătoare a nebunilor” (sau inocenților). Aceasta avea loc de Crăciun când în biserică, alături de slujba obișnuită se oficia – parcă în joacă – un ritual de parafrază a acesteia, efectuat de obicei de diaconi cu ajutorul copiilor din cor. Se purtau măști, protagoniștii apăreau deghizați în “nebuni” cu capișon și marotă. Se alegea apoi un “episcop al nebunilor” dintre oamenii simpli, care purta mitra și primea binecuvântarea poporului; el ținea o pseudoslujbă presărată cu glume și blesteme. Apoi cortegiul pleca în oras, sub patronajul episcopului nebun, cu pompă și veselie, cu cântece, dans și comportamente indecente. Bufoneria și comportamentul burlesc caracteriza manifestarea.

Sărbătoarea nebunilor era oficiată și în unele mănăstiri. Personaje oficiale importante ale Bisericii asistau uneori la spectacol. De ex. la Lille în 1372 a participat și ducele de Bourgogne, care a inițiat manifestarea în capela sa. Ea a încetat în urma unei decizii eclesiaste din 19 ianuarie 1552.

În Europa din jurul Renașterii a existat obiceiul ca orașele să angajeze câte un “nebun” (bufon) a cărui sarcină principală era să anime sărbătorile de tip carnavalesc. El deschidea de obicei alaiul procesiunii făcând 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 neobișuitului, 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.

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.

În Europa, bufonul a devenit o meserie mai ales în burguri și la curți. El avea un costum special, colorat, cu capișon și urechi de măgar; și purta un sceptru special, cu oglindă. Era angajat și de bresle sau burguri, pentru a deschide și întreține atmosfera veselă la serbări și carnavaluri. Fiind mult implicat în relaționări sociale și spectacole, bufonul trebuia să aibă, desigur, și unele trăsături histrionice.

Bufonul de curte avea sarcini psihologice dificile. El trebuia să întrețină, pentru suveran, o stare psihică destinsă și veselă în permanență; și mai ales în momente critice, de tensiune. De aceea erau necesare calități multiple. Bufonul sau nebunul regelui trebuia să fie totdeauna bine dispus și controlat; el făcea tumbe și acrobații, spunea poezii, improviza jocuri de cuvinte și oricând trebuia să poată produce glume, poante. Era apoi nevoie să cunoască multă literatură, fiind unul dintre cei mai cultivați oameni de la curte.

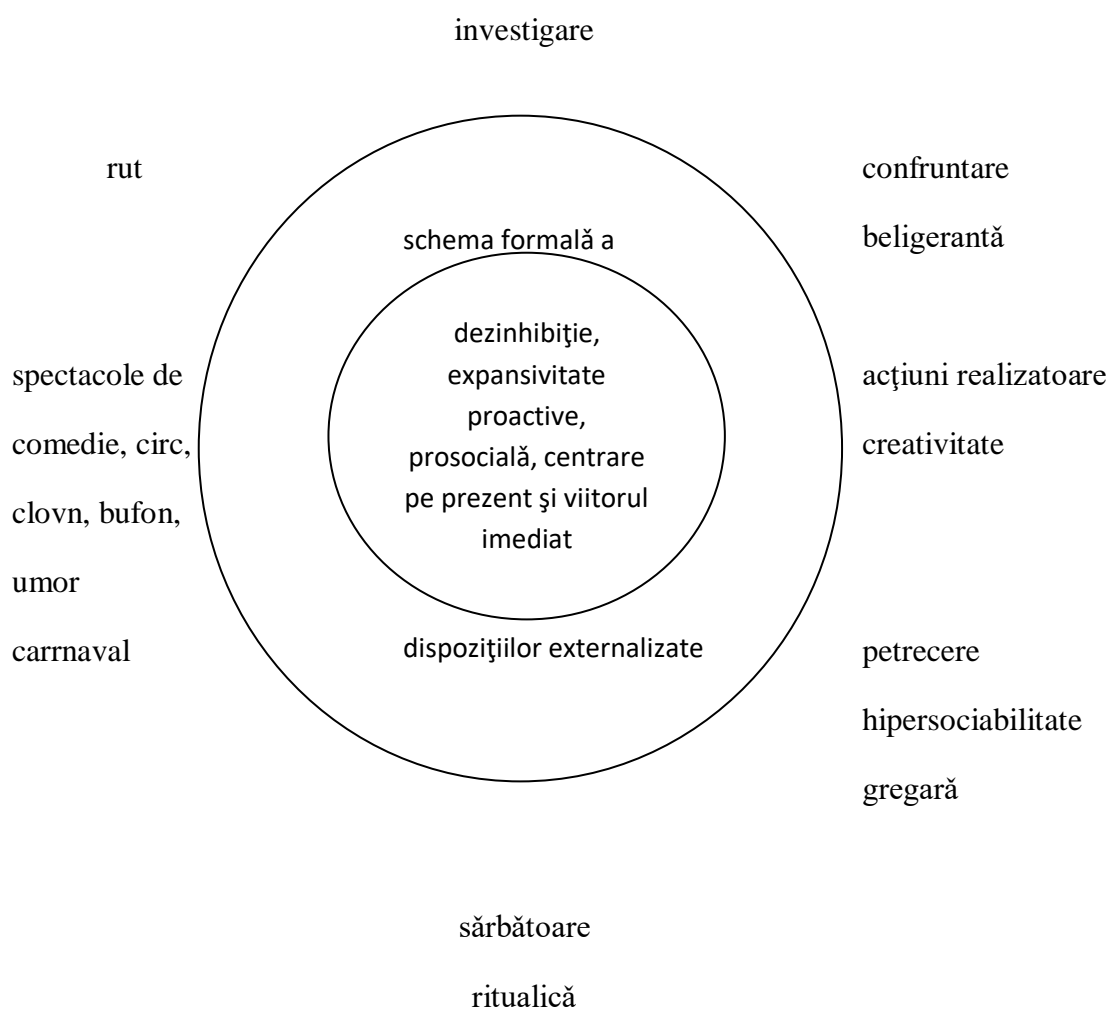
Nebunul era singurul personaj din proximitatea regelui care-i putea spune adevărul în față, fără ca acesta să se supere. Desigur, pentru aceasta era nevoie să inducă o veselie și bună dispoziție autentică și contaminantă. Shakespeare rezumă (în **Noaptea regilor**):

“A face meseria de nebun necesită un del de înțelepciune. Trebuie remarcată dispoziția deosebită a celor ce îndeplinesc acest rol, calitatea acestor oameni, tot ce le trece prin fața ochilor. E o meserie la fel de dificilă ca cea a înțeleptului. Căci nebunia practică înțelept își are prețul ei. Pe când înțelepciunea ce cade în nebunie duce la abdicarea spiritului”.

O astfel de înțelepciune a nebunului și nebuniei, înțelese din perspectivă hipomaniacală, a fost susținut de Erasmus în **Elogiul nebuniei**. Personajul nebuniei ce-și ține discursul autolaudativ este, evident, o replică față de doctrina Ficino – Agrippa- Dürer, a înțelepciunii melancolicului.

Hipersociabilitatea euforică, așa cum se prezintă ea în manie, hipomanie, sărbătorile caranavelești și în meseria bufonului este expresia unei dispoziții

Circumplex al modalităților psihoadaptative care configurează schema dispozițiilor externalizate



afective pozitive ce se exprimă în planul public. Omul vesel și petrecăreț, cel ce râde la chefuri, la spectacolele de comedie sau la giumbușlucurile clovnului de la circ, e un om al vieții publice, deconectat de zona de relaționare intimă interpersonală. O astfel de hipersociabilitate euforică și gregară, adecvată spectrului de manifestări a petrecerilor de tip sărbătorească se cere inclusă și ea în clasa sau diapazonul dispozițiilor externalizate care au fost comentate ca un posibil cadru de normalitate adaptativă a psihismul omului cultural, din care poate deriva minusul formal al tulburării maniacale. În plus, la aceasta s-ar putea adăuga disponibilitățile proactive moștenite din biologie. Oricum perioadele de rut sunt sugestive în această direcție. Iar echivalentul investigării și confruntării combative se întâlnește și la animale. Dar nu și o acțiune realizatoare, creativă sau o petrecere sărbătorească. S-ar putea imagina un circumplex al dispozițiilor externalizate din a cărui cadru formal sindromul maniacal se poate decanta.

4. Grandiozitatea delirului maniacal

Conform definițiilor clasice maniacul are o bună părere nerealistă despre sine, un sentiment de valoare și capacitate crescută, încredere în sine, asertivitate și optimism exagerat. El se consideră o persoană de excepție, ce poate rezolva orice. Raportarea sa megalomană față de sine se corelează cu hiperactivismul său expansiv și cu sociabilitatea sa gregară.

O părere bună despre sine nu este însă apanajul maniacalilor. Ea se întâlnește de ex, la TP narcisistă care consideră că alții ar trebui să se raporteze la sine ca la o persoană specială. De asemenea, în aria delirurilor monotematice sistematizate se întâlnesc teme de grandiozitate, așa cum ar fi convingerea de a fi realizat o descoperire excepțională, de a avea o descendență ilustră și o bogăție uriașă, însoțite de minime simptome hipomaniacale. Persoanele cu pseudologie fantastică adâncindu-se în imaginarul lor debordant, pot relata că au trăit evenimente

ieșite din comun în poziții sociale deosebit de înalte. Recentele studii ale școlii din Copenhaga asupra stărilor prodromale din schizofrenie realizate cu scala EASE depistează la persoane cu manifestări autiste ideate de “grandiozitate solipsistă”. În toate aceste cazuri nu e prezentă însă dezinhibiția expansivă tahipsihică, hiperactivitatea și contactul social neconvențional specific maniei. Stima de sine crescută și grandiozitatea este deci o dimensiune antropologică autoevaluativă aparte ce poate intra în diverse cadre sau “forme” de deficit psihopatologic. După cum, teme ca gelozia, suspiciunea, frica de boală etc., se pot manifesta anxios fobic sau obsesiv și prevalent – atât în variantă normală cât și psihopatologică – înainte de a “cădea” pe orbita delirantă.

Pentru a comenta relația cu delirul a tulburărilor dispoziționale – a maniei și depresiei în primul rând – e util să fie subliniată ideea conform căreia prin delir se înțelege acea modalitate psihopatologică în care subiectul se concentrează pe condiția sa de personaj; el își asumă - sau mai precis e absorbit de - un anumit rol identitar dintr-un scenariu aberant desfășurat într-o realitate fictivă de tip narativ. Nouă identitate și scenariu pe care le trăiește cu convingere de nemodificat. În delirul maniaco-megaloman, de grandiozitate, subiectul e convins că identitatea sa se definește prin calități și capacități deosebite; și în consonanță cu acestea, astfel încât el se consideră un personaj aparte, autoplasându-se frecvent în contexte relaționale superioare. De ex. se simte și se declară un inventator sau un scriitor celebru, actualmente sau pe cale de devenire; va scrie și va publica nenumărate romane despre istoria vieții sale câștigând milioane de dolari cu care va ajuta țara să iasă din impasul economic. Sau, el e un personaj ce poate influența mersul evenimentelor politice în relație cu conducătorii marilor state, va fi ales președinte ONU și va instaura pacea pe pământ etc. Spre deosebire de formula delirurilor monotematice – dismorfofobic, hipocondriac, de gelozie – acum nu mai e parcurs traseul ce trece prin preocuparea anxios fobică sau obsesiv prevalentă; ci, se

Delir de grandiozitate maniacală

Cazuistică

1. O femeie de 32 ani, după o ușoară stare de retragere depresivă dezvoltă (1985) convingeri delirante de grandiozitate. Este probabil nepoata Regelui Mihai, e spioană internațională dar colaborează în special cu Uniunea Sovietică unde ocupă locul doi în ierarhia politică. I se cer sfaturi prin telepatie....se simte protejată de puterile străine, în gând i s-a spus că a primit toate decorațiile din URSS în afară de cea mai înaltă, pe care a văzut-o însă în gând, colorată, frumoasă, atrăgătoare...I se cer sfaturi în numele omenirii, este chemată într-o rezervație cu trei cercuri unde va avea tot ce-și va dori pentru serviciile pe care le face omenirii. În perioada delirantă prezintă bună dispoziție și o deschidere spre sociabilitate dar nu tahipsihie dezinhibată, deranjantă, comportament perturbant sau planuri de acțiune fanteziste.

2. Un bărbat de 33 ani dezvoltă în trei luni idei de grandiozitate însoțite de comportament bizar. E convins că are o nouă identitate, inspirat fiind din literatura istorică. El este sufletul bun al lui Napoleon căruia îi va purta uniforma și în numele căruia va vorbi....Sufletul său cu multe învelișuri e genial, el e omul poporului, un sfânt, are misiunea de a uni biserica catolică cu cea ortodoxă pentru a se închina omenirea la răsărit. Refuză alimentația și obigă familia să facă la fel, pentru a se purifica și deveni 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 asimte asemenea Fecioarei Maria.

4. O tânără de 19 ani se internează cu un episoade maniacal însoțit de trăiri mistice. Debutul îl descrie astfel: "am început să mă simt puternică și fericită, toate gândurile din trecut îmi veneau în minte..gândurile fugeau...mi le arunca cineva înapoi..numai gânduri bune...mi le planta în minte....nu erau gândurile mele....mintea mea nu le putea aduce așa de rapid...vocea îngerului o auzeam în cap..Domnul îmi știa toate gândurile căci El le știa pe toate, oamenii știu doar o parte..

Evoluția ulterioară e cu episoade maniacale, depresive și delirante

produce o tranziție directă spre asumarea personajului aberant al delirantului. Până la un punct, acest mod de instalare se apropie de delirul paranoid ce se instaurează prin “dispoziția delirantă”, conform schemei lui Jaspers.

În mania standard, trăirea unei stime de sine crescute cu amplificarea sentimentului valorii și al capacității de acțiune, sunt imersate de obicei în structura de ansamblu a dispoziției afective pozitive. În mania nedelirantă autoevaluarea pozitivă e trăită nemijlocit, dispersată în toate raportările circumstanțiale și netematizată. În schimb, în mania delirantă ea ajunge să fie tematizată iar subiectul devine un personaj special. Spre deosebire însă de delirurile monotematice sistematizate în manie scenariul delirant chiar dacă gravitează în jurul unei teme e fluctuant și se reconfigurează mereu, pacientul sărind cu ușurință de la un subiect și o afirmație la alta. Dar există și variante intermediare; de exemplu un delir de invenție sau misiune excepțională care mocnește sau e inaparent în perioadele compensate pentru a se desfășura florid în fazele clinice ale maniei.

Scenariul tematic delirant din manie plasează subiectul, ca personaj, ce se simte deosebit de important, într-o familiaritate specială cu persoane importante. Acestea pot face parte din anturajul socio administrativ al vieții cotidiene, dar pot fi și personaje politice sau culturale importante ale țării din istoria contemporană sau universală.

Megalomania delirului maniacoal se poate însoți însă și de paranoide cu argumentul că personaje de asemenea importanță cum este el, e firesc să aibă dușmani.

Un aspect aparte și important din punct de vedere al psihopatologiei evoluționist culturale e familiaritatea unor maniacali deliranți cu personajele supranaturale, mai ales cu protagoniștii mitologiei religioase. Astfel e convingerea unei apropieri intime față de personale dumnezeirii, a faptului de a fi fost ales de către ființa supremă pentru a media relația cu oamenii și a reliza misiuni

importante pe pământ. Condiția psihopatologică poate ajunge până la “transpersonalizare”, la sentimentul identificării parțiale cu ființa divină, ca în stările mistice extatice; astfel încât pacientul are impresia că exprimă vorbele și gândurile acestuia ca în cazul profeților. În cadrul intimității cu divinitatea, care e concepută în viața cotidiană ca fiind a toate puternică și a toate cunoscătoare, pacientului nu-i pare nefiresc sentimentul că aceasta îi cunoaște și îi dirijează gândurile și acțiunile. Aspect ce se cere reținut pentru comentarea analitică a fenomenului psihopatologic de transparență și influență psihică.

În concluzie, întâlnirea patologiei delirante cu mania – de fapt cu stările dispoziționale afective, situația putând fi analizată în aceeași direcție și pentru cazul depresiei – este nu doar o problemă a psihopatologiei clinice ci și una antropologică. Mania pune în tensiune, ducând până la extreme, raportarea subiectului la prezent, prezența sa efectivă în situație. Deși aparent el e hiperreceptiv la datele prezente și optimist deschis spre un viitor imediat, capacitatea sa de a rezolva eficient situația prezentă e însă practic anulată. În același timp condiția sa de personaj se extrage din firescul situațiilor, extrapolându-se megaloman în ficțiuni a toate posibile. Reveria marilor împliniri și poziționări sociale se ratatinează pe o părelnică realizare imediată. Stratul existențial al prezenței eficiente în lume și cel al posibilului narativ și al teoreticului se aglutinează acum. Dar, patologia ne atrage atenția asupra coexistenței acestei dimensiuni.

Mania, depresia și timpul antropologic

Episoadele maniacale și depresive prin care se manifestă tulburarea bipolară sunt în prezent identificate clinic și diagnosticate pe baza listelor de simptome. Pe scurt mania poate fi caracterizată printr-o dezinhibiție psihică globală, expansivă și tahipsihică însoțită de o stimă de sine crescută; - iar depresia printr-o inhibiție

introversă generalizată, însoțită de bradipsihie și reducerea stimei de sine. Dar nici listele de simptome și nici astfel de etichetări nu degajă suficient specificul psihic antropologic al tulburărilor. Acesta poate fi însă conturat cu ușurință dacă suntem atenți la modul de raportare la realitatea dată a depresivului și maniacalului. Ceea ce se impune pentru oricine încearcă să ia contact, sau observă, un depresiv, este retragerea sa din actualitatea dată, absența sa față de preajmă și evenimentele ce-l înconjoară. Depresivul nu mai este interesat de ceea ce este și se petrece în jur, de contactul cu oamenii, fie ei cunoscuți sau necunoscuți, de lucrurile care înainte îi făceau plăcere.

În termeni semiologici aceste aspecte se traduc prin simptomul “anhedonie”; adică lipsa de motivație și receptivitate, de interes și plăcere; și prin “retragerea socială” cu areactivitate. Dacă însă nu ignorăm dimensiunea temporală a existenței personale, vom spune că lipsa sa de speranță și de proiecte indică o surpare a dimensiunii viitorului, care, angrenează în prăbușirea ei și dimensiunea prezentului, cu replierea pe un trecut vinovat. Pentru depresiv timpul prezent nu se mai structurează firesc. Persoana nu mai participă cu adeziune și angajare, cu “prezența” sa la situațiile prezente, deschise sub orizontul viitorului; astfel încât să se articuleze de prezentul situațional al celorlalți, al comunității culturale și istorice.

La celălalt pol, în măsura în care suntem atenți din aceeași perspectivă la manifestările maniacalului, putem constata, prin contrast, un exagerat interes și o receptivitate crescută pentru nenumărate detalii ale prezentului imediat. E manifestă chiar o vigilitate crescută și o hiperestezie senzorială, astfel încât el percepe clar și cu detalii datele ce-l înconjoară; fără a le integra însă într-o situație structurată. Maniacalul sare de la observarea și comentarea unui fragment de realitate la altul; și la fel, de la o idee la alta, începe mereu o conversație sau o acțiune și imediat le părăsește. În plus, concomitent, e deschis fără limite spre

viitor, considerând în mod optimist că orice e accesibil și poate fi rezolvat, sub orizontul unei omnipotențe totale; iar toate i se par a se termina cu bine. Astfel că, prima impresie privitoare la atașamentul său față de prezent se risipește repede, de vreme ce prezentul “trăit” de către subiect nu se mai structurează în aceste situații anormale, decontextualizându-l. Distorsiunea trăirii temporalității ar putea fi considerată prin ea însăși condiția unei stări psihotice.

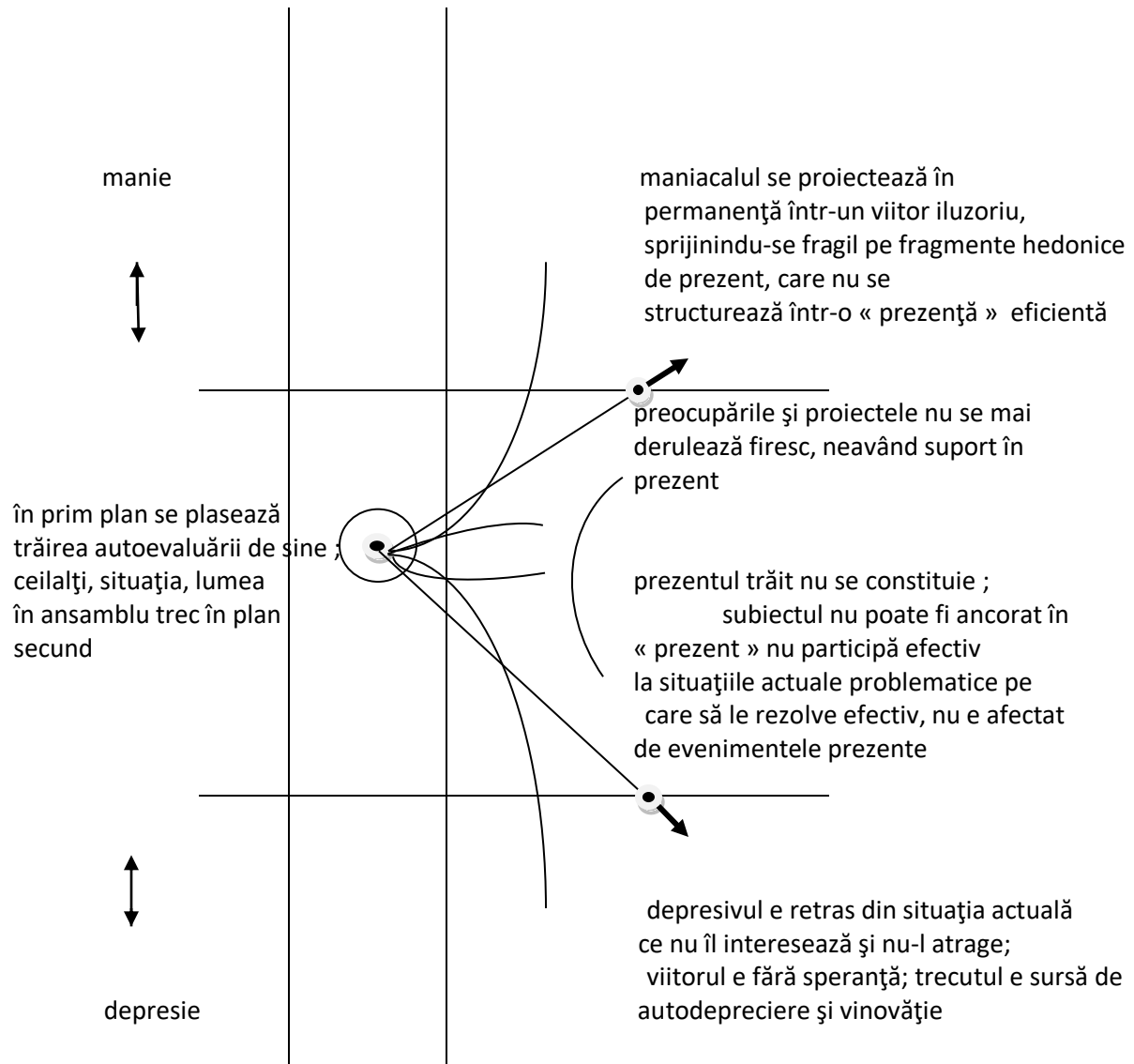
Condiția psihopatologică a maniei și depresiei ne pun în fața unei anomalii a articulării subiectului cu realitatea sa umană, prin intermediul situațiilor actuale, ce se cer sesizate, înțelese și rezolvate prin proiecte ce au un scop și sens. Se impune la acest nivel, un scurt excurs privitor la temporalitatea specifică a psihismului persoanei umane, care are ca punct de plecare, desigur, prezentul trăit.

Din punct de vedere formal, prezența în situație, care susține circumscrierea unui prezent trăit, a fost caracterizată prin implicarea subiectului în rezolvarea unei situații problematice, a unui eveniment, pe care ulterior îl poate relata. Prezentul trăit are astfel o durată și o structură proprie, el detașându-se pe fundalul duratei biografice. Istoria vieții unei persoane, biografia sa, e desigur și ea relatabilă de către alții sau chiar de către subiect, ca autobiografie. Dar ea este și resimțită, „Trăirea” de fond a unității acestei biografii este unul din principalele suporturi ale sentimentului identității de sine, ce stă în spatele raporturilor situaționale actuale. Această schemă, este însă doar un model formal, relativ arbitrar și ideal, din mai multe motive.

În primul rând orice activitate actuală se articulează cu alte proiecte și preocupări de mai mare amplitudine, trecute și viitoare; care au și ele variate durate temporale în care se desfășoară. Se adaugă temporalitatea indusă de relaționările interpersonal afective, ale apropierii sufletești, dragostei, despărțirii, doliului, toate făcând parte din ciclurile vieții personale.

Destructurarea timpului trăit în manie și depresie

fapt ce induce o decontextualizare cu alunecarea specific spre condiția psihotică



Ansamblul acestor linii temporale suprapuse și întrețesute participă la asigurarea “adâncimii temporale” a contextului psihic interior, care învăluie prezentul trăit, cel al situației la care aderă; și la rezolvarea căreia participă la un moment dat. În fundalul acestora s-ar plasa “durata istoriei biografice” care asigură identitatea de fond a sinelui. Apoi, prezentul, actualitatea persoanei, e inclusă în “actualitatea comunitară”, socio culturală, care e și ea structurată pe mai multe paliere, inclusiv calendaristice. În al treilea rând, temporalitatea evenimentelor trăite, a proiectelor și preocupărilor proprii, se articulează –cum deja s-a menționat indirect - cu temporalitatea specifică a narativității, ce se desfășoară însă într-un alt registru. Poate fi vorba de narațiuni ce se referă la propriile evenimente trăite, relatate de însuși subiect sau de alții; dar și de narațiunile evenimentelor la care el nu a participat. Narațiuni mai mult sau mai puțin fictive ale istoriilor, epeilor, romanelor etc. Deasupra acestora se plasează povestea mitico sacră a religiei în care omul crede; și care invocă un timp special, al originilor și al eternității.

Prezentul trăit a unui subiect se impune deci ca o “figură pe un fond”, inserat într-un larg fundal multinivelat accesibil al temporalității, care-i asigură o adâncime temporală și un spațiu de manevră pentru libertatea de opțiune.

În dispozițiile patologice ale depresiei și maniei, subiectul se aplatizează și se decontextualizează temporal formal, trăind în marginea prezentului, pe un ax excentric de temporalitate rigidă: a unui viitor deschis dar ce nu progresează; sau a a unui trecut imobil.

Distorsiunea temporalității psihismului persoanei pe care o evidențiază patologia dispozițiilor afective, se articulează de fapt strâns cu o disfuncție a spațialității, înțeleasă însă și aceasta în sens specific antropologic, ca ordine, direcții, distanțe, drumuri de relaționare ale subiectului cu alte persoane și instanțe umane. Perturbarea infrastructurii formale a spațio-temporalității antropologice specifice, a fost sesizată ca un aspect bazal al psihopatologiei de către fenomenologii de la începutul sec.XX – ca de exemplu Minkowski. A fost

deja semnalată interferența dintre tulburarea formală dispozițională și cea care duce spre mutația condiției identitare a subiectului în direcția unui personaj dintr-un scenariu delirant. Problematika formală a psihopatologiei ne trimite spre infrastructura psihismului uman, spre gramatica sau sintaxa și logica sa pe care condiția psihopatologică ni le dezvăluie. Patologia dispozițională este exemplară pentru destructurarea coordonatelor temporo spațiale ce asigură prezența firească a subiectului la situații. Există însă și un alt aspect temporal al acestei patologii care se exprimă prin ciclicitate.

Depresia și mania, ca tulburări dispoziționale, au fost caracterizate prin ciclicitate periodică. În varianta lor standard episoadele au un început, un moment culminant și un final; pentru a reveni ulterior. Kraepelin diferenția schizofrenia de boala bipolară tocmai pe baza acestei condiții evolutive. Dar ciclicitatea este și un fenomen temporal, fiind evidentă în biologie, de unde omul o și moștenește.

Individul biologic, pe parcursul desfășurării vieții sale între naștere și moarte, parcurge procesul de maturare, apoi de cuplare și reproducere, urmat de involuție. Viața vertebratelor superioare este ritmată de oscilații cosmice ale alternanței dintre zi și noapte – ce se manifestă psihic în veghe și somnul cu vise; Și de alternanța anotimpurilor; ultima, responsabilă de fazele de migrație, hibernare, rut, multiplicare, începutul creșterii puilor etc. Acest fundal se regăsește la om, la care intervin însă și alți parametri de ritmicitate. Dintre aceștia, de importanță majoră sunt, începând cu populațiile agricole, calendarul muncilor și sărbătorilor. Sărbătorile ce sunt la bază susținute de secvențele mitului sacral; dar care se multiplică apoi, cu diverse mnificații. Pe lângă sărbătorile cu o anumită dată în calendarul anual, sărbătoarea a punctat în ritmul săptămânal.

O altă sursă a ciclicității antropologice o constituie ritmul muncii și practicilor sociale. Dar, și cel al realizării propriilor proiecte, bazate pe o acțiune cu scop, a cărui act încheindu-se, definește “actualitatea” prezenței subiectului

în lumea sa umană. În perspectiva relațiilor interpersonale se derulează de asemenea cicluri de apropiere sufletească, atașament și conviețuire, urmate de moarte sau plecarea partenerului.

Ritualurile și ciclurile vieții personale se întretaies cu cele ale microgrupului socio-cultural, făcând ca în infrastructura existenței personale să pulseze în continuare o permanentă ciclicitate. Se poate considera că aceasta, conjugată cu fundalul ciclurilor bio-psiologice de tip cosmic moștenit de om, ar putea sta la baza tendinței periodicității tulburării bipolare.

VII

OBSESIA SI CHINUL LUCID AL TENTATIEI SPRE ACTIUNE

1. Patologia obsesiv compulsivă

Obsesionalitatea, spre deosebire de histerie, nu a avut o istorie medicală propriu zisă în antichitate; și nici în modernitate, până în a doua jumătate a sec.XIX. În perioada de după Renaștere atât protestantismul cât și catolicismul au început să pledeze pentru un examen de conștiință amănunțit, pe care credinciosul trebuia să și-l facă conștiincios zilnic. În această perioadă, Ignatio de Loyola, întemeietorul ordinului Iezuiților a polarizat posesiunea demoniacă în două clase ce au corespondente în psihopatologie. Posesiunea inconștientă, a celor ce erau zguduiți de crizele și manifestările hiperexpresive ale histeriei; și cea obsesivă - de la „obsidere” -a asedia – pe care o trăiau cei ce constatau lucid că diavolul le pervertește gândurile.

Delimitare iezuită, care decupează pentru prima dată modelul obsesiv compulsiv ca fapt remarcabil, îl reține însă în aria practicilor religioase, unde de fapt aceasta s-a și plămădit veacuri la rând, prin practicarea ritualurilor. Acum intervine însă, în plus, examenul scrupulos al conștiinței și spovedaniile, care prin repetitivitatea lor obsesivă au ajuns să-i îngrijoreze la un moment dat și pe confesori.

În medicina psihiatrică termenul de obsesie este introdus în 1866 de către Falret. Până atunci simptomatologia din acest domeniu a fost etichetată ca „manie fără delir”, „monomanie intelectuală” sau „nebunie lucidă”; iar apoi „delir emotiv” (Morel). Legrand du Saulle a vorbit despre „nebunie de conștiință” atunci când a descris (1875) „folie de doute” și „delir de toucher”. În 1895 Donath propune expresia „Anancasmus”. În Germania Grisinger descrie (1868) cazuistica de ruminății iar Westphal (1877) subliniază caracterul egodistonic al reprezentărilor obsesive (Zwangsvorstellungen). La începutul

sec.XX Janet (1903) include obsesiile și compulsiile în cadrul larg al psihasteniei. Ulterior Freud, dezvoltând doctrina psihanalitică a nevrozelor, comentează „mecanisme de apărare” distincte pentru nevroza obsesională, hysteria de conversie și cea de angoasă.

În DSM-5 expresia „obsesiv compulsiv” e utilizată în două locuri. Pe de o parte pentru a desemna un ansamblu de trăiri repetitive, involuntare și deranjante, subiective și motorii, care preocupă mult timp pacientul ce ar vrea să le supprime. Aceasta e clasa Tb. obsesiv compulsive (TOC) care, pe lângă un cadru nosologic central, include și alte tulburări „de spectru”. Pe de altă parte expresia „obsesiv compulsiv” apare în cadrul tulburărilor de personalitate pentru a desemna unul din tipuri : Tb. de personalitate obsesiv compulsivă (TPOC).

Tulburarea obsesiv compulsivă propriu zisă (TOC) e caracterizată în DSM-5 prin prezența obsesiilor și compulsiilor.

Obsesia se caracterizează prin: 1) recurența și persistența unor gânduri, pulsuni sau imagini ce sunt resimțite ca intruzive, nevountare și condiționează la cei mai mulți o pronunțată anxietate și disconfort; 2) Persoana tinde să ignore sau să supprime aceste gânduri, pulsuni sau imagini prin alte gânduri sau acțiuni (compulsii).

Compulsia constă din: 1) acte sau gânduri repetitive pe care subiectul simte că trebuie să le producă ca răspuns la obsesii sau conform unor reguli ce se aplică rigid; 2) ele tind să prevină sau să reducă anxietatea sau neplăcerea pe care unele evenimente sau situații o pot provoca; compulsiile nu sunt corelate realistic cu trăirile pe care ar vrea să le prevină sau sunt în mod clar excesive. Obsesiile și compulsiile sunt cel mai des asociate. La o treime din pacienții cu TOC sunt prezente ticuri.

Se specifică cum că o serie de persoane ce prezintă TOC pot avea credințe disfuncționale precum: un sens exagerat al responsabilității, tendința de a supraevalua amenințarea, perfecționism, intoleranță la

incertitudine, acordarea unei importanțe exagerate gândurilor și nevoie crescută de a-și controla gândurile. Mai poate fi prezent un sentiment de incompletitudine și stânjenală că „lucrurile nu sunt exact cum trebuie” („just right”). Deci, respectivele simptome OC se desfășoară pe un fundal personalistic aparte. Distanțarea față de simptome poate fi pronunțată, scăzută iar uneori chiar absentă.

Deși tematica obsesiv compulsivă e vastă se impun ca mai frecvente și importante câteva domenii: - intenții agresive față de alții și sine, încălcarea tabuurilor, urmate de verificări; - contaminare/spălare, curățenie; - simetrie/ordonare, numărare; - colecționarism. Simptomele TOC se însoțesc frecvent de anxietate, fobii situaționale, depresie.

În concluzie, pentru TOC e caracteristică repetitivitatea involuntară a unor trăiri intenționale fragmentate, fapt trăit ca neplăcut, cu multă luciditate.

Trăirile obsesiv compulsive sunt resimțite de subiect ca aparținându-i, ca fiind „ale sale”. Ele se diferențiază deci de cele din Sd. de transparență-influență în care subiectul resimte că „i se introduc în minte gânduri care nu sunt ale sale” și că „execută acte ale cărui autor nu se simte, care îi sunt impuse din afară, de către alții”; deci, că este dirijat și manipulat în intimitate. Dar, deși gândurile și actele îi aparțin, el nu se simte autorul lor voluntar, agentul care le inițiază și le determină. E perturbată deci nu atât funcția de „apartenență” („ownership”) la sine a trăirilor, cât și cea de generare.

Trăirile obsesive din psihopatologie au și echivalente în normalitate. Unul dintre acestea poate fi considerată „vocea conștiinței morale”. Mustrarea de conștiința constă din trăirea repetitivă, involuntară, în afara propriului control, a unui autoreproș chinuitor pentru un act făcut altora, care încalcă imperativele morale comunitare. Vocea conștiinței morale e resimțită ca venind din adâncimile propriei intimități psihice și nu din exterior. Adică din „forumul interior”, după o expresie metaforică ce face trimitere la spațiul public al

dezbatărilor și condamnărilor comunitare din antichitatea romană, similar agorei grecești. Iar sentimentul culpei indică faptul că un astfel de forum poate fi prezent în interioritatea structurii psihismului persoanei, alături și împreună cu imaginile persoanelor de atașament introjectate. Vocea conștiinței morale se impune ca un imperativ căruia subiectul nu i se poate sustrage, urmărindu-l oriunde s-ar deplasa în mediul fizic și social. Muștrarea de conștiință este neplăcută, condamnatoare, răscolitoare, menținând subiectul în tensiune și neliniște, frământare. Sentimentul de culpă e un punct comun între obsesionalitate și depresie, apropierea care rezultă de altfel din orientarea internalizată ce se manifestă în ambele, în direcția raportării la sine. Depresivul însă se lasă absorbit de trecut, pe când obsesivul tinde în permanență să acționeze cumva, astfel încât în cele din urmă nu se poate desprinde de prezent; dar trăirile obsesionale subliniază continuu această ancorare, astfel încât prezentul nu poate fi trăit plinar. La fel se întâmplă în trăirea culpei. Chinul interior al acesteia induce nu doar insomnie, neodihnă, ci uneori și nevoia de a se spăla („a se spăla de păcate”), și mai ales pe mâini, ca în cazul criminalei Lady Macbeth. Iar pentru a preveni astfel de vinovății și muștrări de cuget, nu trebuie să te implicii și să participi la acte criminale; ci să te desolidarizezi de ele, dacă ți se pretinde. Așa a făcut Pilat din Pont care a cerut să se spele pe mâini de vinovăția condamnării la moarte a lui Iisus.

Trăirile de tip obsesiv de tipul remușcării, pe care le induce un act vinovat, ca remușcarea – repetitive, involuntare, chinuitoare – sunt similare celor ce pot apărea după orice eveniment impresionant care afectează negativ subiectul, mai ales dacă acesta îi pune în pericol existența fizică și demnitatea. Varianta anormală a acestora e comentată în DSM-5 prin categoria **Tulburare de stres posttraumatic**, inclusă în clasa **Tb. induse de traume și stres**. Subiectul re trăiește involuntar scene ale întâmplării, care-i pot apărea ca amintiri reprezentative pregnante sau ca vise; și el evită tot ce are legătură cu, sau îi amintește de, psihotrauma suferită.

Tulburarea de stres posttraumatic

În DSM-5 există un capitol, plasat între clasa **Tb.obsesiv-compulsive** și cea a **Tb.disociative**, care se referă la **Tulburări corelate traumei și stresului**. Tulburarea centrală a acestuia se referă la starea de stres posttraumatic, ce e caracterizată prin:

- Prezența, imediat după expunerea la un stres major, a unor simptome intruzive recurente ca: - amintiri ale evenimentului sau a unor aspecte ale sale; - vise recurente neplăcute corelate acestuia; - stări disociative în care subiectul simte și se comportă ca și cum evenimentul ar fi reapărut; - neplăcere intensă față de stimuli ce reamintesc evenimentul sau îl simbolizează; - evitarea persistentă a situațiilor asociate cu evenimentul traumatic; - alterări ale cogniției sau dispoziției asociate cu evenimente; - alterări ale stării de vigilitate și reactivitate corelate cu evenimentul. Pot apare și trăiri de depersonalizare și derealizare.

Se au în vedere evenimente ce amenință viața, lezare corporală, violență, agresiune sexuală, afectând direct subiectul sau persoane ce-i sunt apropiate (prin expunere directă, nu prin expunere la imagini de televiziune, film etc.). Stresorii au un rol mai important dacă durează mai mult iar în eveniment sunt implicate mai multe persoane apropiate.

Reacția de stres posttraumatic, deși se corelează direct și nemijlocit cu stresori puternici, are la bază și factorii de vulnerabilitate individuală.

Modelul obsesiv, repetitiv, involuntar și chinuitor, se articulează în acest caz cu o conduită de evitare fobică. Simptomatologia din Tulburarea de stres posttraumatic indică și ea faptul că trăirea prezentului poate fi perturbată de invazia în el a propriului trecut, nemetabolizat psihic.

Trăiri obsesiv fobice anormale pot apare însă și în legătură cu evenimente proiectate în viitor. De exemplu dacă subiectul are de susținut un examen important și dificil, preocuparea privitoare la felul în care acesta se va derula în viitor și modul în care se va finaliza, poate căpăta de asemenea caracteristici repetitive, obsesive și de așteptare anxioasă. Iar teama exagerată de a nu eșua în față examinatorilor sau a publicului ce asistă, poate evolua până la formula unei anxietăți anticipatorii sau a **Tb. fobiei sociale**. În mod similar, cineva poate fi îngrijorat anxios-fobic de sănătatea copilului sau a soției, când apar mici indici de boală. Uneori, când acesta e plecat de acasă, poate trăi o îngrijorare obsesivă

pe tema faptului de a nu i se întâmpla ceva rău. El încearcă acum să se asigure, prin telefoane ce se repetă obsesiv că totul e în ordine, că nu s-a întâmplat nici o catastrofă. În toate aceste cazuri subiectul își reprezintă, ca pe o scenă, derularea unor evenimente care-l implică direct sau indirect; și care s-ar putea termina într-un anumit fel negativ. El nu are cum să influențeze acest scenariu din plan metareprezentational, trăind în tensiune o așteptare anxios-obsesivă, ce poate aluneca spre prevalență.

Orientarea în direcție prevalentă a trăirilor anxios obsesive se petrece frecvent și în cazul unor preocupări hipocondriace, în care subiectul resimte tensionat, în condițiile persistenței unor simptome minore, că el ar putea fi afectat de evoluția unei boli grave; un cancer de exemplu, pe care medicii îl ignoră. Fapt ce duce la nenumărate și obsesive consulturi, în diverse cabinete medicale. Eventualitate care e evidențiată în DSM-5 ca Tulburare a anxietății (fobiei) de boală. La fel se pot petrece lucrurile în cazul geloziei, care în DSM - 5 e plasată în spectrul Tb.obsesive. Dacă, în legătură cu orice temă, se instalează prevalența, interesul față de varietatea solicitărilor și problemelor actuale se reduce, subiectul ajungând să fie „absorbit” de ideea sa, pe care o supraevaluează.

Plasând astfel simptomatologia TOC ca o secvență într-un continuum al preocupărilor normale de tip anxios fobic și obsesia prevalentă, cu posibilitatea alunecării spre delir, se reia într-un fel problema pusă în discuție de Jaspers privitor la diferența dintre acest model și procesualitatea delirului primar. Patologic TOC scoate în relief faptul că nu e vorba doar de intensitatea unor trăiri ci de modificări ale cadrului formal în care ele se manifestă. Domeniile centrale ale obsesionalității patologice – contaminare, ordine, colecționarism, intenții agresive – exprimă o vulnerabilizare a structurilor psihice subjacente ce susțin delimitarea șisinelui încorporat; dublată de o tendință centrifugă, de împrăștiere și dezordine, împotriva căreia subiectul luptă din răputeri, prin autocontrol reflex. Totuși, menționatul continuum și tranziția

sapre delir se întâlnește în cazuistică ca fiind integrată în viziunea unui spectru maladiv ce gravitează în jurul TOC și se orientează în trei direcții. Una dintre acestea se întind între incertitudinea obsesivă și certitudinea delirantă. În clinică, cazuistica în această direcție e totuși rară, apărând la obsesii de intenție agresivă la care dispare critica (insight-ul). Obsesivul ajunge dificil în condiția de personaj deoarece tendința de împrăștiere centrifugată subminează autoreprezentarea subiectului ca personaj dintr-un scenariu fictiv.

Celelalte două direcții ale viziunii lui Hollander asupra spectrului maladiv se întind pe de o parte între autocontrolul egodiston compulsiv și mișcările involuntare neurologice. Ticurile sunt prezente la o treime din pacienții cu TOC iar comorbiditatea cu Boala ticurilor a lui Gilles de la Tourette e foarte mare. În aceasta ticurile sunt variate, de la clipit la tresăriri ale capului, grimase ale feței, ticuri verbale, coprolalie, palilalie, ecolalie. Se mai poate menționa faptul că ceremonialurile din TOC atunci când sunt complexe se pot apropia de comportamentul manierist și posturile din catatonie.

Atât tranziția în direcția mișcărilor involuntare cât și în cea a comportamentelor impulsive subliniază faptul că în patologia TOC dimensiunea psihică ce iese în relief este cea a orientării spre acțiunea realizatoare.

Obsesionalitatea apare astfel ca o secvență dintr-un continuum al preocupărilor, normale și patologice, de tip anxios, fobic, obsesiv, prevalent.

Obsesionalitatea, ca element central al menționatei secvențe, ne indică complexitatea circumscrierii prezentului trăit. Acesta nu doar că e susținut de fundalul trecutului mnestic fiind deschis spre posibilitatea viitorului, dar deseori e invadat și parazitat de trecut, de așteptările viitoare, de neplăcute autoreproșuri și problematizări, preocupări, pulsuni, ideație.

Cea de a doua direcție în care expresia „obsesiv compulsiv” e folosită se referă la tulburarea de personalitate

Tulburarea de personalitate obsesiv compulsivă (TPOC) e caracterizată în DSM-5 printr-o persistentă și exagerată preocupare față

de ordine, perfecționism și control, mental și interpersonal; și, cel puțin patru din itemii: - E dedicat excesiv muncii și productivității cu excluderea activităților de relaxare și prietenie; - Perfecționism care face dificilă atingerea obiectivului; - Scopul acțiunii este deseori pierdut din vedere datorită preocupării exagerate față de detalii, reguli, liste, ordine, organizare, scheme; - Scrupulozitate cu inflexibilitate în domeniul moralității, eticii, valorilor; - E reținut în a delega sarcini altora dacă aceștia nu se supun întru totul indicațiilor; - Zgârcenie (banii trebuie adunați pentru a se asigura de catastrofe viitoare), încăpățânat, rigid; - Nu se poate despărți de obiecte după ce le-a folosit, chiar dacă nu au valoare sentimentală (deoarece, poate că, cândva, vor fi utile);

Caracterizarea scoate în relief centrarea persoanelor cu TPOC pe direcția muncii, acțiunii și productivității, pe care o problematizează analitic, nereușind o abordare spontană, sintetică și eficientă, în cadrul unor colaborări firești. Atenția acordată infrastructurii acțiunii, a detaliilor, organizării și mai ales autocontrolului, se corelează cu perfecționismul și scrupulozitatea rigidă, făcând ca intenția realizatoare să se împotmolească. Dacă în cazul TOC subiectul ajunge să nu se mai simtă inițiatorul, generatorul, autorul (agentul) unor din gândurile și acțiunile sale anormale, în TPOC el eșuează în direcția implicării și ducerii la capăt a proiectelor de acțiune elaborate voluntar. Perceperea și realizarea armonică a configurației de ansamblu a acțiunii cu scop, e acum lipsită de coerența firească a unor bune sinteze. Persoana se învârte mereu în cerc în jurul preparativelor de acțiune și a controlului fragmentelor parcurse, neresimțind că a încheiat un lucru nici când el e dus de fapt până la capăt.

2. Obsesia și orizontul vinovăției

S-a menționat mai sus că obsesivul ca persoană, TPOC, se caracterizează prin scrupulozitate morală, impunându-și exigențe normative extreme, pe care le pretinde și altora. Pretenții nefirești, ce inevitabil nu pot fi realizate; ceea ce și

întreține o permanentă ruminăție mintală scrupuloasă (căci expresia romană de „scrupulum” derivă de la pietricica ce odată intrată în sandala soldatului îl roade în permanență). Pe de altă parte, una din principalele teme ale TOC este impulsul obsesiv agresiv de a leza pe alții neajutorați, persoane apropiate sau chiar pe sine; și de a încălca tabuurile. Obsesii care sunt însoțite de verificări compulsive ale faptului dacă actul aberant nu a avut cumva loc. Prin această atitudine agresivă, obsesivul se plasează la un pol opus față de pacientul paranoid, care are sentimentul sau convingerea că alții intenționează să-l agreseze; sau că deja acționează negativ împotriva sa. Obsesivul nu are sentimentul că alții vor să-i facă rău. Căci atunci când se simte amenințat dinspre exterior în joc sunt aspecte impersonale, ca murdăria sau microbii. În schimb resimte că el însuși ar putea să facă rău unor nevinovați.

Obsesiile agresive, sexuale și de încălcare a tabuurilor se plasează în centrul specificității simptomatologiei TOC, scoțând în relief marea dificultate de relaționare socială a acestor pacienți; și, relevând prin egodistonia lor reflexivă dimensiunea morală, constitutivă a psihismului conștient. Celelalte clase de obsesionalitate sunt corelate acțiunii realizatoare, ne mai implicând direct relațiile cu alții și cu transcendența.

Obsesiile agresive se manifestă ca intenții ideatice sau chiar ca pulsuni, cu referință mai ales la persoane slabe și neajutorate; sau la persoane apropiate afectiv: copii, bătrâni, oameni nenorociți, propria soție sau copil etc.; astfel încât sentimentul de culpă e maxim. Se adaugă uneori compulsii agresive, varietatea scenariilor ce se pot configura e mare: de la tentația situațională de a îmbrânci bătrâni pe stradă, la pulsunea de a utiliza împotriva altora (sau împotriva sa) obiecte ascuțite sau tăioase; (în acest ultim caz apare deseori conduita de a ascunde sau a elimina din casă astfel de obiecte). O situație mai complexă apare în cazul ideăției de a-și omorâ propriul copil; aceasta se poate desfășura în scenarii imaginative terifiante (e.g. își reprezintă cum acesta e tranșat și pus în frigider); urmate de măsuri complicate de precauție (îndepărtarea din casă a

copilului etc). Poate fi vorba și de acte agresive mai puțin personalizate, a înjura în public, a incendia, a distruge opere de artă, a sparge bibelouri și farfurii etc. Scenariile de luptă împotriva ideilor (pulsunilor, intențiilor, reprezentărilor scenice) agresive, se pot realiza cu variate strategii, între care și mimarea actului respectiv:(de ex. un bărbier care are impulsul de a tăia cu briciul gâtul clientului face câteva mișcări superficiale în acest sens; cineva cu ideea compulsivă de a se defenestra, poate mima câteva mișcări pe marginea ferestrei; un pacient ce resimte pulsiunea de a înjura în public își începe cu voce scăzută perorația pe care apoi o deviază în alte cuvinte).

Obsesiile sexuale se referă la incest, pedofilie, necrofilie, gerontofilie, perversiuni sadice etc. În biserică credinciosul o vede pe Sfânta Maria goală și resimte pulsiunea de a face sex anal cu Iisus. Monstruoziitatea ideății obsesive poate conduce subiectul spre ideea că aceasta e indusă de diavol, ajungând uneori la convingerea că autonomia agenției sale i-a fost înlocuită prin posesiunea demoniacă.

Culpa obișnuită este trăită și ea, așa cum deja s-a comentat, într-o modalitate obsesivă. Dar, pe când ea se referă la fapte deja făcute orizontul dispozițional fiind cel a unei depresii vionvate, teroarea celui cu TOC este ca nu cumva să facă în viitor actele reprobabile ce izvorăsc, egodiston, din sinea sa intimă. Deși e orientat la fel ca depresivul spre sine, el e mai degrabă tensionat. Obsesiile plasează persoana conștientă într-un mediu de neliniște anxioasă majoră și pe muchia unei dedublări lucide reflexive, pe cale de a scăpa de sub control. Obsesia ce constă dintr-o intenție de act agresivă, reprobabilă, este resimțită deci de subiect ca izvorând din sinea sa, ca un gând al său de care se desolidarizează, trăind un sentiment de dedublare care-l chinuie. Dedublarea e deci diferită de a celor cu stare disociativă identitară, de transă posesivă sau de depersonalizare. În stările disociative subiectul se lasă în voia instanței care-l domină. Pe când obsesivul se chinuie și se luptă cu intențiile sale, care deși îi aparțin, nu le consideră ca derivând din “agenția” sa. Căci odată cu obsesia în

Cazuistică

Obsesionalitatea în context psihotic cu ideație de posesiune demoniacă

O femeie de 26 ani începe să dezvolte episoade maniacale și depresive delirante, în tematica acestora intervenind ființe supranaturale. La una din recăderi are trăiri de tip obsesiv compulsiv de a-și omorâ mama și copilul, să-i tranșeze și să-i pună în frigider; se gândește că a devenit vampir, că astfel de gânduri sunt sigur trimise de diavol, de care e posedată. Trăiește o intensă anxietate, îi e teamă să doarmă deoarece gândurile vin de obicei noaptea și atunci s-ar putea să reziste diavolului. În alte episoade se simte în relație cu Dumnezeu „care-i controlează pe toți, dar în primul rând pe ea”. Uneori simte cum comunică cu satana; alteori, simte că a primit misiunea de la Dumnezeu de a salva lumea și a-l scoate pe satana din casa ei.

Un bărbat de 38 ani dezvoltă în decurs de 2 ani un tablou psihopatologic cu trăiri obsesive marginal delirante. Are impresia că s-a schimbat, căci nu se mai recunoaște în oglindă; dar și soția i se pare schimbată, deoarece nu-i mai acordă atenție. Oamenii de pe stradă se uită ciudat la el, îl comentează, îl consideră homosexual. În biserică îi apare obsesia compulsivă de a-l murdări pe Iisus cu materii fecale, de a face sex anal cu Iisus, de a-și agresiona copiii, de a-și ucide soția. Apare sentimentul că i se cunosc gândurile. Se consideră posedat de diavol și solicită preotului „să scoată diavolul din el”.

prim plan se plasează infrastructura acțiunii voluntare, a unui om ce se simte astfel constituit încât ar trebui să fie responsabil de gândurile și intențiile sale.

În clinica psihiatrică actuală, obsesionalitatea cu intenții agresive este în continuare prezentă în diverse forme și intensități. În marginea ei s-au făcut și interesante studii. Una din direcțiile de cercetare a fost aceea a tranziției, a continuumului spre normalitate, prin ideația intruzivă derivată din fluxul ideativ. Studii sistematice și atent efectuate asupra populației generale au evidențiat că idei agresive și de încălcare a tabuurilor - fragmentare, de slabă intensitate și tranzitorii - apar frecvent, mai ales la tineri. Ele sunt amestecate

însă cu o mare varietate de gânduri și asociații de idei, ce se manifestă spontan în derularea „cursului sau fluxului gândirii”. Acest fundal ideatic, la care de obicei nu suntem atenți, pulsează preconștient, ca o dimensiune spontană a memoriei circulante și a intenționalității, oferind informații și soluții multiple și variate pentru situațiile problematice cu care subiectul se confruntă. În normalitate subiectul selectează, predominant preconștient, printr-un filtru de ierarhizare similar cu cel atențional, doar anumite oferte, pe care le integrează în susținerea opțiunilor sale actuale. Iar celelalte oferte sunt îndepărtate automat. Dar, uneori, alături de ideile și intențiile pe care subiectul le selecționează preconștient, se manifestă în planul subiectiv de autopercepție și unele din cele neselectate sau respinse, ca „interferențe” ale gândirii. Astfel de elemente ideatice marginale, pot căpăta chiar o pregnanță nedorită, sub formă de „ideație intruzivă”, parazitând conștiința subiectivă.

Ideile obsesive de agresiune ar face parte din această periferie ideatică care, scăpată de filtrul primar, se izolează și se reliefează, fiind sesizate de către subiectul predispus spre introspecție. Pașii următori care susțin de fapt psihopatologia TOC, sunt cei care impun ideația intruzivă în poziția de obsesie, cuplată cu o compulsie care încearcă, aberant, să o îndepărteze. Iar apoi, o atitudine hiperreflexivă, amplifică patologic un astfel de gând. Deci, ideația obsesivă agresivă ar emerge dintr-un flux ideatic natural, care este însă defectuos filtrat; fiind apoi selecționată și amplificată de un subiect predispus spre autoanaliză ce acordă o importanță crescută ideației.

Cursul ideativ

Cursul sau fluxul ideativ, asupra căruia psihologii au atras atenția de la începutul sec.XX, constă într-un circuit de gânduri și imagini, ce pulsează și se schimbă continuu în fundalul conștiinței; și la care nu suntem de obicei atenți. Acesta se relevă doar în perioade de relaxare, când omul “se lasă furat de gânduri” sau intră într-o stare de reverie. Ideile care circulă la acest nivel constau în: amintiri biografice și culturale, reprezentări, opinii, evaluări, mirări, întrebări, soluții, dorințe, intenții, eventualități, regrete, satisfacții etc. Toate acestea apar printr-o generare spontană, pulsând aparent haotic și schimbându-se mereu, într-o permanentă circulație. Subiectul poate fi mai mult sau mai puțin atent la cursul său ideativ; dar îl folosește constant deoarece i se oferă astfel informații și soluții posibile variate, pentru problemele care-l preocupă și situațiile în care se află. De altfel, însăși poziționarea subiectului în raport cu o situație problematică, sau începutul unei elaborări intelective, orientează oferta cursului ideativ, pentru ca subiectul să poată selecționa și sintetiza din datele astfel oferite, conjugându-le cu informațiile exterioare actuale.

Uneori, când subiectul este preocupat de o temă, de rezolvarea unei probleme, gândurile sale pot interfera cu altele izvorâte tot din fluxul ideativ, care nu au legătură cu situația dată. Alături de astfel de interferențe, uneori subiectul poate resimți și o idee intruzivă, străină de preocupările sale, care-l perturbă; dar pe care în mare măsură o poate ignora. Se consideră că ideea de interferență și cea intruzivă ar reprezenta primele etape ale obsesiei.

Deși fluxul ideativ nu apare în urma unei intenții voluntare a subiectului, el nu e resimțit străin de aceasta. Totuși, e vorba de o instanță puțin aparte, ce se derulează parțial pe cont propriu, în fundalul dinamismului identității mnestic-biografice, care include și disponibilitățile pulsionale, dispoziționale și reactive ale persoanei, și de asemenea cunoștințele asimilate despre lume, normativitate valorică etc. Subiectul, trăindu-și prezentul în manieră intențională și reflexivă, face apel la oferta acestui fundal preconștient din care face parte și cursul ideativ; pe care-l sesizează mai ales când se orientează autoperceptiv spre zona subiectivității sale intime.

În psihopatologie subiectul poate resimți uneori că viteza ideatică ce se reduce (în depresie) până se ajunge la un “gol mental”; sau crește (în manie) în sensul “presiunii gândirii” (apare “fuga de idei”). Alt fenomen, al tulburărilor formale ale cursului gândirii este “mentismul”, ce constă din “izbucnirea bruscă și necontrolabilă a unui set de gânduri amestecate”. Tulburări ale cursului gândirii ideativ se întâlnesc în depersonalizare și sd. dezorganizării psihice.

Un alt aspect ce a prezentat interes pentru cercetare se referă la fenomenul „fuziunii gând/ acțiune”. S-a menționat deja observația că cei ce ajung să manifeste TOC au o serie de particularități și distorsiuni cognitive, între care este și atenția crescută acordată gândurilor și valorii lor de realitate.

Fenomenul fuziunii act /gândire constă în faptul că un pacient, atunci când se gândește la o eventualitate negativă, are impresia – și apoi convingerea - că prin actul său de gândire a influențat evenimentul respectiv să se producă efectiv; sau chiar că el l-a cauzat. De ex. dacă cineva e îngrijorat de faptul că soția sa, care e în călătorie cu trenul, să nu pățească ceva rău, ce poate ajunge să aibă sentimentul sau convingerea că însăși faptul de a se fi gândit la aceasta, a influențat producerea unui accident; și că respectivul accident deja s-a produs. Chiar dacă înțelege rațional că faptul e absurd, nu poate rezista nevoii de a verifica, în mod repetat, dacă un astfel de eveniment nu a avut totuși loc. Se vede clar că e vorba de o culpabilizare. Gândul anxios îngrijorat ca nu cumva să se întâmple ceva rău persoanei dragi, se transformă în contrariul său, într-o acțiune negativă, agresivă împotriva ei. Manifestarea obsesionalității în această direcție este amplă. Subiectul poate rumina obsesiv asupra faptului dacă nu cumva comportamentul său obișnuit a condus la o consecință ce a lezat pe alții. De exemplu mergând la munte, a atins o piatră ce s-a rostogolit producând o mică avalanșă; urmează obsesia: „dacă cumva avalanșă de pietre s-a amplificat lovind alți turiști ce urcau la munte și a omorât pe unul dintre ei!”. Pe această temă încep verificări, investigații obsesive ce nu pot fi oprite, nici prin evidența absurdității temei nici prin informațiile obținute. În aceste cazuri se produce o perturbare a procesului de raționament ce se manifestă și în delir, unde a fost etichetată ca ”salt la concluzie”. Apărând unele premise, se trece direct la una din concluziile posibile, fără parcurgerea etapelor intermediare în argumentare și probare; iar concluzia odată apărută, nu mai funcționează mecanismele care să o respingă, dacă nu are o justificare suficientă.

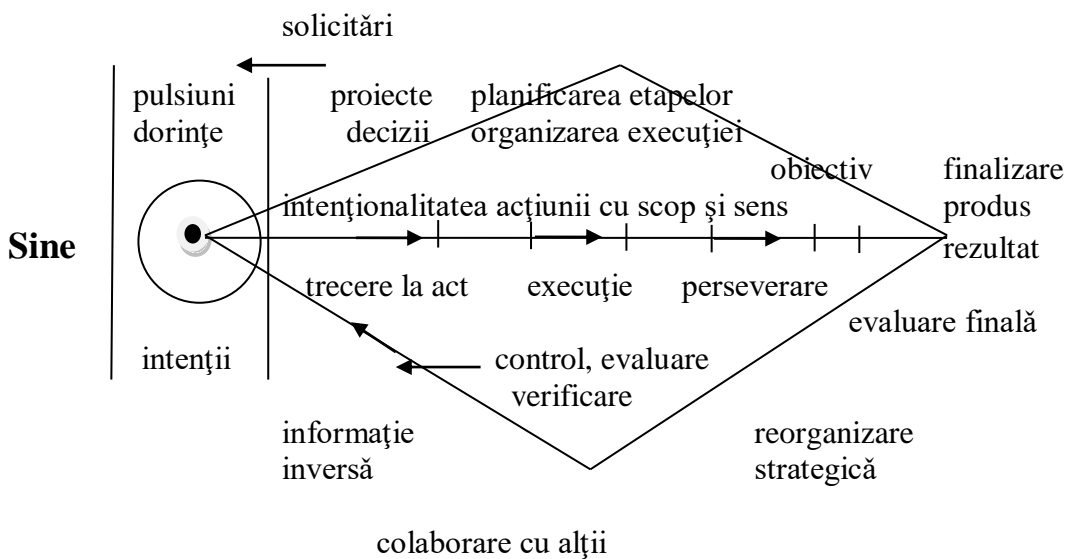
Observațiile sistematice asupra psihopatologiei obsesiv compulsive au indicat că în unele cazuri atitudinea critică, cea a evidenței că ideea este aberantă („insight-ul”) devine mai redusă sau chiar dispare. Ele sunt relativ rare și au o evidentă particularitate tematică, fiind flancate de atmosfera de dubiu și verificări a obsesionalității. Domeniul problematic e cel al culpabilității, dar resimțirea vinovăției nu are formularea tranșantă din stările depresive. Se mai cere menționat că, pornind de la amintita schemă de culpabilizare potențială a obsesivilor, unii psihopatologi (Slavenkis) au sugerat că toate manifestărilor verifcationiste din obsesionalitate s-ar datora unor trăiri anormale de culpabilizare. De exemplu, verificarea în casă a faptului ca toate ferestrele, robinetele, ușile, gazul, aparatele să fie închise, s-ar corela cu eventualele consecințe negative (pentru alții) ale neglijenței. O astfel de extindere a interpretării este însă greu de susținut; mai ales că există suficiente argumente de a interpreta verificările obsesivului prin deficiențe ale prelucrării informaționale.

Ceea ce însă se cere reținut din menționata distorsiune cognitivă, este tendința anormală de a opera pe eventualități de tip metareprezentational. Iar această trimitere spre eventualități, ne extrage de la raportarea situațională, mutându-ne în realitatea posibilului narativ. Dintr-o astfel de perspectivă fenomenul fuziunii gândirii cu actul nu întâmpină mari probleme, el fiind firesc în planul narativității. Gândind în acest fel, va deveni ceva mai de înțeles și simptomatologia „magică” ce însoțește ritualurile obsesive.

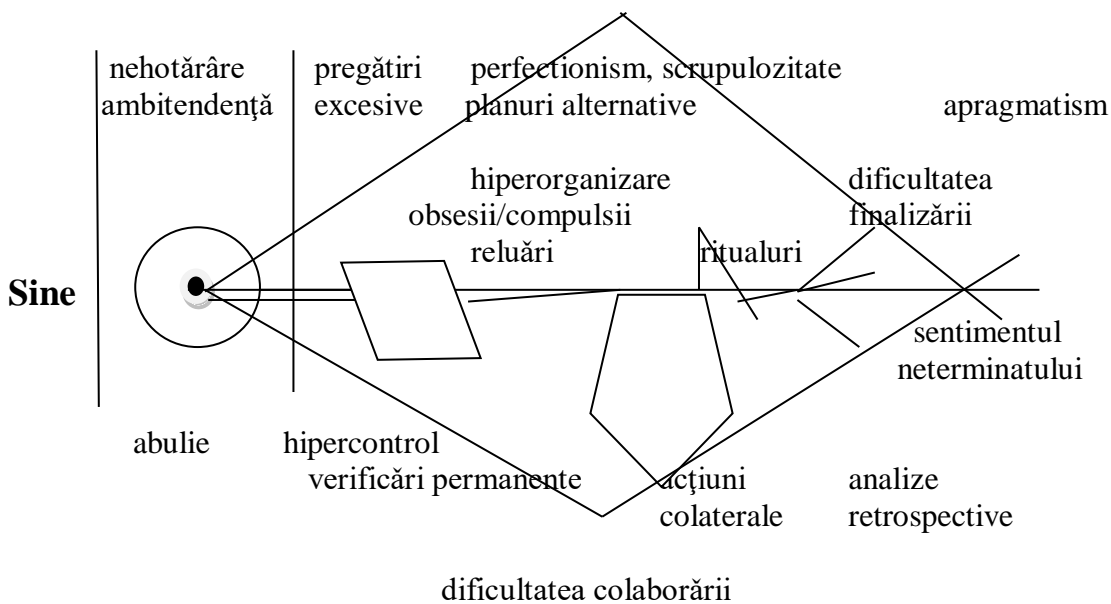
3. Obsesionalitate și acțiune pragmatică

Obsesiile agresive exprimă intenții aberante de acțiune asupra altora. Problematika acțiunii se întrețese însă strâns cu patologia obsesivă mai ales în planul tulburării de personalitate (TPOC). Aceasta e definită așa cum s-a menționat, prin atașamentul excesiv față de muncă și productivitate, prin preocupări exagerate cu organizarea, reguli, liste etc.; trăsături care o diferențiază de orice alt tip de tulburări ale personalității. S-ar putea chiar

Acțiunea voluntară bazată pe funcții executive



Particularități ale acțiunii la TP obsesiv compulsive



În ansamblu e perturbată coerența central a acțiunii sub coordonarea unei agenții. Procesul e similar cu cel al dezorganizării ideo-verbale ce se poate remarca în transmiterea unui mesaj conștient în circumstanțialitate, perseverență, manierisme, stereotipii, deraiere.

avansa ideea că tulburarea acțiunii voluntare ar reprezenta unul din specificitățile psihopatologiei obsesionale în genere. E vorba de felul în care se desfășoară comportamentul uman responsabil care e susținut de funcțiile neurocognitive executive. Comportament a cărei deliberare și implementare e supusă acum unui autocontrol reflexiv hipervigil. Ne plasăm astfel la un pol opus față de patologia disociativă în care subiectul trăiește pasiv, deseori în condiții de vigilitate redusă, hipnică, dirijarea sa comportamentală de către o alteritate.

Modul în care o persoană se manifestă prin acțiunile sale cu scop, prin comportamentul său deliberat și responsabil, este o importantă dimensiune caracteriologică, alături de modalitățile sale de relaționare interpersonală. Caracteriologia mai nouă, exprimată în doctrina celor Cinci Mari Factori, a evidențiat ca Unul dintre aceștia trăsătura „conștiinciozității”, care se exprimă prin: competență (eficiență), ordine (organizat), datorie (atent), tendința spre realizare (metodic), autodisciplină (nu e leneș), deliberare (nu e nehotărât). Un profil personologic în care trăsăturile specifice conștiinciozității domină (om organizat, metodic, planificat, eficient, responsabil, demn de încredere, pe care te poți baza, conștiincios) ar putea fi considerat ca un referențial normal pentru manifestarea deficitară a TPOC. Aceasta poate fi considerată deci ca exprimând în mod specific o perturbare a funcțiilor executive exprimate prin, factorul caracteriologic al conștiinciozității. Ceea ce lipsește în TPOC este o disponibilitate și trecere la acțiunea realizatoare într-o manieră spontană, cursivă, sintetică și eficientă, așa cum se realizează de ex. în marginea stărilor hipomane. În plus, în fundalul comportamentului perturbat a celor cu TPOC, stă însă o îndoială și o nesiguranță funciară, ce susține o permanentă nehotărâre și verificare. Ca un fel de compensare, se adaugă perfecționismul și scrupulozitatea.

Corelația dintre TPOC și perturbarea funcțiilor executive apare mai pregnant dacă se au în vedere cele două variante ale personalității obsesionale pe care psihopatologia germană le-a descris mai demult (Petrilowitsch). E vorba de anankast și psihasten, a căror caracterizare de tip ideal ar fi următoarea:

Anankastul este un muncitor ordonat și scrupulos 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, perfecționist. Eventuala nesiguranță e supracompensată prin referință la norme și reguli suprapersonale, pe care le adoptă și le urmează fără abatere. Relațiile cu alții sunt politicoase dar formale. Nu acceptă sugestii și nu poate colabora în acțiune. Se consideră omul datoriei, astfel încât face ceea ce i 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; și aceasta deoarece are sentimentul că nu a făcut totul perfect.

Psihastenul este o persoană ambivalentă care se hotărăște foarte greu; el deliberează mult, analizează diverse variante contrarii ale acțiunii proiectate, abordându-le pe toate fețele; argumentează și contraargumentează exagerat, începe un lucru și îl părăsește pentru alt proiect sau altă variantă; pentru ca apoi să revină la cele începute. Începe mai multe acțiuni în același timp trecând de la una la alta, pe unele părăsindu-le, temporar sau definitiv. Verifică tot timpul ceea ce face; manifestă o mare nesiguranță și îndoială în toate domeniile. Termină foarte dificil proiectele începute și nu consideră lucru încheiat deoarece are impresia că trebuie să mai verifice ceea ce a făcut. E dezordonat și împrăștiat în toate direcțiile vieții psihice și a existenței curente. E hiperreflexiv și analitic. Orice situație îi apare problematică și o analizează din diverse perspective (“despică firul în patru”). Sunt frecvente rumații pe teme abstracte. Poate asculta sugestiile altora, dar nu duce la bun sfârșit ce a promis că va face.

Cele două variante schematice ale psihopatologiei germane clasice, care se combină în profilul TPOC, ar putea fi recitate în prezent cu alți ochi, pornind de la cunoștințele obținute între timp. Și nu e vorba doar de psihopatologie. Se poate avea în vedere dezvoltarea la sfârșitul sec.XX a ciberneticii, a teoriei și logicii acțiunii, a metodologiei căutării informației în baze de date complexe (pe

care se bazează internetul); și, în general, ansamblul dezvoltării domeniului inteligențelor artificiale (I.A.), privit din perspectiva rezolvării de probleme. Psihologia cognitivă a apelat la acest nou trend științific și a dezvoltat modele de cercetare ce s-au dovedit fructuoase, în cercetarea experimentală și interpretarea fenomenologică a unor importante sindroame psihopatologice. Pentru tema obsesionalității apar ca mai importante studiile realizate în direcția funcțiilor cognitive executive.

În grupajul funcțiilor neurocognitive executive sunt menționate următoarele: - a reține atenția asupra scopului prin etape succesive; sau, altfel spus, a rezolva o problemă într-un mod organizat; a reține atenția asupra scopului concomitent cu flexibilitatea atenției spre noutatea contextuală; și cu recurgerea la memorie; a susține comportamentul printr-o continuă (“online”) atenție asupra desfășurării sale în context (feedback) care evaluează etapele parcurse; - a îndepărta impulsurile și tendințele comportamentale care deviază de la obiect; precum și a perturbărilor („zgomotelor”) ce apar pe parcurs; - a evalua finalizarea obiectului și consecințele sale. Funcțiile executive sunt organizate pe două nivele ierarhice. Primul se referă la scheme mai mult sau mai puțin standardizate, care pot fi declanșate și inhibate. Al doilea ar fi un nivel al supervizării intenționate care se desfășoară la nivel conștient și implică: planificare, decizie, atenție față de comportamente cu dificultăți tehnice față de împrejurări necunoscute și noi etc.; deci, un nivel al unui “centru executiv” de supervizare, care e corelat tot timpul cu obiectivul atins, în jurul căruia se desfășoară acțiunea. Faptul presupune menținerea atenției fixate asupra scopului și funcționare în permanență a unei “memorii de lucru”, cu menținerea informației feed back privitoare la progresia acțiunii spre obiectiv, constituind un “mediu” sau un “câmp” în mediul căruia acțiunea se desfășoară.

Dacă ne referim acum la TP obsesională, plasată la mijloc între tipurile ideale de anankast și psihasten, ea ar putea fi comentată în felul următor: subiectul, deși abordează amănunțit diverse aspecte ale acțiunii preconizate,

scapă mereu din vedere obiectivul principal pe care îl tot reia, repetitiv obsesiv, într-un efort sisific de a ajunge la final. Modul său deficitar de acțiune poate fi comparat cu perturbarea funcției “coerenței centrale perceptivă” din autism, care constă în dificultatea perceperii ansamblului unei figuri, cu un contur semnificativ detașat de pe un fundal accesibil, atenție crescută acordată detaliilor, stereotipii. În obsesionalitate e perturbată însă nu sinteza perceptivă spațială a unei figuri plasate într-un context, ci sinteza configurării în timp a ansamblului unei acțiuni cu scop, structurată prin etape ce se cer implementate succesiv.

Elementele proiectului de acțiune sunt de la început ordonate ierarhic, ca importanță și ca succesiune, ca părți ale unui întreg ce se cere realizat prin desfășurare. Dar TPOC reanalizează și reconfigurează fără încetare acest proiect. Deficitul de coerență constă acum în relaxarea sintezei realizării în timp a actului.

Spre deosebire deci de deficiența coerenței centrale perceptivă din autism care se referă în primul rând la percepția spațială a obiectelor din ambianță, la obsesiv – TPOC - asistăm la o deficiență a unei “coerențe centrale a acțiunii” care are în vedere ordonarea și ierarhizarea în timp a secvențelor, și implementarea lor armonică efectivă pentru atingerea scopului. În acest caz intervine o deficiență a funcției ce susține această legătură (și coerență) temporală, și anume a “memoriei de lucru” (adică a memoriei de foarte scurtă durată care permite să se țină minte obiectivul intențional până la finalizarea acestuia). Memoria de lucru este indicele unui “mediu”; mai precis a “câmpului” ce susține, și pe care se sprijină acțiunea. Deficiența mediului pe care-l reprezintă memoria de lucru face ca obsesivul să simtă în permanență nevoia de a verifica ceea ce a făcut – sau de analiza ceea ce e pe cale să facă – pentru a se asigura că se menține pe traiectoria intenției originale.

Verificaționismul exagerat întâlnit în patologia obsesivă, poate fi pus deci și pe seama unui deficit neurocognitiv al memoriei de lucru; și nu doar pe

“sentimentul responsabilității patologice” a subiectului ce se află mereu în pragul vinovăției, ce ar rezulta din acte – sau omisiuni – cu consecințe negative pentru alții.

4. Obsesionalitatea, relațiile de ordine și delimitarea persoanei

În afară de obsesiile compulsive agresive și de încălcare a tabuurilor, principalele clase simptomatice obsesiv/compulsive sunt cele ce se referă la contaminare/spălare (curățenie), simetrie/ordonare, (numărare), colecționare. Simptome ce nu mai au referințe semnificative la alte persoane. Dar se desfășoară în atmosfera specifică tulburării, cea de nesiguranță, îndoială, egodistonie, verificare, incompletitudine, centrare pe detalii, perfecționism.

Obsesia contaminării e un simptom cu totul caracteristic pentru TOC. Cel mai des subiectul are sentimentul că mâinile sale sunt agresate de “murdărie” și se spală repetitiv, interminabil (ablutomanie), uneori până ajunge la dermatoze. Începând cu sec.XIX simptomul e menționat ca fobie de microbi. Dar pot fi invocate diverse substanțe ce ating pielea: detergenți, lipici, praf, gândaci mici, vopsea, radiații, propriile secreții etc. E vorba de a resimți o agresiunea din partea unor entități (ființe, substanțe) neperceptibile, dar care prin atingere ar putea invada malefic interioritatea psihocorporală, având consecințe negative. Mâna este zona cel mai des invocată, aspect ce are o semnificație evoluționistă evidentă. E vorba nu doar de zona corporală cu cea mai importantă reprezentare în cortexul senzitiv (proporțional cu dimensiunile reale) ci și de faptul că prin manipulare realmente mâna ajunge cel mai des în contact cu ambianța, cu murdăriile ei; fiind utilizată în același timp în prepararea mâncărilor și în alimentarea propriu zisă. Prin manipulare mâna vine în contact cu nenumărate obiecte și suprafețe din zona comunitară, ce într-adevăr pot fi încărcate conform cunoștințelor științifice din ultimele două veacuri, de agenți potențial nocivi, prin utilizare multiplă: WC-uri publice, gări, piețe, telefoane, clanțe de ușă, bani etc. Astfel de zone pot fi evitate fobic sau abordate protejat (cu mănuși, tifoane sterile etc.). Iar după aventurarea în ele, spălarea poate fi amplificată. Dar

combinarea obsesiei compulsive de contaminare/spălare cu conduită fobică clasică, este limitată, Căci se adaugă și semnificația culturală a “spălării mâinilor” (abluțiunea), ce se instituie ca un ritual magico-sacral de purificare a păcatelor, prezent în multiple religii. Obsesia de contaminare/spălare se poate referi apoi și la alte părți ale corpului sau la întreaga zonă tegumentară, spălările repetate implicând întregul trup, lenjeria, hainele, cu efectuarea de curățenii repetate și amănunțite în casă.

Deși se vorbește frecvent de teama de microbi, nu e vorba de a avea fobie de vreo boală infecțioasă mai mult sau mai puțin determinată. Obsesia se referă, așa cum s-a mai precizat mai sus la frica de “ceva malefic” din exterior care invadează intimitatea interiorității psihocorporale a persoanei, transgresând limitele sinelui corporal. În rarele cazuri de “délire de touchér” subiectul se simte “contaminat” în urma simplei atingeri de către o altă persoană; sau chiar de către el însuși (fenomenul este simetric opus tendinței compulsive de a atinge obiecte și oameni ce se manifestă la autiști, uneori chiar și la obsesivi).

Fenomenologia simptomelor de contaminare/spălare relevă deci sentimentul de vulnerabilitate a limitei persoanei corporale, girată de schema corporală, prin care subiectul resimte că spațiul lumii se partajează în două: cel exterior în care se află obiectele, ființele, alții. Și cel interior, în care se află propriile organe; dar și propriul eu, trăirile intime, reprezentările, dorințele, intențiile, și în cele din urmă propriul sine intențional și reflexiv. Tegumentele realizează tranziția între cele două spații simbolice. În mod semnificativ, sensibilitatea specială acestei zone se exprimă și prin câteva tulburări deja menționate ale spectrului OC, cum ar fi tricotilomania, gratajul obsesiv, și chiar tulburarea dismorfic corporală.

Simptomatologia OC de simetrie/ordonare se referă la resimțirea disconfortului că obiectele din jur sunt asimetrice, că nu sunt bine aranjate (perfect, “așa cum trebuie”), la locul lor, urmată de compulsia de a le aranja, a le

ordona simetric, într-o anumită poziție. Nevoia de aranjare a ambianței se poate combina cu cea de a face în jur curățenie perfectă; găsindu-și finalul în condiția unui spațiu proxim (al locuinței) perfect ordonat, cu toate lucrurile plasate la locul lor, sterile și nemișcate, încremenite.

Tendința spre fixitatea imobilă a preajmei o regăsim la autist, care manifestă intoleranță la schimbare, dorind ca lucrurile din jur să se mențină în aceeași poziție (“seimnes”). Autistul dublează această tendință cu mișcări stereotipe și cu preocupările sale constructiviste; care nu sunt însă pregnante în TOC. În schimb, la obsesiv se manifestă un interes crescut față de sistematizare, clasificare, care depășește însă ambianța proximă. Analizând din perspectivă evoluționistă dezvoltarea psihismului copilului uman, Baron-Cohen a insistat asupra unui modül psihocerebral al sistematizării – în sens de punere în relație, într-o ordine ierarhică și formulabilă a entităților cu care subiectul are de a face. Acest modül s-ar întrețese în normalitate cu un modul complementar al “empatizării”, care ar conține pe cel al mentalizării (ToM). La autist ar exista un deficit al acestuia din urmă, cu un exces al sistematizării. Lăsând la o parte comentariile speculative lui Baron-Cohen, nu poate fi negat faptul că obsesia ordonării din TOC are unele similitudini cu comportamentul autist. Totuși diferența e evidentă.

Obsesivul operează într-o lume ambientă care nu e de fapt încremenită, fiind preocupat insistent de acțiune; deși, cu greu o poate realiza eficient. Pe de altă parte, simptomatologia din TOC are o importantă legătură cu ambianța imediată, cea care e în apropierea propriului corp; și care în mod obișnuit e locuința.

Faptul de a avea un bun control asupra ambianței imediate este unul adaptativ; căci doar astfel știi dacă poți întreprinde o acțiune eficientă, în care să nu ai surprize. De aceea anxiosul hipervigil, controlează în permanență, în tensiune, tot ceea ce îl înconjoară. Odată cu obsesionalitatea ne mutăm însă în alt plan, transsituațional, cel al condițiilor de posibilitate ale acțiunii în general.

Anxietatea se instalează cel mai frecvent departe de casa protectoare. Casa în care ne retragem mereu să locuim și înrădăcinarea în propria corporalitate, sunt însă puncte de plecare, condiții de posibilitate permanente ale raportării active la lume. De aceea, e normal și adaptativ să ne facem zilnic o toaletă intimă, să ne îmbrăcăm adecvat, camera și locuința să fie curate și ordonate iar în locuința proprie lucrurile să fie la locul lor; astfel încât să le găsim ușor de câte ori avem nevoie. Uneori controlul în aceste direcții poate fi exagerat sau ritualic, fără a fi propriu zis patologic. (Se povestește că Charles Dickens în fiecare dimineață făcea un tur al casei verificând dacă toate sunt bine așezate, inclusiv picturile și cărțile; pe masa sa de lucru cuțitul de tăiat hârtie și o anumită statueta trebuiau să se găsească întotdeauna în același loc; și abia apoi începea să scrie). Odată cu psihopatologia, stabilitatea și ordinea din jur, liniștitoare, care ne induc siguranță, începe să se clatine, făcând loc nesiguranței și posibilității de a fi invadați de lucruri malefice. Corpul și mâinile se cer spălate în mod repetat și chiar dezinfectate; iar lucrurile din jur se cer mereu supervizate, rearanjate, ordonate. E de presupus că această pulsione ordonatoare tinde să compenseze și o tendință centrifugă, de împrăștiere și dezordine, ce nu poate fi altfel controlată. Deoarece odată cu psihopatologia obsesionalității ne plasăm la baza raportării active a subiectului la lume, chiar și acțiunile banale ale vieții cotidiene pot intra în colimatorul obsesiv. Actele banale și firești ale vieții de zi cu zi, așa cum ar fi culcarea, scularea, toaleta intimă, îmbrăcarea, alimentarea, plecarea de acasă etc., se pot derula la unii obsesivi, cu dificultate, marcate de lentoare, fixare pe detalii, ritualizare, repetiții, numărătoare, parazitări de tip OC. Culcarea de seară poate deveni, pentru copil sau adult, un ritual ce trebuie să se deruleze într-o ordine fixă: ceașca de ceai să fie pusă într-un anumit loc, lenjeria de pat aranjată într-un anumit fel, un obiect preferat să fie pe noptieră, să i se citească dintr-o carte, să practice o rugăciune sau o numărătoare. Ritualurile liniștitoare de adormire, ce sunt frecvente la copii, pot aluneca și ele spre anormalitate. La fel stau lucrurile cu sculatul, toaleta de dimineață,

îmbrăcatul etc. Acestea se pot desfășura lent, cu mare atenție acordată fiecărui detaliu, din aproape în aproape, uneori prelungindu-se exasperant (de ex. spălatul pe dinți), concentrând atenția subiectului una sau două ore. La masă tacâmurile se cer puse într-o anumită poziție iar ordinea servirii alimentelor se pretinde a fi rigidă. Uneori o problemă deosebită devine plecarea de acasă, care este mereu amânată trenant, însoțită de ritualuri motorii și verbale, cu tentative și întoarceri.

Și mai deosebite sunt ritualurile/ceremonialuri ce pot apare în interiorul casei, în relație cu acte banale, cum ar fi trecerea pragului dintr-o camera în alta sau efectuarea unui apel telefonic. Pot apare repetiții ale pașilor, dus și înapoi, de un număr fix de ori, mișcări în cerc într-un sens sau altul, alte mișcări mai mult sau mai puțin complexe ale mâinilor și picioarelor însoțite de sunete, pronunțarea unor formule verbale, numărare etc.; iar după îndeplinirea ritualului de un anumit număr de ori, pragul poate fi trecut. Comportamentul a fost comparat cu ritualurile magice care se practică pentru evitarea unei nenorociri sau pentru asigurare. De ex. în mod frecvent unii oameni își fac cruce înainte de a trece strada sau de a întreprinde o acțiune riscantă.

Raportarea omului la transcendență – care a devenit definitorie pentru homo sapiens după revoluția sa cognitiv din urmă cu 70.000 ani - s-a realizat constant printr-un comportament comunitar ritualic, desfășurat în marginea recitării evocatoare a narațiunilor mitice, prin care se tenta accesul la forța ființelor transcendente. Apelul la transcendență ca ființă, diferențiază ritualurile și ceremonialurile culturale de cele ce se desfășoară în biologie, mai ales în perioada de rut, predominant în competiția pentru ierarhia în grup și preeminența în cuplajul sexual.

Mixtarea patologiei OC cu aritmetica reprezintă un aspect particular, unic în psihopatologie. De fapt, în această tulburare e implicată infrastructura matematică a realității în ansamblul ei, de vreme ce tendința spre simetrie se referă la geometrizare. Lucrurile se complică prin faptul că numărarea se

încarcă cu valori magice, unele numere devenind faste iar altele nefaste. Aspectul ciudat al implicării matematice în patologia TOC ne face să ne gândim că, în infrastructura acțiunii umane – și a realității în general – matematicul reprezintă un strat constitutiv; care, acum apare în prim plan.

O ultimă arie simptomatică importantă în TOC se referă la colecționarism. În DSM-5 acest comportament e plasat distinct de TOC propriu zise, dar în aceeași clasă, ca tulburare de spectru. Colecționarismul constă în activitatea anormală de a aduna și depozita în propria locuință lucruri inutile; comportament ce perturbă existența normală a subiectului și a celor apropiați. Lucrurile colecționate sunt deseori obiecte adunate de pe stradă sau din gunoaie, care nu au valoare nici pragmatică, nici estetică sau afectivă. În cazul colecționarismului patologic obsesia și compulsia fuzionează. El se desfășoară însă, de asemenea, în spațiul “pielii lărgite” a locuinței proprii.

Colecționarismul patologic nu poate fi însă cu totul desprins de cel normal. Acesta, deși este larg răspândit în populație, reprezintă de obicei un comportament aparte, care se înscrie în prezent în capitolul hobby-urilor. Se pot colecționa opera de artă, cărți rare, lingurițe, timbre, cutii de chibrituri, scrisori, șervețele de hârtie etc. Colecționarii pasionați se organizează de obicei în asociații și își compară colecțiile. Există însă și colecționari izolați, preocuparea înscriindu-se printre trăsăturile caracteriale ce se referă la gestionarea bunurilor, a posesiunilor, a averii. În această direcție caracteristica zgârceniei, proprie și TPOC, a fost comentată negativ din antichitate. Problema ce interesează la acest nivel este că, colecțiile, la fel ca întreaga avere, se cer administrate. Și deci, sistematizate, ordonate ierarhic, clasificate. Ordonarea ierarhică clasificatorie este o funcție și o activitate importantă la nivel cultural. Doar printr-un astfel de proces e posibil să se constituie și să funcționeze sistemul legilor și a actelor normative, cunoștințele adunate în biblioteci și chiar clasificarea bolilor. Funcționarii și contabilii absorb o bună parte din persoanele cu tendințe obsesionale. Dar funcția de organizare și sistematizare e și o dimensiune a

Ritualurile obsesiv compulsive

În patologia obsesională sunt etichetate ca ritualuri mișcări relativ complexe pe care subiectul le execută compulsiv, repetitiv, de obicei înainte de efectuarea unui act banal: trecerea unui prag sau pe lângă un anumit loc din ambianța. Subiectul se simte constrâns să execute ritualul, care se poate combina cu numărătoarea sau un calcul compulsiv, cu sentimentul anxios că dacă nu îl face s-ar putea întâmpla ceva rău. Complexitatea compulsiei și împrejurările în care ea se desfășoară a făcut ca unele din astfel de comportamente să fie denumite ceremonialuri; de ex. în corelație cu igiena intimă matinală și îmbrăcatul, cu plecarea de acasă etc. Deși manifestarea e predominant motorie, ea nu se apropie de mișcările involuntare neurologice, așa cum sunt de ex. ticurile sau cele coreiforme, care nu au menționatul corelat “magic”. Fenomenul are caracteristici stereotipe, repetându-se identic; și face parte, din simptomatologia ce corelează TOC de catatonie, sindrom în care se întâlnesc și posturi sau manifestări “manieriste”.

Denumirea dată de psihopatologi acestor simptome e semnificativă. Într-adevăr, între manifestările umane, întâlnim în practica sacră comportamente ritualice repetitive, în cadrul ceremonialurilor religioase. Ele sunt legate însă de reactualizarea unor scene mitice și se desfășoară spectacular, în reuniunile comunității, fiind dirijate de reprezentanții cultului, cu participarea credincioșilor. Ar fi de reținut, pe lângă ordinea fixă a derulării secvențelor și repetarea unor secvențe de un număr fix de ori, în conformitate cu o doctrină numerologică (de ex. 3, 7, 10, 12 ori). Semnificația comportamentului ritualic este explicit aceea de a îndupleca instanța supranaturală a zeului, pentru a proteja în continuare comunitatea. Ritualul sacru se desfășoară de obicei la date fixe, cu întreruperea acțiunilor pragmatice (muncă, război etc.), dar în corelație cu acestea. Deoarece convingerea comunitară este că derularea practicilor curente nu poate fi eficientă fără sprijinul transcendenței, astfel obținut. Fixitatea ritualului sacral se articulează cu imobilitatea și transtemporalitatea eternă a transcendenței.

Credincioșii preiau și exercită în practica lor privată modelul ritualului (magico) sacral, prin rugăciuni și invocarea circumstanțială a atotputernicei transcendențe. Invocare ce pretinde, întotdeauna, rigiditatea unor forme comportamentale fixe.

Ritualurile obsesiv compulsive, chiar dacă pot face trimitere și la comportamentele ritualice din biologie, reflectă inevitabil și schema ritualurilor magico sacrale suprapersonale, comunitare. După cum ablutomania include, incontestabil, și semnificația “spălării pe mâini” ca act de deculpabilizare magică. Comportamentul ritualic cultural e desigur imersat în uriașul fond de comportamente instinctive și învățate, automatizate, ce ajunge să dimensioneze persoana, a cărui istorie biografică se petrece în mijlocul unei socio-culturi. Un domeniu aparte al cercetărilor de psihopatologie se poate referi și la această componentă motorie a patologiei TOC, care pe lângă compulsiile se extinde comorbid în aria ticurilor de diverse complexități; precum și a ritualurilor și ceremonialurilor magice, care par a se prelungi în posturile și manierismele catatone.

cogniției psihismului individual. Intervine la acest nivel din noua acea funcție de sistematizare pe care Baron-Cohen o considera un modul psihoantropologic fundamental, polarizat și conjugat cu modulul empatiei. Importanța acestei funcții rezultă din aceea că ea operează pe relațiile de ordine. Iar în patologia OC unul din aspectele centrale ale perturbării psihismului vizează tocmai problematica ordinii; atât în sens spațial (simetrie/ordonare) cât și în sens temporal (ordinea secvențelor de realizare ale unei acțiuni). Dacă nu uităm că Leibnitz a propus o analogie de principiu între relațiile de ordine și cele ale temporo spațialității (timpul ar reprezenta ordinea succesiunii iar spațiul cea a concomitenței fenomenelor), iar Kant a sugerat originarea matematicilor la nivelul tranziției dintre estetica temporo spațialității și categorii, înțelegem că perturbarea relațiilor de ordine din obsesionalitate ne trimite spre aspecte fundamentale ale constituției și infrastructurii psihismului uman.

Ca un rezumat al acestui paragraf am putea remarca faptul că simptomatologia TOC relevă o problematizare a limitelor psihismului persoanei cu repliere pe sine. Contaminarea ne trimite la înrădăcinarea psihismului conștient în trup, la fragilizarea limitelor resimțite ale sinelui corporal, girat de schema corporală. O altă delimitare o simbolizează spațiul intim al locuirii, asupra căruia se precipită pacientul cu TOC atunci când ordonează întreaga ambianță din casă; astfel încât totul să stea exact la locul său, într-o ordine și curățenie perfect controlabilă. Iar părăsirea locuinței e frecvent marcată de interminabile ritualuri absurde, care-l țin pe loc. Tot în locuință se depozitează colecțiile (absurde)ale obsesivului; deși, sistematizarea lor ne poate trimite departe, spre întreaga avere a zgârcitului anankast. După cum nu putem ignora cu această ocazie că omul obișnuit se delimitează și prin actele sale realizatoare, prin produsele și operele sale. Domeniu pe care cel cu TOC îl problematizează și în care eșuează, insistând interminabil asupra deciziei de început, detaliilor de pe parcurs și incertitudinii finalului. În sfârșit, se cere subliniat faptul că

obsesivul nu se poate delimita, la fel ca omul obișnuit, prin suma relaționărilor sale de atașament și de intimitate; deoarece această relație e, la el, fundamental blocată. Anankastul tinde să-l țină mereu pe “celălalt” la distanță, tratându-l ca pe orice persoană oficială. El preferă să nu apară în fața celorlalți să nu atragă atenția, să stea mereu în umbră, motiv pentru care se îmbracă în culori cenușii; și aceasta fără a manifesta indicii ai unei anxietăți sociale. În raport cu manifestările din spectrul tradiționalei hysterii, unde întâlnim oameni ce se îmbracă colorat dându-se foarte ușor în spectacol, ne plasăm acum, odată cu obsesionalitatea, la un pol diametral opus, în direcția introversiunii, a manifestărilor internalizate.

5. Îndoiala, autocontrolul exagerat și specificul antropologic al patologiei obsesionale

În caracterizarea din DSM-5 a TOC și TPOC nu e menționată expres și explicit nesiguranța și îndoiala, care se corelează cu nehotărârea, ambivalența și incertitudinea ce îl invadează mereu pe obsesiv. Aceste caracteristici au fost sesizate însă constant de clinicieni și cercetători ca expresie a autocontrolului exagerat, raportat la sine. Așa cum s-a menționat, Schneider etichetează personalitatea psihopată obsesională ca “nesigură de sine” (Selbstunsichere). Iar în modelul dimensional a lui Hollander una din axele spectrului OC se întinde între incertitudinea obsesivă și certitudinea convingerilor delirante. Tendința exagerată spre controlul situațiilor, și autocontrol al acțiunii în general, are la bază trăiri ce gravitează în jurul nesiguranței. Obsesivul tinde mereu să țină totul sub control dar și să problematizeze situațiile și propria condiție. El e lipsit de spontaneitate, se are mereu în vedere pe sine în nesiguranță, se autoanalizează perpetuu. Și la fel, analizează orice situație, orice problemă, orice idee, ajungând uneori la ruminății sterile abulice.

Psihismul uman e caracterizat, pentru noi cei de azi, prin reflexivitatea conștiinței subiective. În perspectivă istorică însă conștiința, deși e o dimensiune

antropologică constitutivă, ajunge în prim plan doar în Europa de după Renaștere, odată cu Reforma lui Luther și Calvin. Care, îndemna oamenii să-l caute pe Dumnezeu în străfundurile sufletului lor, în intimitatea subiectivă pe care o anunța Augustin. Recrudescența meditației filosofice în această perioadă a Renașterii, aduce în atenție și finalul antic al acesteia, realizat prin stoicism și scepticism. Stoicismul, fusese absorbit însă în mare măsură de dogmatica creștină. Cât despre provocarea sceptică a îndoielii metodice, care analizează imposibilitatea stabilirii unui criteriu ferm pentru adevăr și morală, ea re apare acum prin noul orizont pe care-l deschide reflexia lui Descartes. Aceasta pleacă tocmai de la îndoială; pe care o invocă ca act fundamental al cogitației subiectiv-reflexive, ce ne conduce spre temeiul dorit. Formularea sa este: “Dubito ergo cogito; cogito ergo sum”. Îndoiala sceptică nu e deci ocolită, ci abordată frontal și integrată în condiția sa de posibilitate cogitantă (apriorică) care-i asigură temeiul.

Mersul ulterior al gândirii europene, deși a invocat constant subiectivitatea conștiinței reflexive, a acordat o importanță periferică îndoielii pe care Descartes a știut să o depășească, integrând-o. Romantismul, exacerbând subiectivitatea, a polarizat-o spre creativitate. Omul european a pariat apoi pe optimismul evoluționist, propunându-și, – împreună cu Hegel – să trăiască într-o lume cât mai mult elaborată de el; și să își autodetermine devenirea. Subiectul individual s-a integrat în instanțe supraindividuale tot mai ample: în practici instituționalizate, în societatea civilă, în revoluții, în istorie, în relaționarea globalizării mondiale pe care o susține explozia mijloacelor mass media actuale. Dar infrastructura psihismului său a menținut disponibilitatea pentru îndoială și autoanaliză subiectivă, prin care începutul modernității a configurat dimensiunea conștiinței. Astfel încât, studiind deficitale psihopatologice, în sec.XIX psihiatrul francez Legrand du Seulle a putut descrie o “nebunie a îndoielii” (folie de doute).

La începutul sec.XX Janet, invocând și dezvoltând un model fizic, sugera că *tensiunea* realizatoare a comportamentului uman se poate uneori prăbuși; iar această “cădere” a tensiunii câmpului psihic, ar duce la psihastenie; tulburare a comportamentului care se manifestă prin îndoială, obsesii, fobii, ruminății și depersonalizare. Sentimentul de incompletitudine al depersonalizării afectează, susținea Janet, “simțul realului”, inducând trăirea derealizării. Adică, incapacitatea subiectului de a se simți familiar și atașat față de situația prezentă, acum și aici. Ceea ce sesiza pe atunci psihopatologul francez, era faptul că o stare de minus psihologic, destramă acțiunea umană sub semnul îndoielilor, a hiperreflexiei obsesionale și a depersonalizării.

Psihastenia lui Janet, centrată pe astenie, îndoială și obsesii, era un cadru nosologic larg, care s-a menținut totuși o bună bucată de timp în psihopatologia clinică a sec.XX. Treptat însă mare parte din problematica anxios fobică s-a coagulat într-o clasă nosologică aparte, în care fobiile se refereau la situații exterioare identificabile ce permiteau evitare și asigurare. Patologia “nevrozei obsesive” – cea care e în prezent circumscrisă în categoria TOC din DSM-5 – deși s-a menținut în zona anxietății, a pretins un statut special. Căci ea aduce în scenă frici speciale: față de sine însuși (de ceea ce însăși subiectul ar putea face) și față de entități neperceptibile, greu de identificat și plasat printre evenimentele lumii înconjurătoare (microbi); combinându-se în același timp cu acțiuni, compulsii și ritualuri (deseori magice), pe care le execută fără voia sa. În plus, dispoziția de fond deși e frecvent anxioasă și depresivă, are frecvent și caracteristici astenice și de indiferență.

În prezent simptomatologia TOC și TPOC sunt acceptate ca având un contur și o plasare psihopatologică specifică. Iar această specificitate – care în perspectiva comportamentalistă a DSM-5 face referință la repetitivitatea unor manifestări involuntare – se agregă în jurul confruntării tensionate a subiectului cu sine. A dezacordului cu un sine pe care subiectul tinde exagerat să-l controleze; dar nu reușește suficient. Sine ce pare a se dedubla printr-o instanță

transsubiectivă, ce tinde să se manifeste chiar fără propria sa voință. Și cu care de obicei se luptă. Lipsa de unitate a sinelui obsesivului face ca el să nu se poată metamorfoza cu ușurință în personaj al unor scenarii relaționale complexe. Motiv pentru care intersecția sa cu patologia delirantă, deși existentă, este minoră. Obsesiile și compulsiile sunt resimțite egodiston. Deși vin din interiorul propriului psihism, subiectul se desolidarizează de ele, nu le resimte ca fiind ale sale, și ar dori să scape de ele. Nesimțindu-se cu adevărat stăpân pe întregul său psihism, obsesivul manifestă o preocupare exagerată față de control. Control al situațiilor și autocontrol. Fără a putea însă stăpâni propria nesiguranță și îndoială. El nu se poate baza pe soluția lui Descartes, deoarece, atunci când se îndreaptă spre propria-i gândire, găsește în ea doar un izvor de incertitudini și întrebări. Alături de obsesii și de compulsiile, de îndoieli, subiectul poate trăi ruminări interminabile, care constau în întrebări abstracte și insolubile, pe care însă nu poate să nu și le pună: cum și de ce apare viața? unde eram înainte de a ne naște? există oare Dumnezeu? (O veche anecdotă povestește că J.J.Rousseau frământat de o astfel de întrebare obsesivă, o soluționa practic prin argumentul: dacă nimeresc cu o piatră într-un copac înseamnă că Dumnezeu există; și luând o pietricică se apropia de trunchiul unui copac gros pe care-l nimerea). Autocontrolul și nesiguranța exagerată se manifestă la obsesivi și în domeniul acțiunii pragmatice, exprimându-se prin indecizie, verificări și senzație a neterminatului. Dedublarea pe care o trăiește obsesivul, însoțită de tendința spre împrăștiere dezordonată (pe care încearcă să o controleze prin compulsia ordonării) apar ca indici ai unui început de dezorganizare a sinelui. Adăugându-se dificultatea relaționării interpersonale, a atașamentului și problematizarea delimitării sinelui, patologia obsesiv compulsivă poate fi considerată începutul de drum a unor tulburări formale ale psihismului, bazate pe o depersonalizare detașată și rece afectiv a cărei variantă mai pronunțată se întâlnește în dezorganizarea autistă din schizofrenie.

Dedublarea pe care o resimte obsesivul este diferită de cea pe care o trăiesc cei care, pe urmele patologiei relaționale a hysteriei, suferă de Tb. dissociative. Detașarea acestora față de ambianță e din clasa fenomenelor hipnice. La ei nu se manifestă, la fel ca la obsesivul hipervigil, o egodistonie lucidă, reflexivă, analitică și chinuitoare, centrată pe elaborarea acțiunii. Pe vremea lui Charcot chiar se sublinia faptul că hystericii par a fi ciudat de nepreocupați de gravele tulburări corporale ce le prezentau – paralizii, anestezii, tulburări de vedere, surditate – manifestând ceea ce s-a numit “la belle indifference”. Ei nu doar că nu se luptă cu simptomele lor morbide, solicitând sprijinul altora, dar lasă impresia că se predau complet în mâinile acestora.

Polarizarea dintre fenomenologia tulburărilor dissociative și cea a obsesionalității, pe lângă faptul că relevă aspecte diferite ale infrastructurii psihismului omenesc, indică și o metamorfoză istorică a manifestării acestuia. Și anume, dinspre aspectul spectacular a ceea ce poate fi constatat de orice om aflat în apropiere, în direcția autoanalizei reflexive subiective a propriilor intenții de acțiune și a proiectelor de organizare, ce se petrece în solitudine.

Spiritualitatea umană a dezvoltat o direcție de autoanaliză metodică a subiectivității încă de pe vremea în care indienii au început să practice yoga, exploatând această cale de cufundare în sine pentru atingerea unei speciale trăiri transcendentalo-trancendente. Dar respectiva orientare, desăvârșită prin budism își refuza din principiu acțiunea și cultivarea sinelui. Noua descoperire a sinelui și subiectivității pe care modernitatea o realizează după Renaștere, se conjugă însă cu un excepțional avânt productiv. Din această situație, conjugată cu ideologia personalismului și sinelui cultivată de creștinism, s-a instituit și condiția de posibilitate a conflictului cu sine și a dedublării egosintone obsesive, ce se desfășoară sub cercul unui hiperautocontrol vigیل.

Manifestările hystericice care impresionează și atrag compătimirea, necesită prezența nemijlocită a celorlalți. Prezentul evenimential este acum acutizat, exterior, spectaculos. Obsesiile, în calitatea lor de trăiri reflexive, se

manifestă ore în șir, repetitiv, în singurătate, dedublând prezenta la situația actuală prin trăiri din alte zone, împiedecând subiectul să acceadă la un prezent plenar. Iar compulsiile de contracarare se derulează parțial în plan mental; și chiar dacă se exprimă motor subiectul tinde să le facă cât mai puțin manifeste pentru alții. Pacientul cu TOC se rușinează de simptomele sale și amână timp îndelungat prezentarea la terapeut. E un chin al vieții interioare, pe care cultura modernității l-a cultivat și l-a adus în prim plan. Chin al unui om ce nu-și poate constitui, prin acțiune, un prezent firesc, la care aspiră mereu.

Societatea postmodernă a ultimelor decenii a devalorizat spectaculozitatea manifestărilor de suferință hysterică; astfel încât, deși patologia de acest tip s-a menținut parțial, termenul de hystericie a dispărut. Dar noul model de viață comunitară mediat de rețelele de comunicare electronice, modifică și exigențele decizionale. Și apoi, cultul vieții interioare, a meditațiilor și reflexiilor în solitudine pe care modernitatea l-a întreținut, s-a schimbat și el, în direcția unei integrări comunitare multistratificate, care deseori nu se consumă direct, ci pe rețele electronice. Totuși, atât patologia ce a stat sub eticheta hystericiei cât și cea din aria obsesiv compulsivă continuă să fie prezente și în zilele noastre, provocându-ne să medităm asupra specificului psihismului omenesc.

Dar și asupra mecanismelor ce condiționează și întrețin de-a lungul istoriei, manifestările psihopatologice în general.

VIII

DELIRUL SAU METAMORFOZA SUBIECTULUI IN PERSONAJ ABERANT

1. Delirul într-o definiție avant la letre

În atmosfera de efervescentă spirituală a Renașterii, nebunia a fost magistral comentată de gânditori și oamenii de litere. Erasmus, în al său *Laudo Stultitia* dă cuvântul acestei nebunii, sub înfățișarea unui bufon al vremii, cu scufie și oglindă, pentru a anunța noua tonalitate a înțelepciunii. O întreagă Antologie întâlnim apoi în opera lui Shakespeare. Hamlet caută să descifreze un mister, să afle un răspuns limpede la o întrebare, la întrebări. E oare nebun? Face el oare pe nebunul? Ofelia iubește și nu mai înțelege nimic. Ea înnebunește și se sinucide. Regele Lear e zdrobit de pătimire, de suferință patetică pe care i-o determină necredința celor două fiice ale sale; și înnebunește. El strigă succesiv: „Nu mă lăsați să înnebunesc, o zei. Țineți-mă, nu vreau să înnebunesc”....”Da, inima mi-aș sparge-o-n-mii de cioburi, decât să plâng... Nebune, înnebunesc””.....și....”mă tem că mintea-n cepe să mă lase”...pentru ca apoi să-și piardă într-adevăr mințile. Hai să spunem „într-adevăr”, căci un fel de rațiune, de logică secundă este tot timpul prezentă în ceea ce face și spune. Cum de altfel el, Regele Lear, este tot timpul însoțit de un „nebun de meserie” – adică de bufon – și de un „pseudo – nebun”, de Edgar care, în mod deliberat face pe nebunul, pe îndrăcitul. Unde sunt oare acum limitele nebuniei? Vorba bufonului: „înțelepciunea și prostia se țin de mână pe muchia cuțitului”.

În această perioadă, cu câteva veacuri înainte ca psihiatria din secolul XIX să se preocupe sistematic de psihopatologia delirantă, cultura europeană a Renașterii a produs o definiție exemplară a acestuia, ce s-a răspândit în toate mediile sociale, fiind vehiculată de tipar. Este vorba de condiția antropologică a

lui Don Quijote, pe care o povestește Cervantes în romanul cu același titlu. Intriga e următoarea:

Nobilul de țară Quijano, cititor pasionat de romane picaresci, consideră, în jur de cincizeci de ani, că s-a transformat într-un cavaler rătăcitor similar cu cei despre care citise, adoptând numele de Don Quijote. El redefinește lumea care-l înconjoară în conformitate cu noua sa identitate și cu noul său statut. Un lighenaș de bărbier devine coiful lui Mambrino, mârtoaga sa e botezată Rocinante și considerată un cal faimos, o țarancă din sat devine „Dulcinea din Toboso”, Doamna căreia își va închina isprăvile. Plecând de acasă ajunge la un han pe care-l declară castel, cerându-i hangiului, ce devine castelan, să-l investească cavaler. Apoi îl zăpăcește de cap pe bonomul său vecin Sancho Panza și pleacă împreună pentru a săvârși isprăvi cavalești.

Pe drum se luptă cu niște mori de vânt considerate a fi balauri, iese victorios într-o bătălie cu un viscain, face penitențe în numele Dulcineei, intervine în destinul multora, până când, mai mulți oameni de bine din sat împreună cu preotul și bărbierul, reușesc să-l readucă acasă sub iluzia unei vrăji.

Discutând cu preotul din sat, care-și exprimă neîncrederea cum că cavalerii rătăcitori ar fi făpturi în carne și oase și nu ticluri de basm, Don Quijote se înfurie și perorează:

- „Aceasta e o greșală în care au căzut mulți ce nu cred că au trăit astfel de cavaleri pe lume, și eu de multe ori, cu feluriți oameni și în variate împrejurări am căutat să scot la lumina adevărului acestui eres atât de răspândit. Uneori nu mi-a izbutit încercarea; alteori, însă, mi-a izbutit, când am sprijinit-o pe umerii adevărului; care adevăr este atât de vădit, încât pot să spun că l-am văzut cu ochii mei pe Amadis de Gauda care era un om înalt la trup, bălan la față, cu o barbă frumoasă, deși neagră, cu căutătura blajină, scurt la vorbă, greu de mâniat și iute la împăcare”.

Dar eroul nostru nu rămâne mult timp în satul său, deoarece sosește de la Salamanca bacalaureatul Samson Carrasco, care-l informează că povestea sa a

fost tipărită în cărți și răspândită, iar autorul a promis și o a doua parte. Astfel încât, pentru a se putea scrie aceasta a doua parte, Don Quijote pleacă din nou în călătorie cu Sancho Panza. Peste tot lumea a auzit de ei, mai ales cei de la curtea Ducelui și Ducesei, care pun la cale diverse înscenări. Dar ce din jur nu sunt la curent cu noile evenimente pe care eroul tocmai le creează prin recentele sale peripeții. Împreună cu un haiduc ajunge apoi la Barcelona unde, într-o tipografie, vede șpalturile noii cărți ce se tipărește despre el. După multe peripeții, fiind înfrânt într-o luptă simbolică, acceptă să se întoarcă acasă, unde renunță progresiv a se mai identifica cu Don Quijote, își redactează în pace testamentul și moare ca Quijana cel bun.

Povestea se referă deci la perioada de viață în care un om cultivat intră în pielea unei noi identități, devenind un personaj similar cu eroii de romane și trăiește într-o lume populată cu simbolurile și idealurile acesteia. Eroul e convins de realitatea acestei lumi așa cum o percepe și înțelege el, după cum îi mărturisește preotului și afirmă pe parcursul călătoriilor sale (la un han unde aude două persoane ce comentează partea a doua – încă nescrisă – a romanului, o contestă vehement, prezentându-se celor doi ca „Don Quijote în carne și oase”). Convingerea eroului, pe parcursul cărții e desigur, într-o „idee falsă”, neadevărată pentru persoanele de bun simț din jur: aceea că eroii de romane au o identitate similară cu cea a oamenilor concreți; și că el ar fi un astfel de erou. Ideea falsă în care Don Quijote crede, presupune o nouă identitate de personaj; care, pentru el, are puterea evidenței. Nici un argument nu-i poate schimba credința aberantă, comportamentul său fiind în consonanță cu aceasta. Delirul se manifestă în acest caz în formă pură, nefiind susținut de halucinații (iluziile sale sunt secundare convingerii delirante și lumii delirante în care el a intrat). Nu sunt nici fenomene de supraveghere, de manipulare din partea unor forțe străine. „Posedarea” sa nu este din partea unui diavol, a vreunui spirit supranatural; ci de către statutul unui personaj ideal de roman, inserat într-o lume ce funcționează după anumite reguli convenționale specifice aceluia univers narativ.

Nu există greșeli de logică, de gramatică sau semantică, iar discursul său e deseori convingător.

La fel ca întreg romanul.

Peste secole, atunci când delirul va deveni o problemă a psihopatologiei clinice, aceste aspecte vor reapare în discuție; dar, articulate cu multe alte fațete ale patologiei psihotice.

*

* *

Dacă între specificitățile psihismului uman se poate număra acțiunea voluntară și relaționarea interpersonală pe diagrama intim/public, cu atât mai mult poate fi invocată structurarea acestuia printr-o biografie. Adică, vertebrarea psihismului persoanei prin limbajul discursiv critic, narativ. Desigur, universul narațiunilor se extinde de la poveștile sacre ce vehiculează ființe supranaturale la epopee, romane și biografii, ultimele reunind sintetic povestea vieții câte unui om. Psihismul individului uman nu poate fi conceput fără de istoria sa biografică, latentă sau desfășurată în relatările altora, prin bârfe, evocări, caracterizări, mărturii istorice, redactări sau cărți, care pot străbate veacurile. Toate aceste manifestări exterioare persoanei au drept suport și referința la realitatea nemijlocită a desfășurării existenței unui om ce trece prin diverse situații și experiențe odată cu împlinirea proiectelor și clarificarea preocupărilor sale identitar relaționale. Iar această biografie trăită se instituie și ea, ca o dimensiune fundamentală a identității personale care, bazându-se pe memoria biografică susține durata temporală de fond a subiectului încarnat în spatele persoanei sociale. Persoană care e identificată prin nume, caracteristici demografice, statut, rol, performanțe, opere, caracterizare publică. Sinele biografic susținut de durata memoriei are desigur și o fațetă subiectivă. E vorba de sentimentul identității cu sine și al autonomiei, al apartenenței la sine a propriilor trăiri și decizii, a propriei agenției și a convingerii subiectului că el

însuși este autorul ideilor, atitudinilor și actelor sale. Pornind de la acest fundal, subiectul se angajează în proiecte și relaționări, în scenarii dramatice care implică și pe alții, împreună cu întreaga sa lume corelativă, care, în cele din urmă e clădită pe temelii narative. Trăirea nemijlocită a sinelui, se dublează astfel prin ipostaza sa de personaj, supusă și ea autodevalorizării. Încrederea în sine a subiectului se întretese cu credința sa în personajul care e convins el că este.

Problematika psihopatologică a delirului se dezvoltă la acest nivel.

2. Delirurile monotematice, la limita dintre două lumi

Când în sec.XIX a început să se dezvolte psihiatria clinică pe baza observării pacienților internați timp îndelungat în azile, pe lângă deja tradiționali termeni de histerie, manie, melancolie, frenitis, demență, au început să fie folosiți și alții noi. Între aceștia cei de halucinație, delir și paranoia, - alături de cel de psihoză introdus de Feuctersleben în 1845, - se vor impune ca centrali în noua specialitate medicală. Expresia de delir (délire în franceză, delusion în engleză) a fost folosită sporadic în secolul luminilor pentru a indica o tulburare de judecată sau înțelegere. Acum, odată cu adoptarea doctrinei celor trei facultăți ale psihismului uman (intelectivă, volitivă, emotivă) psihiatrii au căutat identificarea unor stări psihopatologice specifice fiecărei dintre ele; iar delirul se potrivea pentru tulburarea intelectului. Descrierile tradiționale ale nebunilor erau pline de cazuri ce prezentau idei eronate, fantastice, absurde; dar acestea erau categorisite și diagnosticate ca variante ale melancoliei sau maniei. Se stabilise chiar o diferență, care persista și pre vremea lui Pinel la începutul sec.XIX: pentru melancolia cea inhibată se considerau caracteristice puține astfel de teme, cu conținut negativ și persistând neschimbate mulți ani; pe când în expansiva manie ideile aberante – delirurile deci – puteau fi multiple și variabile în timp. Către mijlocul sec.XIX se considera însă că poate apare o formă specială de manie, monomania rațională,

care ar fi o nebunie parțială, centrată pe o singură temă delirantă; și că ea poate persista fără o deteriorare grosieră a judecății și personalității. Cele mai importante elaborări nosologice în această direcție s-au realizat timp de un secol în Franța și Germania.

Principala temă a delirurilor monotematice care a fost comentată de la început, mai ales în Franța, se referă la persecuție (Lasègue, **Délire de persecutions**, 1852). Clinicienii s-au referit apoi la sistematizarea și cronicitatea acestei patologii delirante (Magnan, *Le délire chronique à évolution systématique*, 1886); care se opunea „bufeurilor delirante” scurte, considerate a fi frecvente la persoane vulnerabile, abordate la acea vreme prin doctrina degenerescentei. S-a mai subliniat faptul că astfel de deliruri pot apare în afara halucinațiilor, bazate doar pe interpretări patologice (Serieux & Capgras, *Le délire d’interprétation*, 1909); sau pe un imaginar anormal (Dupre, *Delir d’imagination*, 1913). Preocupări similare s-au manifestat și în Germania prin Grissinger (1845) și Kahlbaum, care insistă în 1863 că în paranoia – adică în psihoza delirantă sistematizată de persecuție – personalitatea nu e deteriorată. Termenul de paranoia, utilizat în trecut rapsodic în psihopatologie, se impune acum tot mai mult (Mendel, 1883), ajungând să joace un important rol în sistematizarea nosologiei psihiatrice de către Kraepelin la cumpăna dintre sec.XIX și XX. În ediția a IV-a a **Tratatului** acestuia din 1893, profesorul german distinge două forme de paranoia, înțeleasă ca patologie centrată pe delir : 1. Ca sistem delirant persistent cu personalitate intactă; 2. Demența paranoidă, (ce va fi etichetată apoi ca *Demență precoce*, devenită ulterior schizofrenie paranoidă). În ediția a VI-a a Tratatului (1894) Kraepelin adaugă o variantă a paranoiei de involuție; iar în ediția a VIII-a (1909-1915) introduce conceptul de parafrenie, pentru o patologie delirantă fantastică, încapsulată (cu „dublă contabilitate”) la vârsta a treia.

Din istoria problemei face parte și dezbaterea doctrinară introdusă de Jaspers (1911) în jurul delirului de gelozie; precum și comentarea de către

Kretschmer a „delirului de relație senzitivă”; dar aceste probleme se cer abordate separat. Până spre mijlocul sec.XX au mai fost descrise și alte forme tematice de delir (e.g. cel erotoman sau sindromul Capgras) care se adaugă unei variate cazuistici delirante monotematice cu ideatie diferită de cea de persecuție. După mijlocul sec.XX interesul clinicienilor pentru paranoia și delirurile sistematizate a scăzut mult, ele fiind considerate rare în raport cu schizofrenia, tulburările dispoziționale și variantele psihotice ale acestora. În plus, însăși sindromul delirant a ajuns să fie considerat tot mai diferențiat, ca tematică, mod de organizare, împletire cu alte sindroame psihopatologice și manifestări în contexte clinice. După 1980 a reapărut însă interesul pentru această arie psihopatologică și s-au organizat echipe de cercetare centrate pe Tulburarea Delirantă (Delusional Disorder – DD, e.g. echipa lui Freeman). Sistemele actuale de clasificare a tulburărilor psihotice mențin și ele respectiva categorie nosologică, căreia i se acordă importanță ceva mai mare în ICD 10-11 decât în DSM-5. Totuși și sistemul american acceptă diagnosticul de **tulburare delirantă persistentă, cu durată de peste o lună, rareori însoțită de halucinații congruente și cu o gândire nedeteriorată. Așa cum deja s-a menționat principalele teme sunt considerate : persecuția, gelozia, erotomania, megalomania (invenție) și tematica corporală (dismorfofobie, delir dermatozic, etc.).**

Reducerea interesului clinicienilor pentru patologia centrată pe delirul monotematic nu a însemnat însă și scăderea preocupărilor pentru psihopatologia delirului, care a fost abordată și cercetată intensiv în ultimele decenii. Studiile teoretice, cazuistice și experimentale întâmpină însă o problemă metodologică importantă, dată fiind însăși poziția aparte a delirului în psihopatologia antropologică. La începutul sec.XX Jaspers a susținut o diferență de principiu între „delirul propriu zis”, instalat în urma „procesului psihopatologic” ce

implică dispoziția și percepția delirantă; și, pe de altă parte, stările „deliroide” care apar în continuitatea unor personalități anormale, în urma cumulării factorilor stresanți; sau, sunt precedate de alte fenomene psihopatologice precum halucinațiile, mania, depresia. Conform acestei exigențe, tulburările delirante pure, care sunt delirurile sistematizate monotematice, ar fi excluse din centrul problematicii delirului; căci delirurile ce apar „procesual” sunt în mod obișnuit însoțite de halucinații, fenomene de transparență/influență, dezorganizare ideo-verbală, autism etc.

Această ambiguitate, privitoare la faptul că esența delirului se află într-o zonă în care patologia delirantă nu mai e solitară simptomatologic, persistă și în zilele noastre. Nu trebuie însă ignorat faptul că pentru delir, tradițional nu a fost adusă în discuție o dimensiune antropologică specifică. Fapt care nu e însă imposibil. Ajunge să avem în vedere dimensiunea identitar biografică a persoanei, trăirea acestei identități din perspectiva resimțirii originii subiectului, a stării sale actuale, a valorii și relaționărilor sale. Și apoi, resimțirea propriei identități în calitate de autor și actor al manifestărilor proprii în lumea sa cotidiană corelativă. Căci delirul primar al lui Jaspers „mută” de fapt subiectul, identitatea și raportarea sa la lume, de pe coordonatele vieții cotidiene, transformându-l într-un personaj al unei lumi narrative, fictive, simili umane. Lume populată nu doar cu cei cu care suntem în contact nemijlocit; și cu cei despre care știm că există efectiv. Ci și în posibile relații cu personaje istorice, de ficțiune, religioase, fantastice. Iar regulile după care se va desfășura existența subiectului delirant, transformat în personaj de scenariu aberant, vor fi regulile lumii narrative. În acest sens Don Quijote ar putea fi considerat un model ideal pentru problematica delirului. Delirurile sistematizate reprezintă doar încrustarea acestei modalități narativ fictive în rolurile și scenariile vieții cotidiene, de care subiectul nu se desprinde; dar ale cărei limite le forțează.

Paranoia lui Kraepelin avea în vedere în mare măsură o cazuistică ce se referea la persoane suspicioase și luptătoare, cverulente și procesomane; cazuri

care au fost etichetate ca persecutați/persecutori. Pornind de la un fapt real minor, subiectul începe o „luptă pentru dreptate” ce implică reclamații, confruntări, anchete, procese, recursuri etc. Întreaga sa existență se concentrează acum pe rezolvarea unor teme conflictuale, ca într-un fel de prezent dilatat monstruos, care-și pierde calitatea de a fi un eveniment printre altele ce se succed și se întretes pe fundalul identității biografice. Dacă episodul maniacal și cel depresiv extrag subiectul din posibilitatea de a trăi plener prezentul, prevalențialul sau delirantul monotematic aplatizează existența sa într-un fel de prezent monoton și fără relief.

În rezumat, s-ar putea spune că în cazul delirului paranoiac personalitatea e absorbită de un scenariu în care subiectul se topește în rolul schematic al unui personaj persecutat. Nu e vorba doar de distorsiunea cognitivă prin care fețele altora sunt percepute ca având atitudini răuvoitoare, ca indici ai unei permanente ostilități, ca în cazul T.p. paranoidă. În delirul paranoiac intră în joc „o temă”, care constă tocmai în scenariul ce se organizează în jurul rolului pe care subiectul, ca personaj central, se simte obligat să îl joace în aceasta. Prezența sa la lume va fi acum filtrată prin condiția absorbirii sale de către temporalitatea acestui scenariu delirant. Totuși, paranoiacul delirant se menține - prin comparație cu Don Quijote – în mare măsură, între parametrii vieții cotidiene; el nu e alunecat într-o lume narativă de tipul scenariilor fictive.

Paranoia de luptă a procesomanilor, - „Kampfparanoia” în germană, - a fost încadrată de nosologia psihiatrică în delirurile sistematizate de revendicare, care aveau la bază un tip special de personalitate anormală – de constituție morbidă – caracterizată de Genil Perrin prin: autofilie, lipsă de modestie, rigiditate, susceptibilitate și neîncredere în alții. În aceeași clasă au mai fost plasați unii „inventatori” megalomani și revendicativi; precum și „idealiștii pasionați”, ce luptă abstract pentru reforme și remedierea nedreptăților sociale. Tuturor le-ar fi caracteristică și tendința spre interpretări anormale, asupra căreia au atras atenția Serieux și Capgras. Se pornește de la un fapt real, corect

receptat, căruia i se atribuie o semnificație deosebită pentru sine, prin inducții și deducții inexacte. Poate fi vorba de un eveniment sau o percepție exterioară; dar și de o senzație corporală. De ex., în delirul de interpretare analizat de autorii menționați, o durere de putea poate fi interpretată ca indicele unei otrăviri prin substanțe puse în mâncare de complotul dușmanilor; sau, subiectul poate reinterpretă o întâmplare trăită ce și-o amintește corect, dându-i o nouă semnificație (el constată că „doar acum a înțeles de fapt sensul celor ce s-au petrecut atunci). Interpretarea anormală a unor informații reale e un element patogenetic esențial în constituirea delirului în general. Căci se cere făcută diferențierea între suspiciozitatea generală, multidirecționată și persistență de-a lungul biografiei a unei personalități anormale paranoide; și, pe de altă parte, rolul și statutul de personaj persecutat dintr-un scenariu relațional aberant, în care delirantul se simte angrenat la un moment dat. Scenariu ce poate fi rezumat și relatat narativ, ca o piesă de teatru sau ca o nuvelă.

Rolul de personaj persecutat și nedreptățit nu e singurul model relațional ce poate aluneca dinspre normalitatea adaptativă spre psihopatologie. La fel e gelozia, care e și ea o atitudine firească și adaptativă, identificată deja la antropoidele superioare; și amplu răspândită la homo sapiens, datorită rolului ei important în menținerea instituției socio culturale a familiei. Aspectul special în acest caz este faptul că suspiciunea vizează acum o persoană din anturajul intim, care în mod firesc constituie baza depozitării secretelor personale. În derularea scenariului geloziei patologice regăsim toate secvențele preocupărilor anormale, deja menționate: anxios fobică, obsesiv prevalentă și delirantă. În DSM-5 gelozia psihopatologică apare ca o categorie plasată în spectrul tb. obsesiv compulsive (TOC) caracterizată prin îndoială repetitivă privitoare la fidelitatea partenerului, însoțită de verificări compulsive. Această plasare s-ar explica prin aceea că sistemul de diagnostic american acceptă varianta de TOC cu critică (insight) scăzută sau chiar abolită, care poate evolua până la convingerea delirantă.

În gelozia patologică, la fel ca în deja menționata paranoia, un rol important îl joacă interpretarea anormală a unor detalii (perceptive, evenimentțiale) scoase din context, reliefate și decodificate din perspectiva infidelității prezumate. Ar fi de adăugat însă și rolul pe care-l joacă în gelozie argumentele unor sfătuitori cu care gelosul acceptă să se consulte; și care pot influența semnificativ interpretările și atitudinile subiectului, chiar manipulându-l negativ (așa cum se desfășoară lucrurile în piesa lui Shakespeare – Othelo).

În aria relaționărilor intime, o deraiere înspre modelul de trăire de tip prevalențial delirant, se poate realiza și în direcția îndrăgostirii, a unei iubiri anormale și aberante față de o altă persoană. Lăsând la o parte faptul că trăirea specială a dragostei plasează prin ea însăși subiectul într-o stare particulară, astfel de episoade ale unei iubiri unilaterale, neîmpărtășită, mereu atrag atenția asupra unor deficiențe psihice structurale, în „instrumentalul” de relaționare interpersonală. Episodul se poate manifesta frecvent în debutul psihozelor.

Chenar 41

Patologia afectiv delirantă în literatură

- Dragostea, ca relație afectivă interpersonală a fost considerată totdeauna o stare aparte, care extrage subiectul din preocupările cotidiene, putându-i modifica judecata; nu arareori s-a vorbit despre „nebulia dragostei” în general. În perioada Renașterii s-a descris însă și o variantă realmente considerată patologică, încadrată în melancolie și denumită amor hereos”. Culianu reproduce următoarea descriere:

„Boala denumită amor hereos este o angoasă melancolică pricinuită de iubirea pentru o femeie. Cauza acestei afecțiuni constă în coruperea facultății de estimare printr-o formă și figură care au rămas foarte puternic imprimată în ea. Când cineva se îndrăgostește de o femeie, se gandește peste măsură la forma, figura și la felul ei de a fi, căci o crede cea mai frumoasă, mai demnă de a fi venerată, cea mai extraordinară și bine făcută la trup și la suflet din câte există. De aceea o dorește arzător uitând măsura și bunul simț și gândindu-se că, de ar putea să își satisfacă dorința, ar fi fericit. Atât de alterată este judecata rațiunii, încat tot timpul își închipuie forma femeii și-și neglijează toate activitățile, astfel că de abia aude dacă i se vorbește. Și fiindcă e vorba de o cogitație neîntreruptă, ea poate fi definită ca o angoasă melancolică. Semnele sunt lipsa de somn, de hrană și băutură. Tot trupul slăbește, în afara ochilor. Se menționează de asemenea instabilitatea emotivă, pulsul dezordonat și mania ambulatorie. Prognosticul este neliniștitor. Dacă nu sunt îngrijiți, devin maniaci și mor.

- Delirul erotoman constă în convingerea subiectului că este iubit de o persoană, de obicei de condiție mai înaltă, pe care nu o cunoaște decât vag, de la distanță.

Există și deliruri monotematice care nu sunt relaționale, precum cele cu tematică corporală. În acestea, preocuparea anormală a subiectului e centrată asupra propriului corp, ca reprezentant al sinelui sau persoanei corporale. O variantă tradițională se referă la Tb.dismorfic corporală, încadrată în DSM-5, la fel ca și gelozia patologică, în spectrul TOC, datorită repetatelor verificări a detaliilor corporale considerate anormale, deformat. De fapt, sensul preocupărilor pacientului este condiția sa de a fi urât, diform, fapt ce ar atrage o evaluare negativă și respingere din partea altora. Statutul și rolul de om urât, respingător, neacceptabil, cuprins într-un scenariu de desconsiderare și respingere, poate fi trăit obsesiv sau prevalent; dar și cu o posibilă alunecare spre delir. Care se concretizează în pretenții absurde de intervenție estetică sau în comportament procesoman revendicativ față de chirurgii ce au ratat intervențiile. Delirul dismorfofob este, desigur, unul centrat pe corporalitate; dar într-un sens în care corporalitatea este trăită ca suportul unei identități relaționale, de prezență și afirmare socială. Cum de altfel și este. Se mai cere reținută componenta senzitiv relațională ce se manifestă intens în acest caz. Ea joacă un rol important și în alte cazuri de trăire anormală a propriei corporalități ca în anorexia mentală sau bulimia cu tendință la obezitate. Tot în această arie se plasează așa zisul „delir osmotic”, constând în convingerea subiectului că emană un miros neplăcut pe care alții îl percep, evitându-l; condiție urmată constă în încercări de mascare (parfumuri) și de evitare socială. În toate aceste cazuri conduita de evitare se plasează în aceeași direcție ca în anxietatea socială, scenariul fiind însă acum altfel argumentat. Iar intensitatea manifestărilor atingând pragul delirului.

În grupajul delirurilor somatice mai sunt menționate și teme care implică boala. Lăsând de o parte „delirul dermatozic” (Eckborn) ce constă în convingerea pacientului că sub piele circulă insecte sau alte organisme mici, la acest nivel se plasează tematica hipocondriacă. Preocuparea anormală față de o

eventuală boală se poate manifesta, așa cum deja s-a menționat, anxios fobic sau obsesiv – prevalent. Ea poate să capete și formula delirantă, deseori pe fundalul depresiv și însoțit de ideea de vinovăție. Subiectul poate formula convingerea: „Sunt bolnav de Ebola și vinovat că am contaminat întreaga Europă. Corelația preocupărilor hipocondriace cu depresia este tradițională.

Delirurile monotematice, deși evocă mereu și alte stări și tulburări psihice – anxios/fobice, obsesiv/prevalente, hipomane sau subdepressive – își au un loc bine precizat în psihopatologie. În perspectivă antropologică ele atrag atenția asupra unor trăiri omenești bazale și adaptative, așa cum e suspiciunea, gelozia, persecuția, dragostea, sentimentul de a fi diform și a induce respingerea de către alții, raportarea față de boală etc. Astfel de preocupări referitoare la situații problematice, care atunci când devin critice se cer clarificate, în anumite împrejurări alunecă din modelul lor firesc de rezolvare adaptativă, intrând în domeniul psihopatologiei. Ele se desimplică acum din derularea lor firească și trec în prim plan sub forma unor scenarii aberante schematice, în care subiectul joacă rolul central; și acaparează psihismul subiectului, absorbindu-l, simplificându-l și decontextualizându-l. Se constituie astfel tema sau ideea delirantă de care el ajunge să fie convins în mod absolut, nereceptiv la noi experiențe sau la argumente. Pacientul intră pe făgașul unei lumi îngustate, lipsită de orizont, din care nu se mai poate extrage singur. Dimensiunile existenței și lumii sale sunt aplatizate, simplificate iar libertatea sa interioară de a se autoconduce e suspendată.

3. Paranoidia, supravegherea și manipularea

Delirul monotematic, inclusiv cel paranoiac al persecuțiilor persecutori, ne menține în parametrii de relaționare ai subiectului cu lumea sa înconjurătoare umană, așa cum e aceasta structurată în cursul existenței cotidiene. Delirul paranoid ne mută însă într-un scenariu care e comparabil până la un punct cu narativitatea ficțiunilor. Intrând în universal paranoid în calitate de personaj,

subiectul simte că se confruntă cu instanțe sociale generale și abstracte – așa cum ar fi Securitatea Statului, CIA, masoneria mondială etc. Și cu personaje publice, istorice, legendare; sau cu ființe supranaturale. Desigur, persoanele din jur și cele cunoscute nu sunt suprimate, mixtându-se cu cele publice, istorice sau fictive; iar uneori ele chiar rămân în centrul conflictului delirant. Dar acum, toți eroii delirului apar pregnant în poziția de personaje ale unui scenariu predominant fictiv, a cărui conflict se derulează în jurul pacientului, mutat și el în condiția de personaj; și, implicând, pe lângă persecuție, supravegherea și manipularea. Cum scria Grissinger încă în 1845 (după Berrios):

“Pacientul se crede supravegheat de poliție, torturat prin electricitate de inamici secreți, amenințat de francmasoni, posedat de diavoli și condamnat la torturi eterne”.

În cazul delirului paranoid trecem deci dincolo de sfera relațiilor intime și de viața cutumieră naturală ce se desfășoară în viața de zi cu zi unui om, înconjurat de cunoștințe și de lumea sa socială cotidiană. Și intrăm într-un univers cvasifictiv în care personaje și entități diverse, persecută, supraveghează și îi manipulează xenopatic existența. Resimțirea de către subiect a unor atitudini, intenții și acțiuni ostile din partea altora, se însoțește acum, în paranoizie, constant de sentimentul unei continue supravegheri. Pierzându-se arhitectonica existenței naturale, în care funcționează o structură relațională bine articulată între viața intimă cea a coexistenței cu cei familiari, cu cei cunoscuți, cu oficialitățile, cu instanțele xenopatică generice, subiectul se simte vulnerabil, la accesul altora spre intimitatea sa. În consecință, are impresia că este continuu privit, supravegheat, urmărit, ținut sub control de la distanța de către alții, de către instanțe xenopatică diverse. Căci doar astfel personajul persecutat se află efectiv “sub puterea celorlalți”.

Tematica atitudinilor ostile poate îmbrăca diverse forme prin care pacientul simte că i se poate face rău: atac fizic asupra corporalității, rănire, îmbolnăvire, otrăvire, schingiuire, execuție. Relele pot fi și morale: denigrare,

atac la onoare sau la poziții sociale, calomniere; sau atacuri asupra bunurilor, familie, pierderea libertății, ostracizare etc. Supravegherea xenopatică din paranoide se exprimă și ea variat: - priviri insistente și semnificative (în cadrul sd.senzitiv de relație), urmărire directă sau prin intermediari, spionare, supravegherea intimității de la distanță prin instrumente speciale sau prin mijloace supranaturale, transparența gândirii și intențiilor intime. Se poate adăuga sentimentul intervenției asupra voinței și autocontrolului cu influențare, manipulare ideo afectivă și motorie de la distanță. În sfârșit, inventarul aspectelor structurale ale delirului paranoic nu trebuie să ignore cine sunt persecutorii și autorii supravegherii manipulative: rude, vecini, cunoștințe, colegi de serviciu, șefi, persoane administrative sau politice, personaje publice ce ocupă diverse poziții în ierarhia socio-culturală sau istorică, instituții, organizații, asociații, diverse entități umane sau supranaturale. Prezența unor personaje fictive sau din mitologia religioasă pot juca și ea un rol important în înțelegerea delirului. Analiza unui delir paranoic presupune deci cel puțin trei clase de fenomene.

Acțiuni nocive care se întreprind asupra pacientului	Fenomene de supraveghere, control, manipulare asociativă	Cine sunt agenții atitudinilor și acțiunilor xenopatrice
Atac asupra corpului, îmbolnăvire, otrăvire, omorâre, prejudiciu moral, subminarea pozițiilor sociale, privare de libertate, atac asupra averii, familiei	Supraveghere prin privire (sd. senzitiv de relație), urmărire, spionaj, supravegherea intimității de la distanță (cu mijloace tehnice speciale); manipularea de la distanță, controlul și influențarea gândirii, intențiilor, acțiunii	Rude, vecini, cunoștințe, colegi Șefi, personaje socio politice, culturale, istorice Instituții, organizații Personaje fictive, supranaturale, reprezentanți ai mitologiei religioase

Psihopatologia psihotică delirantă cuprinde deseori, în grade diferite, și alte simptome ca: halucinații, trăiri de derealizare, depersonalizare, transpersonalizare, dezorganizare. Delirul paranoid se desfășoară de obicei într-o dispoziție afectivă anxios fobică, dar, concomitența unor stări depresive sau de tip maniacal e și ea posibilă, acestea introducând și teme ce le sunt specifice. Astfel, grandiozitatea maniacală poate găsi o justificare a persecuției în valorile, creațiile, misiunile sau relațiile speciale, superioare ale subiectului; sau vinovăția depresivă se corelează indirect cu persecuția.

Deoarece delirul paranoid a fost comentat în ultimele decenii mai ales în corelație cu schizofrenia, se cere reamintită poziția inițială a lui Bleuler când a introdus acest concept nosologic în clinica psihiatrică. El considera că specific tulburării schizofrene e dezorganizarea psihică autistă, delirul fiind un fenomen psihopatologic secundar. Autori precum Minkowski au dezvoltat această teză dând o interpretare nuanțată autismului. În ultimele decenii există tendința de a se reveni la acest punct de vedere (e.g. Școala din Copenhaga a lui Parnas). De aceea intenția de față este de a comenta delirul paranoid cât mai distanțat de autism și dezorganizarea ideoverbală. Aspecte psihopatologice mai particulare așa cum sunt halucinațiile, fenomenele de transparență-influență și cele de depersonalizare-transpersonalizare, deși sunt esențiale în acest caz, vor fi abordate succesiv.

Supravegherea paranoidă are un prim nivel care menține articulația cu relaționarea interpersonală, și se exprimă prin sindromul de relație senzitivă. Acesta a fost descris de Kretschmer în 1919 ca o formă special de delir, corelat unei personalități senzitive (astenică, retentivă, neîncrezătoare în sine și alții, ruminativă) care trăiește evenimente ce induc devalorizare, rușine. Se instalează impresia sau convingerea subiectivului că este privit în mod special de alții: de vecini, la serviciu, pe stradă de necunoscuți. Aceștia se uită cu interes,

curiozitate și subînțeleșuri, dând semne din priviri și zâmbete că se înțeleg între ei, coalizându-se; eventual, și discută între ei nefavorabil despre subiect, îl batjocoresc, râd de el. Viziunea lui Kretschmer pledeă într-un fel pentru o continuitate între preocuparea prevalentă a unei persoane vulnerabile ce a trăit o experiență specifică (Persönlichkeitreaktion) și delirul propriu zis. Oricum, cazuistica sa se plasa la un pol opus față de cverulența expansivă a paranoiacului predispus spre luptă, ce constituia nucleul categoriei paranoia a lui Kraepelin.

Delirul senzitiv de relație a lui Kretschmer (Sensitivebeziehungswahn) nu s-a impus ca o formă aparte, bine individualizată de delir; ci, ca un sindrom ce poate să se manifeste odată cu variate teme delirante. El este prezent în delirurile corporale ca cele cu punct de plecare în tulburarea dismorfică și în anorexia mentală. În delirul paranoid el sugerează trei funcții: - cea de supraveghere; - cea de sancțiune negativă, disprețuitoare, batjocoritoare; - funcția de “centralitate”, constând în sentimentul subiectului ce se află în iminența unui eveniment deosebit pentru el, motiv pentru care i se transmit mesaje. Sentimentul de a fi privit derivă evident dintr-o situație firească, deoarece în permanență oamenii se și privesc reciproc, decelând astfel intențiile celuilalt. Supravegherea vizuală face parte apoi și din practicile educative familiale, ea fiind însă amplificată apoi socio-cultural. În delirul paranoid pacientul are sentimentul că este urmărit de instanțe exterioare xenopatice, Urmărirea se realizează de persoane mai mult sau mai puțin cunoscute, de reprezentanți ai unor instituții oficiale, organizații sau asociații – eventual oculte – sau de variate entități socio culturale.

Urmărirea poate fi resimțită în continuitatea sd. senzitiv de relație, ea fiind realizată prin privirile unor urmăritori care se furișează pe stradă în spatele victimei; dar care se pot deplasa și cu trăsuri, automobile sau alte mijloace de transport, inclusiv avioane și sateliți. Eventual urmăritorii organizați, se pot schimba între ei pentru continuitatea acțiunii. Acum e vorba de o supraveghere

continua și nu doar situațională. Sentimentul urmăririi se îndepărtează însă de universul perceptiv, tinzând spre a ajunge o convingere de supraveghere. În sd. senzitiv de relație percepția anormală a delirantului se poate referi și la eventuale discuții, depreciațoare sau de complot, pe care alții le au între ei, privitoare la pacient. Acestea pot fi halucinații auditive propriu zise; sau, halucinații funcționale, în cazul în care ceilalți discută realmente ceva între ei, persecutatul reinterpretând vagile sunete ce le receptează. În cazul urmăririi resimțite ca supraveghere, trimiterile la date perceptiv pot fi minime. Totuși, în măsura în care accentul se mută spre supravegherea continua a intimității, pacientul poate identifica elemente perceptiv în preajma sa, care ar putea reprezenta suportul obținerii unor astfel de informații. Odată cu dezvoltarea în ultimul secol a tehnologiei comunicării la distanță, paranoizii au ajuns să invoce camere de luat vederi, microfoane, TV-ul, calculatorul etc., ca suport tehnic prin care intimitatea le este supravegheată de la distanță. O modalitate tradițională este cea a substituirii de persoane. Iluzia Sosia ar consta în convingerea că o persoană apropiată este substituită cu un spion; Iluzia Fregoli se referă la convingerea că un spion ia diverse înfățișări pentru a fi mereu în apropierea subiectului. Mai intervin apoi entități supranaturale, iar final însă ființa divină supremă; aspect care merită să fie comentat separat.

Condiția supravegherii continue are și ea un punct de plecare în normalitatea socio-culturală, prin spionaj. Spionajul e instituționalizat în practica militară; dar și în relațiile dintre state în general. Puterea politică are nevoie de informații privitoare la statele rivale; dar și cea privitoare la dușmanii interni. Sistemul juridic are și el nevoie de informații detaliate, pe care le obțin organele de anchetă, privitor la faptele pe care trebuie să le judece. În societatea modernă nevoia de a cunoaște în detaliu anumite situații sociale au resimțit-o și particularii, care au început să-și angajeze detectivi. Dar, odată cu modernitatea, ordinea socială a început să se organizeze de așa manieră încât puterea politică centralizată să dispună în permanență de un fond cât mai amplu de date

privitoare la situația cetățenilor. Supravegherea și controlul social al individului a marcat – așa cum analizează Foucault – cultura modernității Europei de după Renaștere, care a cultivat ordinea Rațiunii în epoca “luminilor”. Statul stimulează acum pe toate căile ordonarea și supravegherea continua a populației, în toate momentele și locurile existenței sale. Școala, internatele, locurile de muncă, clinicile medicale, noua variantă de pedepsire juridică prin închisoare, toate plasează cetățeanul, pe care-l are în vedere poliția de stat, în centrul unui focar de supervizare. Simbolul acestui sistem l-ar constitui “panopticum-ul” lui Bethan, ce constă într-un fel în închisoare în care indivizii stau în camere fără pereți despărțitori spre exterior și în permanență luminate, astfel încât oricine poate vedea oricând ce fac acești indivizi claustrați, inclusiv în momentele intime ale existenței lor. Dacă facem o comparație cu ceea ce știm despre viața de zi cu zi din Grecia antică, atunci s-ar putea comenta faptul că în societatea modernă se dezvoltă condiții culturale speciale pentru ca sentimentul de supraveghere să se infiltreze în conștiința tuturor indivizilor; astfel încât, condiția psihopatologică să-l aducă mai ușor în prim plan, la fel ca pe sentimentul de a fi privit. De altfel, și acesta pare potențat în modernitate, care a ridicat la un important rang examinarea publică, periodică și în diverse împrejurări, ca o condiție a promovării și funcționării în societate. Iar participarea la examenele publice este principal o condiție ce întreține anxietatea socială.

Modificări ale psihismului uman s-au produs deci în modernitate, nu doar prin dezvoltarea dimensiunii subiectiv reflexive a conștiinței individuale. La periferia acesteia se insinuează acum și sentimentul (vag în normalitate) al supravegherii și examinării publice continue. Și, de asemenea, cel al posibilei coordonări și manipulări sociale, suprapersonale. Asupra acesteia a atras atenția Culianu, analizând evoluția magiei în Renaștere. Magia, ca și vrăjitoria, operează, prin mijloace supranaturale pentru a modifica stări de lucruri, atât în natură (de ex. în alchimie) cât și în viața umană. În mod tradițional vrăjitoria era

creditată că poate interveni de la distanță asupra sănătății și dragostei. În Renaștere, Giordano Bruno dezvoltă ideea influențării la distanță a unei mari mase de oameni prin manipularea erosului, a legăturilor afective în general (De vinculum). Arta manipulării oamenilor este declarată de Bruno o știință. Iar această știință s-a dezvoltat mult ulterior nu doar prin propaganda iezuiților și a emisarilor ideologiei oficiale din societățile totalitare, ci și prin mijloacele mass media actuale.

Culianu scrie:

“Magicianul se ocupă astăzi de relații publice, de propaganda, de proiectarea pieței, de anchete sociologice, de publicitate, informație, de contra-informație și dez-informație, de cenzură, de operații de spionaj și chiar de criptografie”...

Astfel de abordări istorico-culturale care descifrează psihosociologia omului contemporan, om care-și derulează existența dintre viața intimă și cea publică în condițiile unei permanente intervenții de control și manipulare suprapersonală a intimității conștiinței, sunt importante pentru a înțelege că simptomatologia de supraveghere și control din delirul paranoid nu apare din nimic. De altfel, formula pe care o introduce modernitatea și postmodernitatea se dezvoltă pe un fundal istorico cultural în care aceleași aspecte se derulau mai de mult în cadrul relației între om și forțele supranaturale, temă asupra căreia vom reveni. În psihopatologie trăiri care sunt firești și funcționale dar implicite, integrate în formule funcționale eficiente, se desimplică, trec în prim plan strident și monopolizează viața psihică a persoanei, decontextualizând-o.

Delirul paranoid, care se desfășoară într-un scenariu metareprezentational în care subiectul, transformat în personaj, e angrenat într-o intrigă conflictuală împreună cu entități ce vreau să-i facă rău, are deci loc într-o continua atmosferă de supraveghere în care el se simte privit și comentat de alții, urmărit prin diverse mijloace. În extremis, controlul și manipularea pătrunde în însăși

Chenar 42

O femeie de 49 ani, muncitoare, văduvă, prezintă brusc (în câteva zile) convingeri delirante de urmărire și sensitive de relație, însoțite de halucinații auditive simple și apelative (“vecinii vorbesc despre mine că sunt prea slabă, oamenii din mașini se uită la mine”...vecinii bat în perete..răspândesc fire de păr prin casă”); încă 2 internări cu aceeași simptomatologie până în 2005

O femeie de 55 ani prezintă (1997) un delir cu tematică de urmărire, persecuție, supraveghere, halucinații auditive relaționale (aude cum alții își bat joc de ea”); încă 5 internări similare până în 2010.

O femeie de 49 ani, căsătorită cu 4 copii dezvoltă brusc (1999) un delir cu tematică de persecuție, otrăvire prin interpretare („vecinii îi aduc o pungă cu ceva otrăvă”) idei de prejudiciu. În anii următori sunt repetate recidive cu delir de otrăvire/prejudiciu și depresie/vinovăție. Ajunge să problematizeze contactul contaminator cu diverse substanțe (detergenți, săpunuri), dar nu dezvoltă o patologie obsesiv-compulsivă ci idei de vrajire din partea vecinilor care o persecută; ideile senzitiv-relaționale și depresie sunt constante la toate internările.

O femeie de 44 ani, angajată, căsătorită cu 2 copii, debutează brusc (într-o săptămână) (2001) cu delir halucinator paranoid : „cineva” vrea să îi facă rău, toată lumea o vorbește de rău, se simte vrăjită; aude diverse zgomote care sunt semne ale vrăjilor; halucinații olfactive : simte miros de tămâie.

O femeie debutează în 3 săptămâni cu delir de gelozie, persecuție, urmărire, supraveghere, otrăvire (familia e incriminată), vede o mașină albastră care sigur a venit pentru ea să o ducă undeva; se convertește la o sectă religioasă. În 2007 complexul paranoid halucinator reapare

O femeie de 30 ani, muncitoare, căsătorită, debutează insidios (într-un an, 1997) cu delir cu tematică senzitivă de relație: colegile de serviciu o bârfesc, își fac semne, o urmăresc, vor să îi facă rău; dispoziție anxioasă; recădere peste 1 an.

O femeie de 48 ani, căsătorită, 1 copil, prezintă o patologie delirantă ce evoluează în decurs de aproximativ 2 ani, cu tratament ambulator inițial și apoi internare (1993). Ideea delirantă paranoidă relațională, suspiciune, otrăvire, gelozie; halucinații gustative și olfactive, depresie anxioasă (lentoare). Urmează tratament intermitent.

O femeie de 30 ani, muncitoare, văduvă, după un eveniment de viață minor (2001) începe să se simtă persecutată, prejudiciată, urmărită pe stradă, privită și comentată “pe stradă alții râd de mine”, supravegheată acasă (“am impresia că în casă sunt microfoane și că mi-e ascultat telefonul”); încă 3 internări cu aceeași simptomatologie până în 2013.

O femeie de 42 ani, debutează brusc (1999) în două săptămâni cu suspiciune, idei de urmărire și persecuție, e convinsă că “cineva vrea să o drogheze și îi pune ceva în mâncare, deoarece aceasta are “un gust deosebit”, “dușmanii mă urmăresc să îmi facă rău”, are impresia că la TV prezentatoarea îi fixează ochii și se uită ciudat la ea, crede că e posedată și trebuie să se ducă la preot...aceleași idei sunt prezente la internările ulterioare: 2004, 2007 (“apa are un gust amar, mă uit atentă dacă cineva mă servește cu suc sau cafea ca să nu mă otrăvească, mă uit la degetele lor”...”cei din jur vor să-mi facă rău”, insomnii, anxietate

interioritatea gândirii și secretului său personal, transformându-l într-un automat aflat la dispoziția unor forte xenopatrice.

Acest ultim aspect al transparenței/influenței ce invadează nucleul sinelui personal, se cere însă comentat ceva mai detaliat, separat, împreună cu straniul proces de depersonalizare/transpersonalizare ce stă la temelia psihopatologiei delirante.

Înainte de a aborda acest domeniu se cere revenit însă la ideea inițială, cea a alunecării delirante în condiția de personaj de narațiune fictivă.

4. Delirurile fantastice și cele mitico religioase; delirul și lumile ficționale multiple

Delirul paranoid, inclusiv cel comentat în cadrul schizofreniei, se diferențiază în bună măsură de modelul sugerat prin romanul lui Cervantes, în care nobilul de țară Quijano alunecă într-o nouă identitate, de cavaler rătăcitor – după modelul romanelor pe care le citise – trăind într-un univers de ficțiune, ce doar se intersectează cu cel al oamenilor din jurul său. Chiar dacă am evita cazuistica prea evident marcată de detașarea autistă și dezorganizarea ideovalbală a paranoidei schizofrene, fantasticul neverosimil a multor scenarii delirante întâlnite în clinicile psihiatrice ne îndepărtează deseori de cursivitatea comprehensivă a beletristicii românești. Dar privind astfel se ignoră dimensiunea mitico magică pe care o introduc în viața oamenilor normali poveștile, basmele, literatura de ficțiune și, mai ales, miturile sacrale. În cele din urmă romanele, cu coerența celui scris de Cervantes, s-au impus doar în ultimele sute de ani și și-au formulat un ideal în Bildungsromanul german de la sfârșitul Iluminismului, calchiat după modelul unei biografii sistematice. Dar chiar și genul romanului nu s-a menținut decât parțial în jurul acestei scheme. Pe când basmele și legendele impregnează oamenii, încă din copilărie și adolescență, de mii și mii de ani; și continuă să funcționeze și în zilele noastre prin întreaga literatură și filmologie science fiction. Se cere însă, mai ales, să nu

se ignore miturile sacrale care sunt acceptate firesc de credința naturală a oamenilor, ce-și desfășoară viața de zi cu zi mergând la sfârșit de săptămână la biserică. Cazuistica delirată înregistrează și astfel de convingeri, deși ele sunt mai reduse în perioada de sfârșit a modernității și intrare în lumea postmodernă.

Sistematica nosologică a psihiatriei pe care ne-a lăsat-o moștenire Kraepelin prin ultima ediție (a opta) a Tratatului său, avea în vedere pe lângă demența precoce (=schizofrenie) și paranoia (=delir monotematic sistematizat) încă un cadru nosologic delirant, cel al parafreniei. E vorba de un delir fantastic, confabulator și uneori expansiv, delimitat și încapsulat (cu „dublă contabilitate”) ce apare mai ales la persoanele în vârstă. Tot la începutul sec.XX Dupré a descris în Franța un „delir de imaginație”.Deși o astfel de cazuistică nu mai beneficiază în ultimul timp de o delimitare nosologică bine definită, ea nici nu a dispărut. Asupra ei ne atrage atenția recent cazul Breivik, care a ajuns în dezbateri internațională în 2011, după crima impresionantă ce a produs-o.

Breivik era convins că este liderul organizației Regilor Templieri și prin aceasta considera că trebuie să fie pionierul războiului civil european. El urma să fie noul regent al Norvegiei fiind abilitat să decidă cine poate să trăiască și să moară în țara sa. În plus, era convins că are responsabilitatea să deporteze câteva sute de mii de musulmani în Africa și opinia că exista o impuritate rasială în Norvegia. De asemenea, lucra la un plan pentru a îmbunătăți fondul genetic etnic al Norvegiei. Bazat pe aceste convingeri, pe care le postează și pe internet, el organizează metodic planul crimei pe care o execută pe o insulă unde se adunaseră tineri liberali. La examinările de evaluare psihiatrică forensică nu s-a constatat halucinații sau dezorganizare a gândirii. Totuși, la prima expertiză delirul său a fost considerat bizar, folosirea cuvintelor cu alte semnificații în contexte noi au fost considerate neologisme, înregistrându-se și răceala sa afectivă. Deși pacientul se consideră normal psihic, primii experți au pus diagnosticul de schizofrenie paranoidă.

Acest diagnostic îl absolvea însă de crimă. În urma protestelor generale s-a trecut la o nouă expertiză, fiind examinat săptămânal de mai multe ori. Treptat, el a început să reducă importanța Regilor Templieri și să admită că a exagerat rolul său. Al doilea diagnostic a fost de personalitate narcisistă și pseudologie fantastică, fapt ce a permis condamnarea.

Cazul Breivik, devenit de notorietate publică prin mass media, demonstrează că în psihopatologia delirului poate interveni narativitatea arhetipală a miturilor și legendelor. Diagnosticul de schizofrenie paranoidă, care s-a formulat inițial în acest caz, nu era desigur cel corect; dar exista la dispoziția experților diagnosticul de Tb.delirantă persistentă din ICD-10 (cod F.22.0). Formularea diagnostică oficială finală este totuși sugestivă; dar numai în perspectiva zonei în care delirul se agregă. La fel cum se poate ajunge la condiția unei noi identități psihotice delirante pornind de la o personalitate suspicioasă narcisistă, se poate ajunge și pornind de la o personalitate anormală. În cazul în care pacientul are un imaginar bogat, fantast, așa cum avea Breivik, alunecarea sa în delir se poate agrega pe o identitate aberantă, ce comportă o misiune care să-i salveze patria. Chiar dacă cazul amintește de formula DonQuijote transpusă într-un registru sumbru, el este de menționat doar pentru ilustrarea variantelor. Un rol esențial în degajarea dimensiunii specific antropologice pe care se inseră delirul îl joacă însă tematica religioasă.

Tematica delirantă religioasă constă dintr-o convingere de apropiere și familiaritate crescută cu personajele mitologiei religioase. E vorba în creștinism de Dumnezeu, Isus Christos, Fecioara Maria, Sfântul Duh, diavolul. Evenimentele principale sunt patimile și răstignirea lui Isus și sfârșitul lumii; mai intervin prorocii, minunile. Diavolul reprezintă răul și tentează omul să păcătuiască, uneori posedându-l. Posesiunea demoniacă implică sinele corporal și e trăită deseori ca o dedublare a psihismului. Pacienții cu tematică religioasă se simt apropiați și familiari cu Dumnezeu, fapt ce exprimă grandiozitate. Episoadele pot fi marcate uneori de un sindrom maniacal, concomitent cu o tematică paranoidă. Dar simptomatologia specifică maniei - în-sens de dezinhibiție biopsihică expansivă și tahipsihie - poate să fie minoră. Cel mai des subiectul se simte alesul special a lui Dumnezeu care-i încredințează personal misiunea de a lupta împotriva răului, a diavolului și de a salva omenirea. Odată cu aceasta, ființa supremă poate transmite pacientului și

alte capacități sau abilități lumești deosebite. Uneori el se simte intermediarul dintre Dumnezeu și oameni, Dumnezeu transmițând mesaje acestora prin propria voce. Odată cu situația de familiaritate astfel instituită, subiectul se simte protejat în mod special de Dumnezeu. El se identifică parțial cu acesta, mai ales cu Iisus, în poziția de răstignit; iar fenomenele de transparență influență capătă caracteristici speciale. Aspectul cel mai important ce se cere subliniat, e transformarea delirantului într-un personaj ce se plasează același nivel, în aceeași lume fictivă și supranaturală, în care ființează personajele mitului religios.

Religia face desigur parte din viața de zi cu zi a oamenilor unei socio-culturi, un procent important dintre ei fiind credincioșii practicanți în cadrul diverselor culte și secte. Deși sacralitatea se referă la un univers supranatural transcendent, societatea are instituții și practici oficiale ce se ocupă de cultul religios; și personal care activează în cadrul acestor instituții. Practicile religioase includ rugăciunea solitară și colectivă, respectarea postului sărbătorilor religioase, eventual retragerea în solitudine monahală, studierea Bibliei și meditații asupra înțeleșului ei. Credința poate fi practică sub forma obiceiurilor împărtășite de toți. Dar și trăită sub forma rugăciunilor solitare. Ea poate fi ocazia unor trăiri speciale: a conversiunii, a iluminării, a revelării adevărurilor credinței, a sentimentului de păcat și a practicării penitenței. Toate aceste aspecte pot avea și variante psihopatologice, în contextul destrucurării psihotice a psihismului.

Specificul tematicii delirante religioase constă tocmai în faptul că subiectul se raportează acum nemijlocit la o instanță populată de personaje, cu totul diferite de cele din aria vieții sale intime sau publice, precum și față de personajele istorice sau narrative, de orice instituții sau organizații ce țin de lumea omenească. În plus, raportarea delirantă la divinitate nu e doar una la ființe supranaturale – ca eroii de basm, legendă sau extraterestri. Ci la o ființă unică și a toate puternică; fapt ce marchează major “lumea delirantă” la care

Cazuistică

Deliruri cu tematică religioasă; grandiozitate, identificare cu personaje divine

O femeie de 28 ani, angajată, căsătorită, 1 copil, dezvoltă în 2 luni o stare maniacal delirantă : „e trimisa lui Dumnezeu pe pământ; acesta a înzestrat-o cu puteri deosebite, poate prevedea viitorul, fapt ce-l exemplifică cu viitoarele acțiuni ale conducătorilor țării în relație cu președintele SUA, în diverse scenarii”. „Dumnezeu vorbește prin vocea mea și acționează prin mine”, se simte asemeni Fecioarei Maria. Urmează alte recăderi cu delir de grandiozitate dar și episoade depresive.

O femeie de 41 ani dezvoltă un tablou psihotic cu dezinhibiție maniacala și delir de misiune divină: “E aleasa lui Dumnezeu de la care are misiunea să lupte cu diavolul”. Dumnezeu îi spune zilnic ce să facă; “Duhul Sfânt vorbește prin mine”. Dumnezeu a ales-o să fie un fel de proroc pentru că: “e curată, nu a mințit, nu a preacurvit și are un semn pe dosul mâinii care indică locul unde a fost cuiul răstignirii lui Iisus...” simte un gust amar de la pelinul dat lui Iisus iar corpul îi miroase a tămâie”. Dumnezeu o protejează și o influențează, simte gânduri care nu sunt ale ei dar acestea sunt “gânduri date de Dumnezeu”, ”i se citesc gândurile cu ajutorul lui Dumnezeu”. Se simte urmărită de oameni, căci oamenii sunt “diavoliți”, își dă seama de aceasta căci “simte un fior de gheață în ceafă”.

Un bărbat de 44 ani evoluează spre psihoză lent, în 2 ani, prezentând un delir de grandiozitate: simte că e trimisul lui Dumnezeu pe pământ, îl simte pe Iisus în corpul lui și are menirea de a salva omenirea de la dezastru, are puteri deosebite pe care le folosește spre binele oamenilor, este vizionar, tot ce gândește se și întâmplă, de aceea evită să citească articole negative din presă sau să se gândească la acestea pentru a nu se produce noi crime și nelegiuri..pe stradă lumea caută să îl atingă pentru a-i lua din energie, deoarece are puteri supranaturale, lumea îl urmărește pe stradă dar și prin radio și TV...când a trecut granița în altă țară s-a declanșat o furtună” era un semn ceresc pentru a îl avertiza că nu e bine să părăsească țara”....când privește luna sau Biblia, îl vede pe Dumnezeu, îngerii și pe toți sfinții.

psihoticul participă în acest context.

Între raportarea la această instanță “absolută” și raportarea la oamenii întâlniți în viața de zi cu zi – rude, colegi, personaje publice – în delir mai pot interveni și alte ființe supranaturale, cum ar fi vrăjitorii, spiritele, duhurile, energiile, care acționează asupra subiectului în diferite feluri.

Transpunerea delirantului în realitatea supranaturală a scenariului mitico-sacral, în apropiere, familiaritate, și interpătrundere cu personajele divine, indică tocmai faptul că “el se mută” în timpul delirului din realitatea cotidiană într-o altă realitate. Această transpunere se petrece concomitent cu menținerea sa, totuși și în cadrul relațiilor din viața de zi cu zi, dominată de obicei de convingerea într-o persecuție patologică. Fapt pe care, în aceste condiții îl poate interpreta ca acțiune a diavolului.

Subiectul ce trăiește un delir cu tematică religioasă, fiind de ex. convins că e fiul lui Dumnezeu și are menirea să salveze omenirea învingând diavolul, se identifică deci cu un rol dintr-un scenariu fictiv, participând la o lume supranaturală. Pentru el această lume se intersectează constant cu lumea de zi cu zi a familiei, vecinilor, colegilor, trecătorilor de pe stradă; pe care-i poate resimți că-i sunt ostili, îl privesc ciudat, își fac semne, îl urmăresc, vreau să-l otrăvesc, a căror voci le aude comentându-l.

Prin comparație cu rolul de personaj aparte cu care se identifică pacienții cu delir religios, deliranții paranoizi sau cu alte tematici nu ne apar la prima vedere ca participând la un scenariu fictiv, supranatural. Totuși, lumea delirantă în care ei trăiesc, în măsura în care se ia în considerare un spectru destul de larg al acestei patologii, e cel puțin parțial diferită de cea a vieții cotidiene comunitare. Chiar pacienții își autocaracterizează deseori starea spunând că se simt “ca vrăjiți”. Într-o serie de deliruri, mai mult sau mai puțin bizare dar cu caracteristici narative, ei se raportează la personaje și la instituții despre care au

cunoștință doar prin mass media sau informația culturală. Pot apare astfel “mafioți”, “vrăjitori”, “extraterestri”. Dar chiar un episod delirant paranoid de gelozie sau erotoman obișnuit, în măsura în care se manifestă franc psihotic, mută pacientul din firescul vieții de zi cu zi într-un “scenariu” aparte, în care el e proiectat într-un anumit “rol”, în calitate de “personaj”. Scenariul, lumea și personajele delirului, deși nu se exprimă ca trăirile din vis, reiau modalitățile firești de relaționare cu lumea – dragostea, suspiciunea, neîncrederea, persecuția – într-o variantă schematică, neobișnuită; plasată “în marginea” sau “alătura” de realitatea vieții cotidiene. Adică, “ca și cum” ar face parte dintr-o realitate de ficțiune. De aceea merită atenție recenta sugestie a lui Gallanger (2009) de interpretare a delirului din perspectiva “lumilor ficționale multiple”. Care, în mod obișnuit, se articulează, prin consensul narativității culturale, cu viața noastră cotidiană. Gallanger scrie:

“Pe lângă lumea în care noi lucrăm, ne câștigăm salariul, ne socializăm, ne bucurăm de viața de familie.... mai sunt multiple alte realități care ne scot din realitatea de zi cu zi. De ex. dacă citesc un roman, merg la teatru sau la cinema sau sunt preocupat de un joc pe calculator, eu petrec câteva ore intrând în diverse realități ce mi se deschid prin paginile cărții, prin scena teatrului sau prin ecranul de televizor...eu pot să mă identific cu unul sau mai multe din personajele din aceste diverse medii. În vis, sau în visul diurn sau în fantezie pot juca activ fiind eu însumi, dar și ca o variantă modificată a mea, diferită de cea zilnică...la fel...eu pot fi în lumea piesei, a filmului, a jocului și apoi să mă întorc în lumea vieții cotidiene...Pare perfect posibil ca cineva să poată intra în realitatea delirantă la fel cum intră în realitatea visului ori într-o realitate ficțională sau virtuală. La fel ca multiple alte realități unele realități delirante sunt mai mult sau mai puțin rupte de realitatea zilnică, incomensurabile cu legile normale ale rațiunii care guvernează lumea noastră cea de toate zilele. “

Dezvoltând ideea lui Gallanger, se poate sugera că delirul ar putea fi interpretat ca “alunecarea” sau “căderea” subiectului într-un rol schematic și aberant dintr-un scenariu fictiv, din care el nu se mai poate reîntoarce la condiția de bază. Identificându-se plin de convingere cu un astfel de personaj și rol, el reacționează și acționează după o logică specială, valabilă în aria ficțiunii. Dar diferită de cea a vieții curente. Ideea de “rol într-un scenariu fictiv” presupune acceptarea “lumilor multiple” ca parte constituantă firească a vieții de zi cu zi a oamenilor. Ceea ce pare destul de firesc, având în vedere acceptarea consensuală și naturală a existenței instanței divine și a practicilor ce o invocă.

În raport cu scenariul și personajele mitico sacrale, eroii și personajele narativității culturale – teatru, literatură, istorie, biografie – se află într-o poziție intermediară față de realitatea fizico socială a vieții cotidiene. Totuși, nu trebuie ignorat că tot “lumea narativității” e cea care stă și la baza mitologiei sacrale. Istoricul religiilor Mircea Eliade a etichetat mitul ca “o poveste sacră”, în care oamenii cred, plasând eroii săi într-o transcedență creatoare. El a analizat convingător că timpul în care se plasează omul ce participă la un ritual sacral este similar cu timpul ce-l petrece un om când citește un roman sau asistă la o piesă de teatru. Acest timp ține totuși mai mult de realitatea profană, nefiind marcat de caracteristica de omnipotență, cu care sunt investite personajele din lumea sacralului. S-ar putea diferenția în aceste “lumi culturale multiple” zone mai apropiate de supranatural (e.g. vrăjitori, extraterestri) și zone mai apropiate de existență cutumieră (personaje istorice, eroi de biografie, persoane importante ale politicii). Instanța sacrală, prin poziția ei tradițională de realitate originală, “creatoare a lumii”, reprezintă astfel, inclusiv din punctul de vedere al realităților multiple, un aspect special al tematicii și scenariului delirant. Prin simplul fapt că se simte în relație cu astfel de ființe, delirantul se autoplasează evident într-o lume fictivă. În unele deliruri, propria schimbare identitară se exprimă prin valoarea și capacitățile sale (pozitive sau negative), prin misiuni cu care se simte încredințat și chiar printr-o schimbare identitară efectivă.

Timpul mitic al narativității literare după Eliade

Istoricul religiilor Mircea Eliade a subliniat în consubstanțialitate dintre literatura beletristică și mitul religios luând în considerare temporalitatea specifică acestora. El scrie:

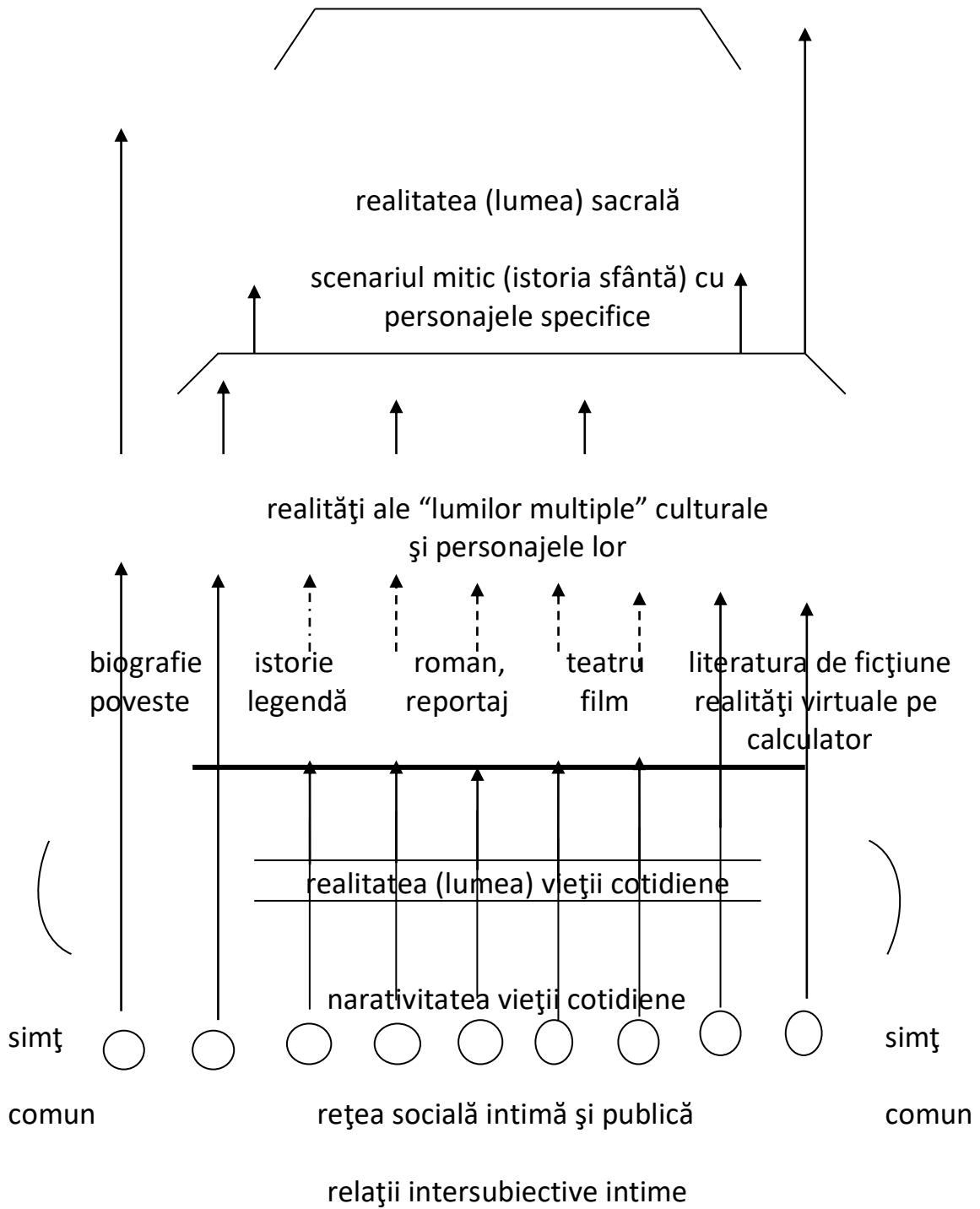
„Ieșirea din timp” realizată prin lectură – îndeosebi prin lectura romanelor – e ceea ce apropie cel mai mult funcția literaturilor de cea a mitologiilor. Timpul pe care-l trăim citind un roman este, fără îndoială, acela pe care-l reintegram într-o societate tradițională, ascultând un mit. Dar și într-un caz sau altul ieșim din timpul istoric și personal și ne cufundăm într-un timp fabulos, transistoric. Cititorul este pus în fața unui timp străin, imaginar, al cărui ritm variază la infinit, căci fiecare povestire își are propriul ei timp, specific și excesiv. Romanul are acces la timpul primordial al miturilor, dar, în măsura în care povestește o istorie verosimilă, romancierul invocă un timp în aparență istoric, dilatat sau condensat însă, un timp care dispune de toate libertățile lumilor imaginare”.

„Realitatea” specială a intrigilor și personajelor literare ar fi de considerat deci, de același tip cu cea cu care e investită instanța personajelor și narațiuni mitice. Aceasta nu e o realitate fizică; dar nu i se poate nega validitatea antropologică. Convingerea persoanei că este un erou dintr-un scenariu narativ, are realitate deplină în perspectiva existenței sale specifice.

În clinicile psihiatrice actuale se întâlnesc, mai rar cazuri de tipul lui Don Quijote sau care se consideră Napoleon, cazuri frecvente în urmă cu un veac. Totuși, în delir pot răbufni și teme arhetipale și fabuloase, ca în cazul lui Breivik.

Patologia delirantă extrage subiectul din existența sa firească comunitară, prin alunecarea sau prăbușirea sa în condiția de personaj a unui scenariu fictiv. Între varianta delirurilor monotematice sistematizate care se pot plasa la marginea condiției vieții cotidiene și varianta delirului religios, în care pacientul se plasează explicit într-o lume supranaturală, majoritatea desfășurărilor delirante, centrate de variate forme ale paranoidei, decontextualizează subiectul în raport cu viața cotidiană, plasându-l ca personaj într-o realitate fictivă, similară modalităților vehiculate de universul cultural narativă.

Realitățile (lumile) ce sunt la dispoziția subiectului concret



5. Delirul și dimensiunea narativă a identității persoanei

Trimiterea la “realitățile multiple” sugerează luarea în considerare a caracteristicii și dimensiunii de rol și de “personaj” a subiectului ce se simte implicat în scenarii narative. Narativitatea este consubstanțială structurii psihismului uman. Cel puțin după Renaștere au început să se scrie tot mai multe biografii și autobiografii, reactualizându-se încercările antice de a consemna istoriile de viață ale oamenilor celebri. Faptul că orice subiect relatează altora evenimente pe care le-a trăit, a fost corelat de psihologia mai recentă cu memoria biografică, care este suportul identității persoanei. Când la cumpăna dintre secolul XIX și XX au fost în vogă personalitățile multiple, a apărut evident că memoria biografică susține identitatea persoanei; astfel încât și în prezent în cadrul Tulburărilor disociative, Tb. mnestice își găsesc un loc alături de cele de identitate. La începutul secolului trecut, Janet a încercat să definească dimensiunea prezentului trăit ca o acțiune pe care un subiect o realizează astfel încât o poate relata ulterior. Trăirea prezentului ar fi deci corelată cu potențialitatea transpunerii sale în narativitate. Ulterior, în sec.XX s-au dezvoltat doctrine filosofice care au pus accent pe structura narativă a persoanei, mai ales din perspectivă etică, așa cum sunt cele ale lui McIntyre și Ricouer. Au urmat grupe de cercetători care au încercat să elaboreze o doctrină narativă a persoanei, ce a rămas deocamdată în stadiul de proiect. Importanța sa constă în faptul că, în conformitate cu această perspectivă, narativitatea biografică firească a oricărui subiect se poate articula cu narativitatea literară a biografiilor și istoriilor. precum și de cea a ficțiunii: a dramaturgiei romanelor, legendelor și miturilor.

Cazuistică
Deliruri cu caracteristici narrative

Un tânăr de 19 ani se internează (1996) în regim de urgență într-o stare de agitație delirantă: e convins că este o persoană importantă peste care a coborât Duhul Sfânt și care va scăpa țara de dezastru, lumea îl privește mai intens datorită importanței sale; există o persoană în oraș, o vrăjitoare care îl supraveghează și care îi cunoaște gândurile și poate să-i transmită gânduri. Apoi, tematica se centrează pe relația cu diavolul; de fapt, cu o armată de draci care e în strânsă legătură cu o vrăjitoare. Descrierile pacientului, deși uneori cu marcate alunecări narrative fabulatorii, se mențin de-a lungul anilor în același univers, cu aceleași personaje. Prezintă pseudohalucinații auditive imperative și comentative: o voce de femeie îi comandă ce să facă; această voce a fost făcută prin vrăji și introdusă în cap tot prin vrajă de către vrăjitoare care e în armata de draci și care acum e în iad. Vocea comentează și acțiunile pacientului, îl critică, îi vorbește urât pe cei din jur; uneori o poate controla și când îi spune „taci voce” aceasta se oprește; în urmă cu un timp vocile i-au ordonat să-l lovească pe tatăl lui asigurându-l că nu va păți nimic, el l-a lovit și a fost internat în spital. De atunci i se împotrivesc când îi comandă ceva.

A fost într-un război cu armata de diavoli încă din copilărie, diavolii îi întindeau tot felul de capcane, în timpul războiului dracii controlau pământul; lui i-au dat injecții letale, prin intermediul medicului psihiatru care era controlat de draci, dar el a câștigat războiul, satana i-a răspândit pe draci în deșert, dar a mai rămas un drac pe pământ care îi tot întinde capcane și îl urmărește; a apărut și la TV și i-a spus pacientului „biserica e spital”. El e o persoană importantă, nu știe dacă Împărat sau Comandant, dar este protejat de Dumnezeu ori de Biblie. E o persoană importantă deoarece Împăratul a însărcinat-o pe mama lui așa cum a fost însărcinată Fecioara Maria și astfel s-a născut el; iar peste 10-20 ani, Împăratul va trimite o navă să plece acasă, în Împărăție sau Paradis, nu știe exact.

Un bărbat de 27 ani, necăsătorit, fără ocupație, în 2012 (25 ani), primăvara, în câteva săptămâni simte o schimbare, că se transformă într-un duh, e în centrul atenției acasă și pe stradă. Se întâmplă evenimente deosebite: mama îi sărută mâinile; bătând din palme el aprinde luminile în oraș; totul se precizează la un moment dat: simte cum bate vântul în oraș și odată cu vântul „a venit credința”; era credincios dar la intrarea într-o biserică s-a deschis ușa singură, simte o cruce pe frunte, a auzit voci care au zis „acesta e fiul lui Isus Cristos”; unele voci erau cunoscute, dar erau ale Mafiei Rusești, se simte urmărit de „celebrii anonimi”, simte că are puteri deosebite, să spele creierul și sângele altora; oprește oamenii pe stradă vorbindu-le despre Dumnezeu și credință. La un consult psihiatric simte că are un personaj mic și alb în burtă cu care psihiatrul discută; medicul îl omoară și îl învie; urmează tratament ambulator.

Peste un an (2013) simte șerpi care umblă pe el și intră în el, erau doi șerpi principali, a intervenit și o „văduvă neagră” care în interpretarea sa e „un șarpe pe liniile de tren CFR, care se urcă pe el și umblă în organele interne”; auzea cum vorbesc niște voci, care traduceau ce vorbea Mafia; se simte urmărit – o nouă internare în spital.

În 2014 se internează pentru: agitație, halucinații vizuale și auditive: personajul ce intervine halucinator este Vlad Tepeș (pe care îl descrie fizic amănunțit), e în corelație cu Mafia, îl mușcă (simte o pișcătură la nivelul inimii), și îi dă sânge de la el, așa că are sânge regal. Vlad Tepeș îl consideră ca și pe copilul lui, îl trage în țepă, îi dă să bea sângele lui însuși și îl învie, vine de 7-8 ori pe zi la el, vorbește cu „cei doi oameni care sunt în el (unul în burtă altul în piept)”, sfârșitul lumii va veni în 2093, a fost la el și Isus Cristos; s-ar părea că părinții lui nu sunt adevărați, că probabil se trage din Mafia rusească, este copilul lui Stalin și a lui Vlad Tepeș.

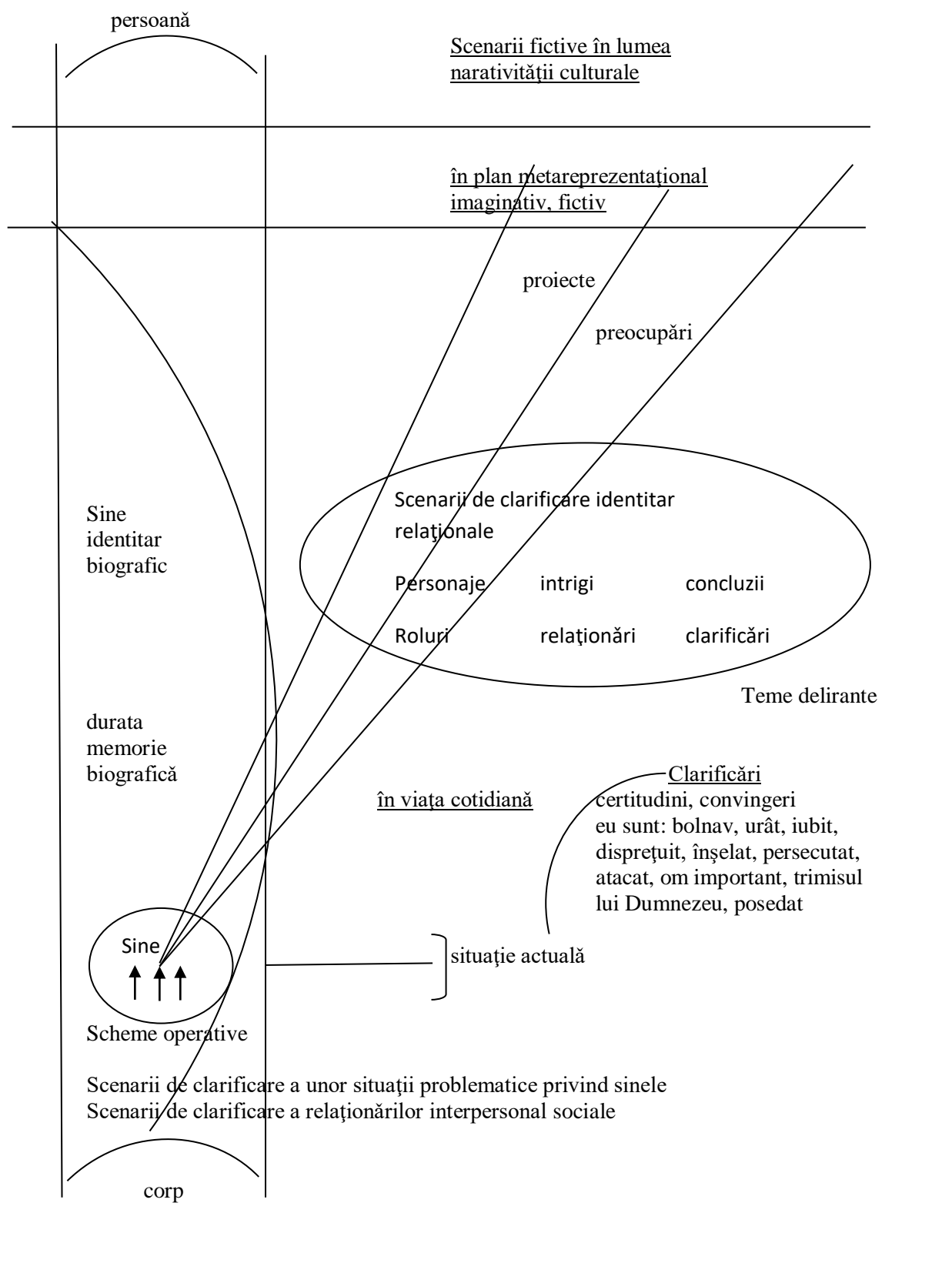
În această direcție s-a dezvoltat psihologia narativă a persoanei a lui McAdams. În cursul vieții de zi cu zi, subiectul participă ca erou la diverse evenimente, ce pot fi considerate ca scenarii dramatice, ce se desfășoară realmente; și care pot fi relatate. El este în mod firesc eroul unor multiple narațiuni, potențiale și reale desfășurate în agora publică. Ele pot fi povestite de alții; sau de însăși subiect, ancorat cum e în dimensiunea identității sale biografice. În acest sens merită atenție ipoteza lui Tomkins, care, în consens cu interpretarea lui McIntyre a identității narative a persoanei, sugerează că “fiecare persoană generează în permanență scenarii dramatice”, sub presiunea evenimentelor curente. Subiectul își asumă regia și rolul ce îi revin în respectivele scenarii, și le “joacă”, cu convingere și eficiență, în viața practică, chiar în afara oricărei narativități corelative imediate. În normalitate, el e în permanență angrenat în multiple scenarii de diverse durate, pe care le poate ierarhiza ca importanță, trecând de la unul la altul; sau părăsindu-le. Dar își menține în permanență identitatea de fond a sinelui biografic și agenția creativității. Pornind de la acest fond, identitar și generativ, el poate desfășura și juca circumstanțial în menționatele roluri, parțial fictive sau imaginare. Sau, se poate adânci, temporar, în realitatea secundă a “lumilor multiple”.

Revenind la problematica psihopatologiei delirului se poate relua afirmația că, spre deosebire de delirul mistic, delirul paranoid sau cel momotematic sistematizat – hipocondriac, dismorfofobic, de gelozie, erotoman, senzitiv de relație - nu sugerează la prima vedere identificarea cu un personaj dintr-un scenariu narativ ficțional. Totuși se poate vorbi și în aceste cazuri de concentrarea existenței pacientului pe un rol, derivat din sistemul de roluri sociale pe care îl comentează sociologia lui Pearson. În viziunea sociologică menționată, care e deja tradițională, rolurile sociale nu sunt doar cele privitoare la statusurile sociale: roluri de sex, vârstă (copil, adolescent, adult, bătrân), profesie, condiție maritală (logodit, căsătorit, văduv etc). Doctrina acceptă și

roluri tranzitorii, cum ar fi cel de bolnav sau de subiect înșelat. Precum și rolul de persoană supravegheată și persecutată de sistemul social, ultimul dovedindu-și cu prisosință realitatea în regimurile totalitare. Mare parte din deliruri, chiar din cele monotematice, ar putea fi interpretate ca o patologie identitară, în care subiectul, în contextul unui deficit psihopatologic, “alunecă” sau “cade” pe orbita identificării cu astfel de roluri. Roluri care de fapt exprimă modalități fundamentale ale omului de raportare adaptativă, pe care el le are constant la dispoziție. Dar care ajung, în condiția delirului, să fie simplificate schematic și distorsionate prin rigiditatea unor evaluări sau poziționări atitudinale aberante. Suspiciunea, gelozia, preocuparea față de sănătate și un aspect corporal atractiv, autoaprecierea pozitivă sau atitudinea critică față de sine, toate sunt structuri funcționale constitutive pentru orice psihism uman. Ele sunt utile și adaptative dacă se mențin flexibile și generative în raport cu contextele. La fel, de altfel, ca în cazul dispozițiilor anxioase, combative sau depresive. Intrarea lor în joc într-o manieră simplificată, rigidă și excesivă, insuficient de justificată e în schimb disfuncțională. Manifestându-se astfel, “instrumentarul” suspiciunii, geloziei, al preocupării față de sănătate, al încrederii în sine etc., plasează subiectul ce alunecă în condiție psihopatologică, în roluri din scenarii decontextualizate, care se alimentează tot mai mult din specificul narativității fictive.

Pornind de la o astfel de interpretare se poate considera că, suspiciunea normală și adaptativă față de intențiile agresive sau de înșelare ale altora, o vedem modificându-se în delir într-o modalitate deformată, exagerată, rigidă, fără argumente reale, în gol, transpusă în scenarii fictive, fantastice. Dar ea are un punct de plecare într-o disponibilitate naturală adaptativă. În măsura în care “se cade pe orbita delirantă paranoidă” , disponibilitatea de suspiciune a subiectului nu mai e angrenată în rezolvarea adaptativă a unei situații reale. Ea mută subiectul, ca

Convingerile delirante derivă din clasificări ale unor situații identitar relaționale problematice



personaj într-un scenariu fictiv al persecuției și intențiilor agresive paranoide. Scenariu care se desfășoară similar cu cel al unei piese de teatru sau a unui roman. Dar, acum, în delir, subiectul nu se mai poate extrage din rolul acestui personaj. El nu mai e în stare, ca în normalitate, să opereze liber cu rolurile și scenariile pe care le regizează și le joacă în viața sa obișnuită, în conformitate cu sugestia lui Tomkins. Și apoi, odată mutată în condiția de personaj a unui scenariu fictiv, identitatea delirantului se va organiza după regulile narativității, ieșind tot mai mult din coordonatele existenței cotidiene. Astfel încât, în final, subiectul delirant poate ajunge eroul unor povestiri fantastice, care nu mai ascultă de nici o regulă a bunului simț cotidian.

O interpretare antropologică a delirului pornind de la ipoteza lumilor multiple a lui Gallanger și de la psihologia narativă a persoanei (Mc Adams, Herman, Tomkins, McIntyre, Ricouer) pune inevitabil accentul pe ideea de rol și personaj special, care absoarbe subiectul delirant. Această viziune se manifestă în strânsă articulație cu aceea că, orice tematică delirantă vizează direct eul, sinele identitar preocupat de propria situație identitar relațională. Sine și eu care, transfigurat în personaj delirant, poate aluneca în scenarii care se articulează și cu viața politică internațională sau cu istoria, cosmosul și divinitatea.

IX

PERCEPȚIA AMBIANȚEI ȘI AUTOPERCEPȚIA; HALUCINAȚIILE ȘI SEMNIFICAȚIILE ANORMALE

1. Psihopatologia percepției

Între tulburările psihotice pe care le comentează DSM-5, alături de delir se află halucinațiile necriticte. Halucinațiile fac parte dintre noile concepte pe care le introduce semiologia psihopatologică a sec.XIX. Esquirol (1838) formulează și definiția clasică: “O convingere intimă într-o senzație percepută ca actuală, în condițiile în care nici un obiect exterior nu stă la baza acestei senzații; halucinatul este un vizionar”. Se poate remarca din definiție, referința la actualitate și trimiterea la tradiția mistică a viziunilor. Deși termenul psihologic de percepție era larg folosit în sec.XIX, se cere menționat că semnificațiile sale teoretice și științifice au continuat să fie dezvoltate pe tot parcursul sec.XX. În tot acest timp a fost acceptată o înțelegere generică a percepției ca receptarea și configurarea subiectivă a informațiilor externe actuale, structurate ca formă și semnificație.

În 1846 Baillarger polarizează halucinațiile vizuale în raport cu cele auditive, ultimele având un caracter mai pronunțat de interioritate; de fapt, el folosește deja pentru acestea expresia de “halucinații psihice”. S-au descris halucinații în toate ariile senzoriale importante: vizuale, auditive, gustative, olfactive, cutanate; dar și în arii mai speciale cum ar fi cele kinestezice, interoceptive, sexuale. Moureau de Tours publică în 1845 o carte în care susținea corelația între tulburările mentale în general și vis, care sugerează o apropiere între acesta și halucinații vizuale. El se baza și pe modificările induse de substanțe psihoactive (hașiș) în analiza halucinațiilor din stările oneiroide. La sfârșitul sec.XIX se descriu halucinații vizuale detaliate dar criticate, la persoane în vârstă, intacte mental dar cu patologie oculară periferică. Astfel de

tulburări descrise și în domeniul auditiv și întâlnite în diverse condiții medicale (epilepsie, migrene etc.) au fost etichetate ca *halucinoze*, fiind considerate distincte de halucinații. În aceeași perioadă medicul rus Kandinsky a comentat, pe baza unor experiențe proprii și referiri la literatura științifică a vremii, trăiri de tip halucinator care însă nu au caracter de exterioritate perceptivă: “imagini și cuvinte care izvorăsc spontan din interior, cu care mă distrez”. Aceste *pseudohalucinații* sau halucinații psihice resimțite în “spațiul psihic interior”, au fost apropiate de Jaspers de reprezentările mentale. Ey și Claude (1932) le corelează cu trăiri de tipul obsesionalității și ideății intruzive, atrăgând atenția asupra perturbării “cursului ideativ”.

Dacă lăsăm pentru moment de o parte pseudohalucinațiile, restul fenomenelor de tip halucinator sunt resimțite ca plasate în lumea exterioară, înconjurătoare, de obicei împreună și alături de perceperea celorlalte lucruri și evenimente. Altă tulburare perceptivă tradițională o reprezintă iluziile, în sensul deformării formale sau de semnificație a datumului perceput. Perceperea insuficient de clară a unui obiect în semiîntuneric (de ex. a unui băț) poate fi recepționată pentru moment ca iluzie, în sens de prezență a ceva periculos (de ex. un șarpe). Condiții pentru o percepere deformată pot ține de o configurare spațială particulară, de deficiențe în sinteza perceptivă a subiectului sau de așteptările sale. Dacă cineva se teme să nu se îmbolnăvească, el va fi hiperatent la orice senzație corporală mai aparte, concentrându-se asupra acesteia, scoțându-o în relief și dându-i o interpretare aparte. Ne apropiem de condiția, frecventă în psihoze, a percepției reliefate (“*salience*”) decontextualizată și hipersemnificată. Un om gelos poate decupa din comportamentul soției sale în societate doar un fragment perceput, pe care-l scoate din context și îi dă o semnificație de infidelitate. Sau o persoană suspicioasă extrage din comentariile altora o singură frază, o rupe de restul discursului și o reinterpretează ca ostilă față de sine. O manifestare psihotică ce implică și percepția o reprezintă trăirile referențiale. Subiectul are sentimentul că unele aspecte perceptivă au o semnificație specială

pentru el, că se impun ca niște mesaje ce urmează să-i transmită ceva important. Fenomenul capătă o intensitate deosebită în “atmosfera delirantă” ce precede instalarea “delirului primar” printr-o “percepția delirantă”.

În patologia perceptivă poate juca un rol important capacitatea reprezentativă și imaginativă a subiectului. Există persoane la care aceste funcții sunt în mod special dezvoltate așa cum sunt artiștii plastici și chiar scriitorii narativi, ce povestesc evenimente și descriu personaje în mod pregnant. Și în viața curentă întâlnim persoane cu o capacitate crescută de configurare “eidetică”, fapt ce se manifestă de ex. prin ghicitul în cafea sau în nebuloasa norilor. În corelație cu aceasta ar putea fi puse *halucinațiile funcționale*, ce constau din trăiri pregnant halcinatorii resimțite atât timp cât subiectul percepe anumite informații vag structurate. De ex. aude clar voci care-l comentează doar în momentul în care cântă niște păsări sau trece un tramvai.

Prezentarea și comentariile de mai sus atrag atenția asupra faptului că patologia percepției, de altfel ca și percepția normală, se petrece la întâlnirea dintre subiect și situație. Mai precis, la nivelul conjuncției dintre: -un eveniment uman în care subiectul e cuprins dintr-o anumită incidență, și despre care obține informații actuale; - și, pe de altă parte, dimensiunea sa identitară mnestic biografică, ce se află la momentul dat angrenată în proiecte și preocupări ce se întâlnesc cu evenimentul respectiv. Persoana proprie, dincolo de identitatea sa biografico caracterială și de implicarea în proiecte și preocupări, are și o identitate socio culturală aflându-se constant înrădăcinată în propriul corp. Dacă perceperea ambianței variază în permanență, perceperea în sens larg a propriei persoane și mai ales a propriului corp este continuă, chiar dacă e subliminară, fiind referențialul de bază în perceperea lumii de către subiect.

Perceperea normală și patologică a propriului corp

Către sfârșitul sec.XIX a început să fie studiată și psihopatologia percepției propriului corp plecând de la diferențierea între simțul cutanat, celelalte simțuri și “sensibilitatea interioară”. Încă Aristotel acorda o importanță specială simțului pipăitului pe care îl corela cu sensibilitatea “a cărnii în general”. Mai recent, în sec.XVIII s-a încetățenit ideea lui Locke privitoare la faptul că, corpurile se caracterizează pe lângă extensia spațială pe care o invocă Descartes și prin soliditate. Pe această bază în sec.XIX s-a diferențiat între sensibilitatea cutanată, care ne deesparte de lumea exterioară conturându-ne limitele corporale perceptibile de către alții și de către noi înșine (Tastsin în germane – Weber). Și sensibilitatea comună, internă (Gemeingefuhl – în germane) ce a fost numită apoi cenestezie. În interioritatea corporalității sale, subiectul poate resimți, pe lângă senzațiile correlate instinctualității – sete, foame, greață, sexualitate, plăcere, durere) – și senzații difuze de discomfort, cenestopatii, asociate cu un sentiment de oboseală, de astenie fizică. Perceperea corporalității s-a corelat și cu trăirile emotive și dispoziționale – anxietate, depresie, iritabilitate, emoții sociale etc.; precum și cu blocarea acestora prin “anestezie afectivă”. A apărut treptat și conceptul de “anhedonie” care include pierderea intenționalității și dispozibilității de a se orienta apetitiv în raport cu lumea și cu ceilalți și de a rezona pozitiv la aceasta.

Către sfârșitul sec.XIX a început să se contureze și conceptul de sine, de conștiință de sine; iar mai târziu cel de “agenție”, de apartenență la sine a propriilor acțiuni și propriilor trăiri. Deoarece psihologia populară a plasat întotdeauna sufletul - mintea – în interiorul corpului, “în piept”, “în cap”, localizarea sinelui și a conștiinței a fost și ea elaborată ca fiind intracorporală. Pe această bază în a doua jumătate a sec.XX fenomenologia (Husserl, Merleau Ponty) a elaborat doctrina “intersubiectivității intercorporeale”, care preluată de cognitivism a jucat un rol important în dezvoltarea psihologiei și psihopatologiei dezvoltate și evoluționiste.

Revenind la percepția limitelor corporale, perturbarea acestora a fost semnalată în psihopatologie cu mențiunea că la acest nivel se consideră dificilă diferențierea între iluzie și halucinație. În alcoholism, delirium tremens s-au descris halucinații cu animale mic ce se urcă pe corp; iar în intoxicația cu cocaină au fost comentate “furnicații”. Comentarea dismorfofobiei de către Morselli a atras atenția asupra aspectului expresiv al limitelor propriului corp. Acesta a fost comentat apoi în sec.XX prin prisma noțiunilor de imagine și schemă corporală. Autopercepția corporală a integrat în sec.XX nu doar senzațiile corporale și proprioceptive ci și pe cele artromiokinetice și vestibulare.

Diverse aspecte ale psihopatologiei percepției corporale - iluzii, halucinații, ideea prevalent delirantă au fost apoi comentate în cadrul sindromului de depersonalizare, derealizare. În corelație cu acesta poate fi plasat și sindromul obsesiv al contaminării cu murdărie, microbi, substanțe, conjugate cu compulsia spălării. În spectrul patologiei obsesive compulsive sunt plasate și alte tulburări în care există o preocupare anormală față de limitele corpului: dismorfia corporală, delirul senzitiv odorant, tricotilomania, compulsia escoriațiilor etc.

Propriul corp e resimțit constant – așa cum deja s-a menționat - ca sediu al sufletului, al minții proprii, ca locul din care izvorăsc și prin care se realizează propriile dorințe, intenții, acțiuni. Corpul trăit, care prin limitele sale instituie punctul de plecare în raportarea la “lumea exterioară spațială”, e prezent apoi ca un topos în care se adâncește interioritatea subiectivă a persoanei, centrată de sinele său reflexiv și intențional. În această interioritate se localizează și emergența intențiilor, deciziilor acțiunilor și comunicărilor; adică “agenția” sa. Și tot aici se află zona intimității secretului personal.

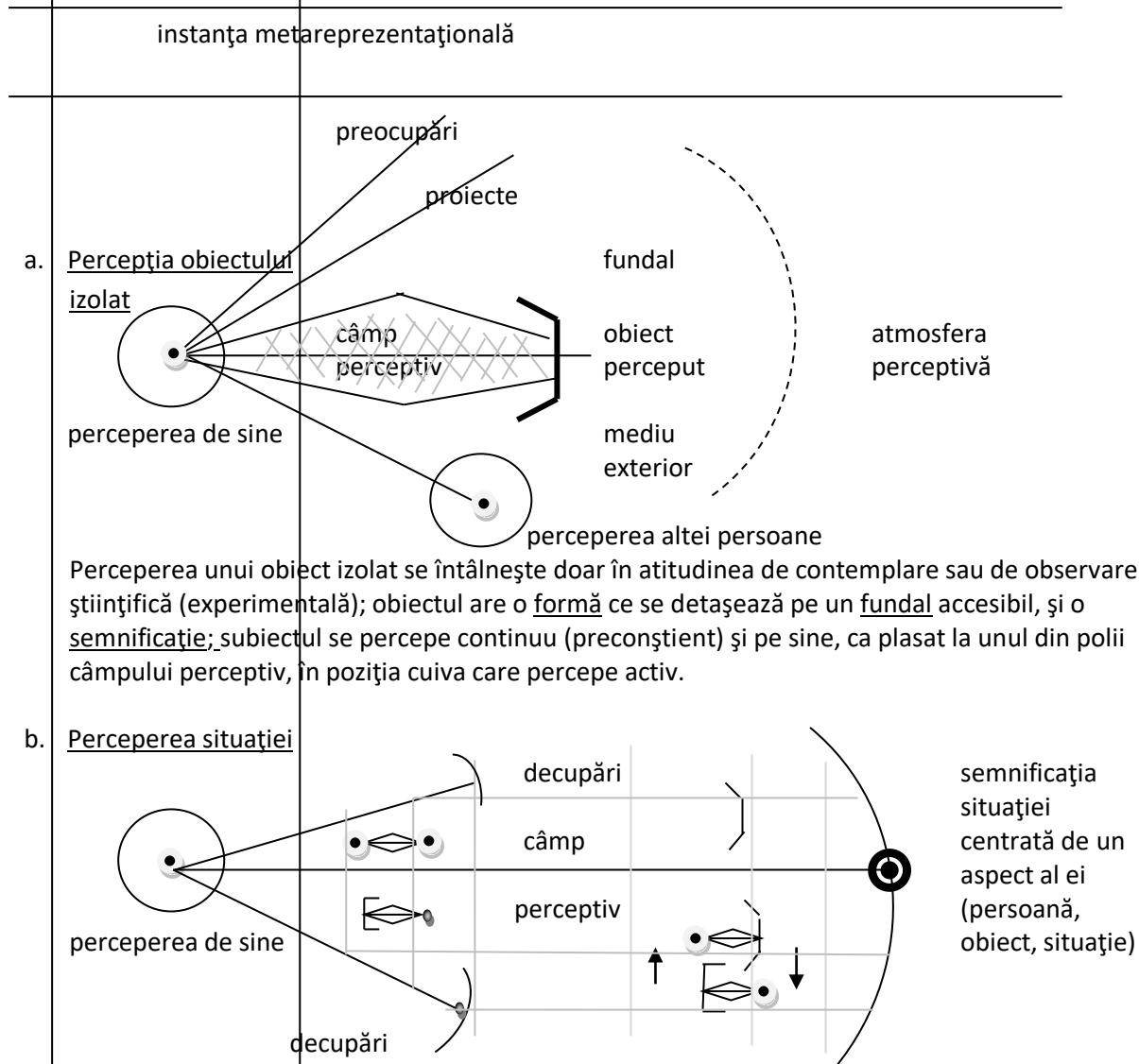
Receptarea perceptivă a propriului corp în calitate de element al lumii fizico-biologice ambientale, poate fi marcată și ea de trăiri de tipul iluziilor și halucinațiilor. Acestea sunt de obicei integrate în sd. mai amplu al depersonalizării, care vizează în esență identitatea și autonomia de agenție a persoanei.

Comentând psihopatologia perceptivă se cer subliniate câteva lucruri: - Perceperea este o referință la prezent, la actualitate, la fel ca decizia sau acțiunea; - Perceperea se referă la o configurare structurată a informației actuale, obiective, ce se detașează pe un fundal accesibil; - ea poate fi centrată pe un obiect sau pe o situație globală - prin percepere se înțelege, pe lângă aspectul central al sesizării unui lucru delimitat și structurat formal (spațial) și semnificația sau valoarea acestuia. Ultimul sens menționat poate conduce spre înțelesuri speciale ale percepției (e.g. percepția atitudinii altuia în raport cu subiectul, percepere semnificației unei situații, autoperceperea de sine etc.).

2. Percepția în lumea animală și la om

Percepția la indivizii biologici. Funcția cognitiv perceptivă este desigur prezentă și la mamiferele superioare. Ea are în vedere receptarea directă și nemijlocită a unei informații configurate și semnificante, prezentă efectiv într-o situație dată, pe care individul biologic o poate utiliza în rezolvarea problemelor sale circumstanțiale. Referința este atât la situația problematică în general – e.g.

Două aspecte ale percepției



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

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

Perceperea propriei persoane are un sens central, implicând reflexivitatea și condiția de referențial ultim a sinelui.

prezența unui predator periculos în apropierea unui grup de căprioare; cât și la elementele acesteia – e.g. deplasările de atac nemijlocit ale lupului. Ierarhizarea și structurarea informațiilor se realizează în mare măsură spontan, la nivelul filtrului atențional, prin operații ale encefalului. Obținerea de informații perceptivă are însă și o componentă activă, ce implică dinamica întregii corporalități.

Informația percepută de un individ biologic are limite, care țin de caracteristicile speciei și condiția individului respectiv la momentul dat. În cadrul unei specii indivizii au o anumită conformație corporală, cu o configurare și plasare definită a organelor de simț; precum și o structură funcțională determinată a encefalului ce poate prelucra informațiile. De ex. mirosul poate fi mai dezvoltat decât văzul iar privirea poate fi laterală și nu focalizată central ca la om. Apoi, un individ anume poate avea diverse vârste, și, în consecință, variate experiențe proprii câștigate. El se poate afla în variate stări de vigilitate, dinamizat de varii obiective circumstanțiale (căutarea de hrană și adăpost, interes pentru acuplare și multiplicare, pentru îngrijirea puilor etc.).

Prin dotarea genetică a creierului său individul biologic poate diferenția perceptiv ființele din jur (intra și extraspecifice) partajându-le în dușmane, indiferente sau ca posibili parteneri; și își poate ierarhiza congenerici (după vârstă, sex, dominanță etc.). Informațiile situaționale obținute prin percepție, raportate la cele din memoria structurală și câștigată, îi permit individului decizia și urmărirea câte unui obiectiv fixat, până la realizarea sa; proces în cursul căruia obține și prelucrează continuu informații situaționale din ambianță, inclusiv aflate sub pragul structurării perceptivă.

Mamiferul depozitează experiențele informative obținute perceptiv – și integrate în evenimentele trăite – în memoria sa de durată medie și lungă, ce se află într-un permanent proces de reorganizare circulantă, stând mereu la dispoziția sa. Un indice al acestei memorii circulante îl oferă perioadele de somn paradoxal (de activitate encefalică de tip “vis”) ce durează aprox. 10% din

durata somnului. Informațiile mnestice sunt apoi operaționalizate în situațiile trăite, fiind actualizate de semne sau indici evocatorii, de alertă. În aceste împrejurări nu ar fi exclus ca unii indivizi biologici să aibă reprezentări pregnante, de tip oneiroid. Deci, un fel de halucinații.

Percepția la persoanele umane. Percepția individului uman presupune întregul fundal prin care ea funcționează în biologie. Intervin acum desigur și de particularitățile psihismului uman conștient așa cum sunt: - capacitatea metareprezentativă pe care o susține limbajul narativ și care asigură operarea cognitivă pe modele ale realității date; - libertatea de opțiune și acțiune pe care o introduc funcțiile executive; - aportul cogniției sociale. Ca un bilanț al acestor coordonate se manifestă ceea ce omul actual numește subiectivitate reflexivă a conștiinței, ce redimensionează psihismul de tip biologic, înrădăcinat în propria corporalitate a subiectului. Subiectivitatea reflexivă și interioritatea psihismului personal se întreține și prin relaționarea subiectului cu alte persoane umane conștiente; relaționare ce se desfășoară după o diagramă intim/public în interiorul structurilor practico-teoretice ale unei lumi umane girată de norme, valori și transcendență. În permanență, în lumea înconjurătoare subiectul percepe alți oameni, pe care-i identifică inițial prin corporalitatea lor; dar și ca persoane dotate cu o minte proprie, cu o conștiință subiectivă, reflexivă, intențională și cogitantă, la fel ca și a sa. Relaționarea și comunicarea cu aceștia implică situația apropierii și intimității sufletești. Dar și în condițiile chiar a identificării sufletești din dragoste, autonomia și identitatea subiectului, delimitarea și centrarea sa prin propriul sine se păstrează.

Dată fiind mobilitatea pe care o asigură libertatea de acțiune, subiectul își poate muta și concentra voluntar atenția perceptivă asupra unor diverse aspecte ale unei situații actuale date. Faptul include nu doar atenția acordată evenimentelor, obiectelor și altor persoane; ci și cea pe care subiectul și-o acordă sie-și, ca și corporalitate, ca persoană ce gândește și decide; sau ca actor ce joacă roluri în scenarii sociale.

Lumea umană în care persoana își desfășoară existența îi apare acesteia în primă instanță prin artefactele produse de oameni, constând din unelte și edificii cuprinse într-o rețea de semnificații normative. Între aceste artefacte se află și instrumente care îi amplifică capacitatea de percepere. Ea este apoi impregnată de semnificațiile limbajului narativ. Percepția constă, încă din lumea animală, dintr-o receptare concomitentă a aspectelor formale ale lumii și cea a semnificațiilor acesteia. Odată cu limbajul narativ critic, la om se dezvoltă enorm rolul semnificațiilor în fenomenul perceptiv. Perceperea se poate referi la receptarea unui mesaj, transmis prin viu grai, prin scris sau printr-o altă tehnologie de mediere. Iar mesajul poate evoca o situație, un obiect, un om, o relație, un eveniment, o istorie etc. În același sens, perceperea interacțiunii cu altul presupune situația dialogului. Din aceeași arie face parte perceperea contemplativă a unui ritual sacral, a unui spectacol de teatru, a unui concert simfonic sau a unei expoziții de pictură; sau, lectura unui roman. Prin universul semiotic ce-l introduce limbajul narativ, lumea omului e plină de entități – lucruri și ființe necorporale – ce au pentru el o semnificație specială. Instrumentele, lucrurile de folosință, operele culturale, biografiile și istoriile narate, toate sunt obiecte perceptibile, similare până la un punct cu lumea naturii fizico biologice, cu piatra, pomul, animalul, munții sau luna. Dar cu alte moduri de descifrare și alte semnificații. Doar în acest sens se poate vorbi de autopercepția de sine.

În universul semiotico narativ menționat, un loc special îl ocupă narațiunile despre alți oameni și despre sine, mai ales dacă sunt însoțite de elemente figurative (desene, portrete etc.). Orice om se reprezintă pe sine în narațiuni, atunci când își povestește întâmplările; sau când și le amintește. Reprezentarea cvasiscenic-teatrală, dramatică, a evenimentelor trăite,

Înțeleluri ale percepției

Conceptul de percepție nu a fost familiar antichității, psihologia teoretică a lui Aristotel invocând în genere sensibilitatea – informația obținută din lumea fizică de cele cinci simțuri – ce era transmisă de simțul comun spre un centru, interferând cu fantezia și memoria, pentru a fi preluată de nous – intelect. Percepția e prefigurată de stoici odată cu conceptul de reprezentare. În Europa trebuie așteptată perioada de după Descartes, când Leibnitz introduce noțiunea de percepție, în corelație cu monodologia sa; și ca acesta să fie preluată de Wolf în tratatele sale de psihologie și utilizată de Kant în prima sa Critică. Conform acesteia, categoriile sensibilității și intelectului operează prin intermediul instanței sensibile a poziționării percepției, pentru a constitui fenomenele lumii. Psihologia teoretică a reluat în sec. XX problema percepției sensibile prin Bergson și mai ales prin fenomenologia lui Husserl. Heidegger a circumscris „situația” ca și structură apriorică prin care Dasein-ul se afirmă în lume – ca proiect, dar incluzând percepția.

Dimensionarea prin limbaj a psihismului uman face ca realitățile perceptibile ale lumii să aibe pentru el și o variantă conceptuală. Acest lucru a fost intuit de Platon când a lansat termenul de *idee*, derivat din cel de *eidos*, ce însemna aspect, formă perceptibilă. Reluarea în dezbatere a acestei problematice de către fenomenologia lui Husserl a dus la tema „intuiției eidetice” ca un fel de percepere nemijlocită a esențelor.

Psihologia experimentală s-a orientat asupra percepției în special în sec. XX prin școala configuraționistă (gestaltistă) care a studiat experimental datum-ul perceptiv ca ceva delimitat formal, structurat intern, semnificant și proiectat pe un fundal accesibil. În actul de percepție este inclus și subiectul care constituie un „câmp perceptiv”, centrat de figura avută în vedere. Configuraționiștii au subliniat faptul că percepția se realizează și în timp, exemplul clasic fiind cel al receptării unei melodii sau a unui mesaj. De la această școală a rămas ideea că percepția se referă mai ales la ceva bine delimitat și structurat.

O reorganizare a problemei s-a produs odată cu demersul fenomenologic a lui Merleau Ponty, care – dezvoltând o idee a lui Husserl – a insistat pe intersubiectivitatea ce se realizează odată cu percepția altei persoane, mediată de percepția corporalității trăite. Iar corporalitatea trăită semnifică identitatea întregii persoane, localizată într-un topos determinat a lumii fizico biologice, ca referențial reflexiv pentru intenționalitățile sale actuale în raport cu lumea. Direcția psihologiei fenomenologico configuraționiste ce pune accent pe corpul trăit și pe intenționalitate, a fost preluată și de cognitivism, stând la baza dezvoltării „cogniției sociale” și a capacității de mentalizare (Theory of Mind). Aceste nou înțeleluri au fost asimilate de psihologia și psihopatologia developmentală și evoluționistă. În ultimele decenii s-a analizat mult dimensiunea intențională a percepției și întrețeserea dintre actul de percepție și receptarea informației.

O problemă ce persistă este cea a receptării informaționale de la nivelul inferior și cel superior configurării semnificante a percepției. La un nivel mai bazal întâlnim receptarea primară a informației, unde selecția filtrului atențional ierarhizează primar informațiile importante de cele periferice, în funcție de preocuparea și intenția subiectului. La un nivel supraordonat, percepțiile figurative sunt cuprinse în scenarii și texte narrative, semnificante.

Psihopatologia urmează să țină seama de toate aceste aspecte ale problematice percepției.

reprezintă un fundal pentru noile percepții ale oricărui om. Și, de asemenea, pentru deformările sale perceptive. În această perspectivă fiecare om contemporan cu noi îl poate “percepe” pe Don Quijote.

3. Patologia perceptivă în arie vizuală și auditivă

Când, în sec.XIX, Esquirol a formulat prima definiția a halucinațiilor ca “percepție fără obiect”, el a făcut o trimitere specială scriind: “Halucinatul este un vizionar”. Această observație a sugerat pentru contemporanii său invocarea viziunilor mistice, fapt ce nu poate funcționa decât metaforic. Tradiția misticii creștine nu oferea, în afară de Apocalipsă, exemple literare pregnante. Misticii se retrag, desigur, din viața cotidiană apropiindu-se, prin rugăciuni și exercitarea credinței de instanța transcendentă a ființării sacre. Dar trăirile resimțite în extaz sunt speciale, transactuale, făcând parte dintr-o instanță ontică puțin figurativă în care domină lumina, neputând fi descrise în limbajul uman. Astfel încât “viziunile mistice”; nu pot fi invocate ca modele pentru halucinații. Există, desigur, descrieri literare, ale unor instanțe supranaturale; dar tradiția abundă mai ales în scene terifiante din chinurile iadului, ca în **Infernul** lui Dante, care sunt în esența lor lumești. Iar în aceste evocări, ceea ce apare în prim plan este talentul configurator și evocator a celui ce le-a descris pregnant, la fel ca harul lui Cervantes când ni-l prezintă pe Don Quijote.

Este adevărat însă că, tradiția religiilor s-a referit constant și la prevederea și pre-zicerea viitorului, de obicei a celui relativ apropiat. Această capacitate sau dimensiune spirituală a vizionarilor – a celor ce văd în viitor, prezicându-l -, nu aduce însă în discuție nici ea elemente perceptive. La evrei, Samuel era etichetat ca “văzător”; iar profeții, anunțau și ei evenimente viitoare, bazându-se însă doar pe “viziuni” imagistice. În plus, astfel de viziuni în măsura în care există, se cer interpretate hermeneutic. Prezicători ca cei de care se foloseau romanii putea citi sau ghici viitorul privind forma ficatului unor animale sau zborul păsărilor. Hermeneutica a unor date perceptive nu cere însă

nici măcar deformarea sau amplificarea lor imaginativă, pentru că, ceea ce se cere formulat ca interpretare pre-zicătoare, sunt evenimente ce nu au o legătură nemijlocită cu elemente perceptive.

Stimularea unor percepții ieșite din comun a fost totuși practică constant de slujitorii cultelor sacrale din diverse locuri și timpuri, ca punct de plecare pentru experiențe spirituale aparte la credincioși în stare de transă. În mare parte din culturile cunoscute s-au folosit în acest sens substanțe psihoactive. Studiul experimental în sec.XX a unora din aceste substanțe, ca bulbocapnina, psilocibina (dar și a unor produși sintetici chimici similari ca LSD), a indicat că ele produc modificări perceptive variate: distorsiuni ale conturului, formei și mărimii obiectelor, ale raportului figură fond, apariția de culori, figuri geometrice, obiecte și ființe izolate, scene panoramice statice și în mișcare. Modificările perceptive se referă însă și la propriul corp, la schema corporală, până la sentimentul de pierdere a limitelor; apoi la modificări ale percepției timpului, la stări emotive variate, până la extaz. Astfel de substanțe erau utilizate în cursul – sau în corelație nemijlocită – cu ritualul sacral, fapt menționat și de vechile texte indiene Vedice care menționează în acest sens o substanță “soma”. În aria mediteraniană s-au folosit băuturile alcoolizate de tipul vinului pentru a favoriza stări deosebite de “transă” prin care se ieșea din parametrii vieții cotidiene, pentru a se apropia de instanța deității. Procesul ritualic de obținere a transei, presupune un loc și un moment aparte, prezența reprezentanților cultului, mascați cu însemne speciale, derularea spectaculară a scenariului ritualic cu evocarea narativă a legendei mitice, muzica și dansul ce susțin incantația etc. Consumarea substanței psihoactive – a vinului în cadrul Marilor Dyonisiace - era doar un element ajutător, pentru inducerea stării de transă mistică, în care putea cădea câte un participant. Dacă cel aflat în transă, în mijlocul atmosferei impregnate de prezența ființelor supranaturale ale mitului evocat, avea unele “viziuni”, acestea se încadrau în coordonatele ritualului

respectiv, a lumii supranaturale speciale în care acesta îl introduce pe credincios, desprinzându-l vremelnic de ambianța vieții cotidiene.

Apropierea între halucinat și vizionar poate funcționa deci doar ca o metaforă.

În afară de cadrul ritualului sacral, o altă trimitere pe care psihopatologia a avut-o în vedere, tot de la început, pentru a interpreta trăirile halucinatorii, a fost cea spre visul somnului. Visul se derulează în interiorul condiției de detașare de ambianța pe care o induce somnul; și e resimțit ca scene în derulare, toate predominant vizuale; deci, el nu se bazează pe prelucrarea informațiilor actuale, pe care subiectul le centrează. Logica și cursul derulării visului scapă controlului visătorului. Clinica psihiatrică a susținut această apropiere a halucinațiilor vizuale de vis, dată fiind tulburarea confuzo onirică (în exprimare franceză) din stările infecțioase și febrile, care comportau și o denivelare în grade variate a stării de vigilitate, cu dezorientare spațio-temporală. Pe acest fundal se manifestă trăiri de tip halucinator predominant vizuale, “oneiroide”: scene la care subiectul simte că participă, alături de persoane cunoscute sau necunoscute. Implicarea subiectului este atât afectivă cât și psihomotorie în concordantă cu conținutul scenariului oneiroid.. Tematica scenariilor poate fi profesională, terifiantă sau euforică. Iar derularea e lipsită de coerență, ca în vis. În funcție de gradul de vigilitate, ambianța actuală poate fi percepută concomitent, mai clar sau mai estompat. Uneori oneirodia se poate amesteca cu percepțiile adecvate ale lumii ambientale; alteori ea se rezumă la un spațiu bine delimitat, încadrată de perceperea cadrului mediului perceput. Halucinațiile vizuale pot fi nu doar scenice ci și izolate: persoane, animale, diavoli, halucinații simple. Mai rar pot apare în acest context halucinații olfactive, auditive, cutanate. În delirium tremens din alcoolism s-au descris clasic halucinații cu animale mici ce se urcă pe corp. Manifestări oneiroide pot apare și postoperator, după reanimare.

Apropierea dintre stările oniroide și halucinațiile vizuale este argumentată și de halucinații hipnagogice, ce apar la intrarea în somn, până ce vigilitatea nu a dispărut complet; și de cele hipnapompice, mai rare, ce apar la trezire. Ele se pot manifesta și la pacienți ce prezintă narcolepsie; adică momente de bruscă adormire în timpul vigilității diurne, însoțite de scăderea bruscă a tonusului muscular. În toate aceste cazuri se incriminează o perturbare în derularea ciclului normal a somnului cu vise, care include la om 20% perioade de “somm paradoxal”, în care subiectul “visează”. Fenomenul visului s-ar datora unui proces de reorganizare ciclică a memoriei circulante, de durată medie.

Trăirile de tip oneiroid trimit deci, direct la o disfuncție a “mecanismului psihocerebral” ce susține desfășurarea somnului cu vise; care pentru om este o moștenire biologică, înscrisă în structura encefalului. S-a dovedit că fondul mnestic funcționează, într-una din importanțele sale dimensiuni, într-o modalitate circulantă, datele de memorie realizând prin această dinamică noi conexiuni; ele revin periodic pentru a se oferi utilizării de către actualitatea psihismului conștient. Același mecanism ar sta la baza “cursului ideativ” ce se derulează în fundalul psihismului vigیل, susținând asociațiile de idei și creativitatea; dar și ideația intruzivă ce poate aluneca în obsesii nedorite.

Configurarea unei percepții situaționale pe baza receptării informațiilor actuale, presupune deci articularea acestora cu datele de memorie ce revin în întâmpinare și “se acordează” cu contextul exterior dat. Dacă informația ambientală e ignorată, ca în unele momente de relaxare, subiectul se poate “lăsa pradă unei reverii cu ochi deschiși”. “Imageria” resimțită în acest context nu are pregnanța și detaliile percepției curente, plasându-se într-un “spațiu interior”. Care, deși nu ignoră complet scena lumii exterioare date, nu avansează până la ea. Psihologia memoriei a comentat sub denumirea de “ecmnezie” reactualizarea unor amintiri ce capătă pentru scurt timp caracteristica de actualitate perceptivă. Iar psihopatologia aduce în discuție reactualizările reprezentative pregnante sub formă de “flash back”-uri, ce se repetă

cvasiobsesiv la cei cu reacție de stres posttraumatic. Subiectul nu este complet deconectat față de situația actuală dar invazia figurativă “de tip perceptiv” a unei scene terifiante trăite în trecut, se insinuează pentru scurt timp în prezent; și acaparează atenția subiectului, bulversându-l.

Manifestări de tipul percepțiilor halucinatorii pregnante dar criticate, au fost descrise începând din sec.XIX în tulburări neurologice și ale analizărilor vizuale și auditive. Aceste “halucinoze” apar și în afectarea căilor vizuale retrochiasmatică, infarcte corticale, epilepsie. În epilepsia cu localizare parieto temporală, halucinațiile pot fi olfactive dar și vizuale, scenice. Lipsa altor tulburări psihice în aceste cazuri indică faptul că funcțiile cerebrale sunt capabile să genereze singure configurații perceptive, ce sunt plasate în spațiul lumii înconjurătoare.

Trăiri de tip halucinator s-au constatat apoi și în condițiile deprivării senzoriale. La mijlocul sec.XX s-au efectuat o serie de experiențe, în corelație cu pregătirea cosmonauților ce urmau să petreacă mult timp în spațiu în condiția unui deficit de solicitări senzoriale, incluzând-o pe cea gravitațională (asupra sistemului vestibular și artromiokinetic). S-a constatat că, menținerea timp îndelungat în condiții de semi întuneric, izolare fonică și nemișcare, conduce la apariția unor neformații perceptive predominant vizuale. Acestea sunt cel mai des simple figuri colorate, obiecte, animale, oameni; rar scene în desfășurare. Trăirile de tip perceptiv ce apar în astfel de condiții se referă și la muzică, expresii, reamintiri de texte etc. Dincolo de utilitatea acestor cercetări pentru astronomică, ele pot explica trăirile de tip halucinator ce apar în condiții de monotonie informațională (e.g. în deșert sau întinsuri de zăpadă). De fapt, problema care s-a pus în psihiatrie a fost cea a deficitului de stimulare în genere, inclusiv lipsa solicitărilor din partea altor oameni și a exercitării unor activități cutumiere care să implice noutate. Acest aspect s-a conjugat cu alte observații făcute de psihiatrui care au demonstrat că substimularea psiho-socială și senzorială a schizofrenilor, prin internarea îndelungată în condiții de monotonie,

agradează simptomatologia deficitară. Fapt ce a încurajat ideea unei stimulări adecvate în cazul internărilor prelungite; și, evitarea pe cât posibil, a instituționalizării îndelungate.

Psihopatologia perceptiv vizuală are în vedere în primul rând “scena lumii exterioare”, ambientale, care înconjoară spațial orice individ, atât în lumea biologică cât și în cea umană. Pe această scenă diverse obiecte și ființe se află fizic mai aproape sau mai departe de propriul trup, cuib sau casă. Iar accesul la un obiectiv sau confruntarea cu un dușman, se face pe anumite traiectorii evaluate și descifrate vizual. În ea, el percepe constant și alte persoane umane, cu care comunică prin medierea logosului narativ și normativ valoric. Relaționarea interumană e esențialmente bazată pe rostire și pe receptarea vorbirii altora, a “vociilor” celorlalți.

Halucinațiile auditive au fost diferențiate încă de la început de cele vizuale deoarece ele se concentrează pe “auzirea de voci”. Iar rostirea în mod evident nu e doar receptată din exterior, ci și produsă, în permanență de către însăși subiect, în strânsă corelație cu elaborările sale ideative. De aceea s-a vorbit încă din sec.XIX de halucinații audio-verbale și ideo-verbale. Acestea trimit spre generarea gândurilor și intențiilor de comunicare verbală la nivelul cursului ideativ. Deci, la un nivel profund al “interiorității psihismului subiectiv”, la alt pol față de exterioritatea percepțiilor și halucinațiilor vizuale, plasate în spațiul exterior.

Halucinațiile auditive, care sunt cele mai importante în psihoze, pot fi desigur și neverbale. Acestea, ca zgomote sau melodii, au o importanță mai redusă. Cât despre halucinațiile verbale, ele evocă universul relaționărilor interpersonale, fiind prezente mai ales în delirul paranoid. Nu trebuie ignorat faptul că dezvoltarea ontogenetică se realizează de la început, din perioada de sugar, în mediu lingvistic; iar relațiile cu alții atașează constant comunicării nonverbale vizuale, și pe cea verbală. Deși, în spațiul vieții intime, a relației cu mama predomină comunicarea, cu expresivitate non-verbală, comunicarea

verbală rămâne importantă. Prin ea se exprimă rostirile apelative, interogative, de rugăminte, sfătuire, amenințare, solicitare de iertare, etc. Chiar dacă vorbesc puțin, persoanele apropiate sufletește folosesc cuvinte pentru a se susține reciproc, a se încuraja, îndemna, alina; uneori chiar șoptind. Apoi, prin limbaj oamenii dialoghează, deseori comentându-l pe un altul, caracterizându-l pozitiv sau negativ. Comunicarea verbală trece în prim plan însă în spațiul public, în raport cu persoanele oficiale și străine. De aceea halucinațiile audio verbale au deseori un caracter xenopatic, de relaționare cu cineva mai îndepărtat sufletește sau străin. În sfârșit, nu poate fi ignorat d.p.d. psihopatologic nici dialogul interior, doar marginal verbal, în care subiectul se confruntă cu el însuși.

Halucinațiile ideo-verbale sunt comentate în ultimul timp din perspectiva – și sub sintagma – “oamenilor ce aud voci”. Acest fenomen este considerat ca răspândit în populația generală, o mare parte din persoanele ce aud voci ne reprezentând tulburări psihice diagnosticabile sau care să necesite tratament. În noiembrie 2013 s-a ținut la Melbourne Congresul Mondial al celor ce aud voci, prevalența acestora în populația generală fiind evaluată la aprox.13,2%. S-au studiat și reliefat particularități dintre cei ce aud voci și au nevoie de tratament și cei ce nu au nevoie. Faptul de a auzi voci e un fenomen complex care depinde de cultură, angajare spirituală, particularități personale, conjuncturale, stări maladive diverse, astfel încât nu toate cazurile sunt încadrabile în psihoze.

Halucinațiile audio-verbale, pot fi apelative, adresându-se subiectului pe nume, ca și cum l-ar chema; sau injurioase, amenințătoare, acuzative. Ele mai pot fi imperative, recomandând sau comandând pacientului să facă anumite acte, dirijându-l. Uneori îndeamnă sau poruncesc acte agresive, ca lovirea sau omorârea cuiva; sau sinuciderea. Halucinațiile imperative se cer diferențiate de controlul voinței și sentimentul de dirijare, de impunere a actelor a celor cu SD. de transparență/influență. Halucinațiile comentative constau din două sau mai multe voci, care discută între ele despre pacient, fie evaluându-l ca și persoană, caracter valoare, fie comentând actele ce le face, intențiile și gândurile ce îi vin

în minte. Mai rar vocile discută între ele neclar, ca o “rumoare”. De cele mai multe ori însă, sentimentul pacientului este că aceste conversații se referă la el.

În cazul halucinațiilor apelative și imperative, subiectul resimte o raportare directă față de alții, care i se adresează. Vocile care-i vorbesc sunt “personalizate”. Ele sunt efectiv personaje ce participă direct la derularea scenariului delirant. Și aceasta, atât atunci când pot fi clar identificate ca aparținând cuiva cât și dacă identificarea e aproximativă sau trimite la personaje anonime. Poate fi auzită în acest sens și vocea lui Dumnezeu, a Fecioarei Maria sau a diavolului. Halucinațiilor comentative, chiar cele anonime, impersonale, “vizează” deci subiectul, “îl au în vedere”. Ele nu sunt discuții pe care alții le poartă fără legătură cu el. Toate halucinațiile audio-verbale presupun faptul că subiectul resimte și își reprezintă existența altor persoane reale sau fictive în relația acestora cu el. Faptul se corelează cu reprezentarea delirantă a prezenței altor persoane în instanța metareprezentățională a propriului psihism. În concluzie, dacă halucinațiile auditive ar reprezenta, așa cum s-a formulat de unii cercetători, o exteriorizare a unei raportări lingvistice intrapsihice cu o alteritate, ele presupun evident o prezență a altora în însăși interiorul propriului psihism. Adică a imaginii și reprezentării despre lumea pe care subiectul conștient o centrează.

4. Spațiul intern al subiectivității, autopercepția și halucinațiile psihice

Halucinațiile, în calitate de trăiri “de tip perceptiv” sunt proiectate în spațiul exterior subiectului, corelate, direct sau indirect, cu suma informațiilor actuale percepute, structurate spațial se articulează cu scenariile delirante ce se derulează în instanța metareprezentățională a psihismului persoanei. În calitate de trăiri “de tip perceptiv” ele sunt corelate “direct sau indirect” cu suma informațiilor actuale selectate de subiect din ambianța lumii înconjurătoare,

structurate spațial și centrate de propriul său corp. Dar, pe de altă parte, ele se articulează și cu interioritatea psihismului personal ce se organizează în jurul duratei și memoriei biografice, printr-o schemă temporală ce se întrețese cu imaginarul și productivitatea acestuia. Încă din antichitate Aristotel a subliniat că informațiile obținute din lumea exterioară sunt sintetizate în centrul psihismului de către intelect, în jurul memoriei și imaginarului. Iar în psihologia scolastică și la începutul modernității, dimensiunea mnestică imaginativă a “simțului intern”, temporal, a fost diferențiată de “simțul exterior” al spațialității, ce permite ordonarea elementelor lumii ambientale. Bazându-se pe informațiile venite din lumea înconjurătoare dar și pe memorie și imaginar subiectul elaborează modele ale lumii în care există. El operează pe astfel de modele metarepresentative – în structura cărora un rol esențial în joacă limbajul narativ – pentru a schița strategiile prin care se raportează la ceilalți oameni; precum și la lumea umană din jur, în vederea rezolvării problemelor practice și a clarificării scenariile identitar relaționale.

În plus, dimensiunea conștientă metareprezentățională susține și percepția reflexivă de sine. Autopercepția este un fenomen continuu, bazat în primul rând pe informațiile ce sosesc neîntrerupt prin toate sistemele informative senzoriale ale propriului corp; inclusiv cele interoceptive și artromiokinetice, ultimele susținând desfășurării mișcărilor, a acțiunilor.

Ea se referă însă la sesizarea reflexivă a întregii structuri identitare și a lumii proprii, centrată de un sine valoric înrădăcinat în propriul corp și definit social. Resimțirea continuă a acestui fundal și referențial personalistic e doar etichetată prin expresia "percepție de sine", ea nefiind comparabilă cu percepția unui obiect exterior.

Imaginația – fantasia – a fost introdus în psihologie de Aristotel, fiind cultivată de întreaga psihologie antică, până la stoici. Apoi, în cadrul psihologiei teoretice a Europei, ea s-a corelat strâns cu “simțul intern” al temporalității, ajungând să joace un rol esențial în concepția lui Kant privitoare la intelectul și rațiunea umană. În viziunea lui Kant, imaginarul, strâns întrețesut cu simțul intern al temporalității, - derivat din durata existenței biografice - este cel prin intermediul căruia, sinteza apriorică a a percepției conduce datele senzoriale ale percepției, spre constituirea, cu ajutorul categoriilor, a fenomenelor lumii umane.

Fenomenalitatea pe care o susține percepția este pozitivă și circumstanțială, în sensul că ține de prezent și de datum-ul oferit de pozitivitatea datelor perceptive. Simțul intern al temporalității de care e articulat imaginarul edifică însă și identitatea duratei personale, biografico caracterială. Eul persoanei se raportează atât la lumea exterioară, spațială, pe care o percepe variabil, cât și la lumea interioară, a gândirii, în care subiectul resimte reflexiv că “el însuși” e cel ce gândește, așa cum sublinia Descartes. Iar această subiectivitate se adâncește în durata sa biografică și se înrădăcează în propriul corp.

Caracteristica subiectiv conștientă a psihismului uman se corelează deci cu capacitatea sa imaginativ autoreprezentativă, care mediază între receptarea perceptivă directă a informațiilor situaționale și datele memoriei (biografice și nominale). La nivelul instanței sale metareprezentative subiectul poate opera pe modele probabiliste ale evenimentelor percepute și le poate sintetiza narativ, asimilându-le astfel în memorie. De asemenea, el poate imagina scenarii ale relațiilor sale problematice, cărora încearcă să le găsească o soluție.

Autoperceperea implică un continuu sentiment de “centralitate”, subiectul simțind în permanență că sinele său, localizat în toposul corpului propriu, este sediul din care emerge, din care se nasc și se afirmă toate gândurile și intențiile sale în raport cu lumea din care face parte. Lume în mijlocul căreia se plasează, resimțindu-și trăirile ca fiind “ale sale”, integrate în identitatea sa, ca aparținându-i (funcția de apartenență, “ownership” a sinelui). De asemenea subiectul resimte că el însuși este autorul, agentul care generează propriile gânduri, intenții, dorințe, decizii, acțiuni, exprimări (funcția de “agenție” a sinelui). Și aceasta chiar și atunci când este sfătuit de alții sau i se poruncește. Subiectul se percepe astfel ca delimitat de alții – de alteritate și de lumea ce-l solicită, centrat de sinele său intențional și reflexiv. În intimitatea sinelui său, în acest “spațiu al interiorității subiective”, subiectul se autoevaluează, își selectează amintirile, reprezentările, intențiile, ideile, se decide. Aici el poate să

își cheme și să-și reprezinte evenimentele trăite doar pentru sine, în aria secretului său personal. Amintirile pot însă apărea în mintea sa și nesolicitate. Există un dinamism spontan, proiectiv al psihismului care, sprijinindu-se pe memoria circulantă, generează și propune în mod continuu reprezentări imagistice și ideatice. Faptul se concretizează în ceea ce psihologia și psihopatologia au numit “curs ideativ” sau “flux al conștiinței”. Pornind de la aceasta se desfășoară și pseudohalucinațiile.

Sub denumirea de pseudohalucinații au fost descrise trăiri asemănătoare halucinațiilor, care nu au însă caracter de exterioritate perceptivă spațială : e.g. voci care sunt auzite în cap sau în inimă, în stomac. Mai rar sunt invocate imagini, de obicei figuri simple dar colorate pe care subiectul le « vede » apărând spontan în spațiul său intern. Pseudohalucinațiile sunt distincte de fenomenele de memorie, imaginație sau percepție, fiind mai apropiate de reprezentări involuntare. Ele se mixtează cu apariția spontană a unor idei în fundalul conștiinței, fiind independente de organele de simț. Seglas a apropiat fenomenul de gândire și vorbire interioară, atrăgând atenția asupra lipsei unui vocabular psihologic adecvat pentru a le descrie. Ey și Claude le-au atașat de gândirea intruzivă și obsesivă. E vorba, oricum, de fenomene psihice pe care subiectul le poate sesiza în fundalul subiectivității sale conștiente, la un nivel la care se derulează spontaneitatea fluxului ideativ.

Protagoniștii temei pseudohalucinațiilor în sec. XIX, Hagen și Kandinsky, se refereau la ideea lui Kahlbaum (din 1847) care susținea existența în creier a unui “centru al apercepției”, care generează spontan trăiri de tip imaginativ, cvasihalucinatorii, în corelație cu centrul memoriei. Kandinsky, bazat pe psihologia lui Wund, sugera o asociație între această activitate generatoare și cea a unui centru al conștiinței, care constată, înregistrează, filtrează, sintetizează. Conștiința ajunge să recepteze în unele împrejurări, alături de ideția obișnuită a fluxului ideativ ce conține și reprezentări imaginative, imagini vii, pregnante ce-i vin din interior și i se impun fără

intenția sa; și pe care nu le poate influența. Dar pe care le poate contempla în spațiul psihic intern.

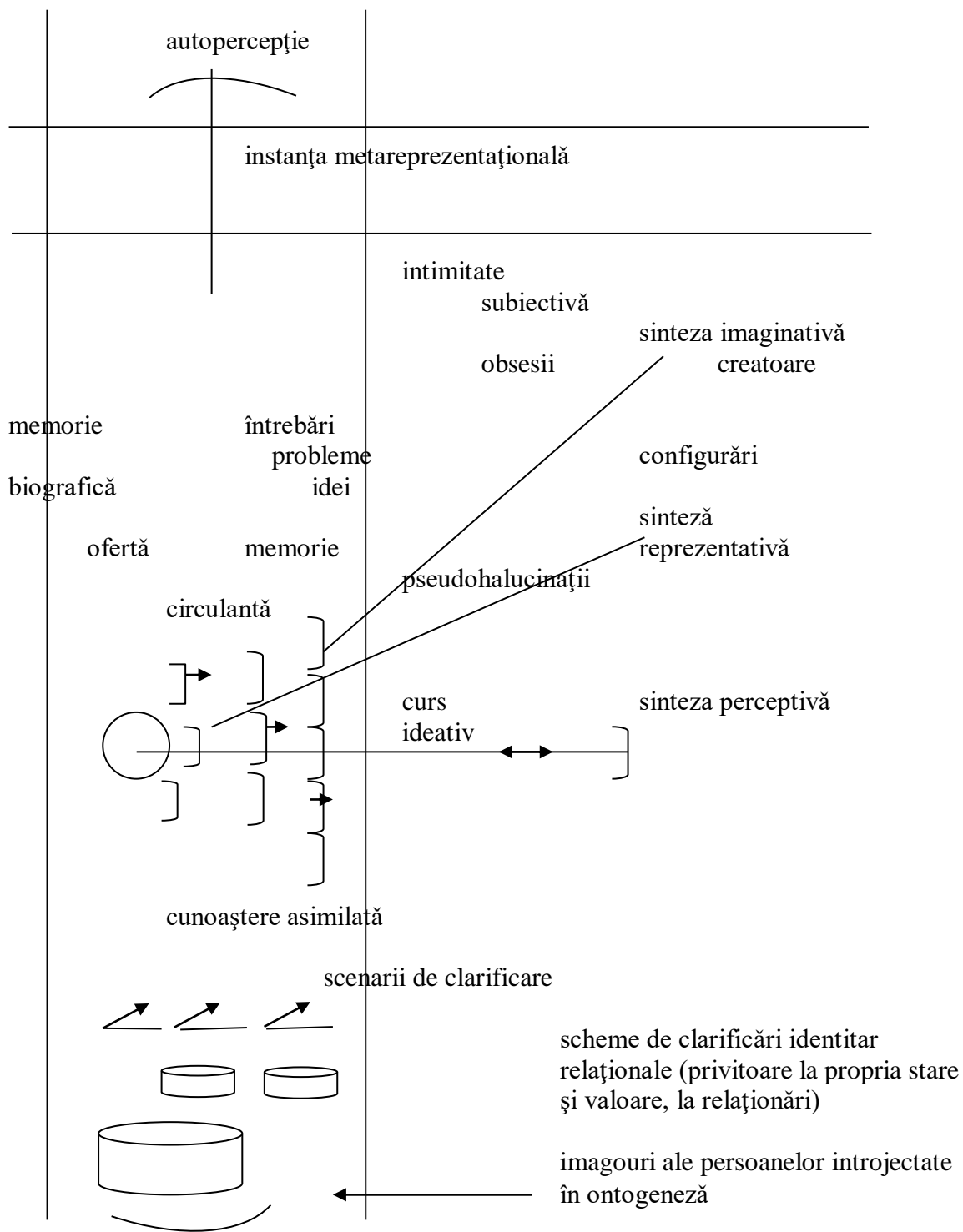
Pseudohalucinațiile, așa cum au fost ele descrise tradițional și cum se întâlnesc și în prezent, pot fi corelate cu alte trăiri, psihopatologice și normale. Cele psihopatologice se referă la tulburările formale ale cursului ideativ: ideția intruzivă, presiunea gândirii, mentism, asociații bizare, fuga de idei, ecoul gândirii.

În perspectiva normalității, fluxul ideativ se deschide în direcția preocupărilor sau solicitărilor persoanei, punând la dispoziția acestora o bază cât mai largă de informații interne ce pot fi accesate și selectate. Pornind de la acest nivel, dacă se trece în direcția unei acțiuni sau a unei realizări în plan ideativ verbal – așa cum ar fi rezolvarea unei probleme sau transmiterea unui mesaj – fluxul ideativ intră în serviciul unor funcții executive orientate spre atingerea scopului. Integrând datele astfel obținute subiectul le “personalizează” în aria agenției sale. Sursa din care se alimentează cursul ideativ este însă amplă. Asupra acestui aspect ne atrage atenția psihanaliza și arta suprarealistă.

Cura psihanalitică a asociațiilor libere stimulează conștientizarea unor structuri mai profunde ale circulației datelor mnestice în corelarea lor cu scenariile motivaționale și intenționale ale “complexelor inconștiente”. Pe măsură ce acestea ajung să fie verbalizate și sunt interpretate în spațiul relațional dintre terapeut și pacient, acesta din urmă ajunge să decripteze, ca într-un fel de oglindă, aspecte structurale profunde, blocate în adâncimea psihismului său identitar. Cel puțin acesta era doctrina lui Freud, care susține că pe această cale se petrece și o restructurare a psihismului, benefică pentru sentimentul de identitate autonomă a sinelui.

Creativitatea se bazează și ea, în orice domeniu, pe pulsațiile fundalului mnestic imaginativ și ideativ. Este tocmai ceea ce a avut în vedere suprarealismul când a cultivat “dicteul automat”. Dar materialul creativ brut odată produs spontan, el necesită o prelucrare creatoare conștientă, care-l

Chenar 52



personalizează. Inspirația, ce era pe vremuri atribuită unui geniu, e dublată la orice creator de truda finisării prin care ea e supusă agenției psihice a creatorului. Opera de artă astfel produsă capătă autonomie, având asupra sa pecetea personalizantă a celui ce a realizat-o.

Pseudohalucinațiile se rezumă însă doar la înregistrarea unor producții imaginative ideatice a cursului ideativ anormal, fără nicio interpretare sau prelucrare.

5. “Centralitatea” psihopatologică, dispoziția și percepția delirantă

Iluzia perceptivă și fenomenul salience – hipersemnificarea unor detalii decontextualizate – susțin, prin mecanismul unei interpretări patologice, o bună parte a convingerilor delirante monotematice, cum ar fi cele de gelozie, persecuție sau hipocondriace. Preocuparea și argumentarea delirantă caută să se sprijine pe “evidența” unor astfel de fapte perceptive. În psihopatologia delirantă se ajunge frecvent și la trăirea unui sentiment de “centralitate”, ce se conjugă și el cu trăiri perceptive particulare. Sentimentul de centralitate constă din impresia dominantă a subiectului că se află în centrul unor evenimente importante, care se pregătesc pentru el, care îl privesc. Trăirile senzitive de relație, ce constau în impresia că alții privesc subiectul în mod deosebit și îl comentează, se corelează cu acest fenomen. Dar e vorba doar de o intersecție, deoarece valențele senzitivității relaționale sunt multiple: curiozitate, comentarii depreciatoare de batjocură, supraveghere etc. Iar trăirea centralității nu se rezumă la resimțirea unor priviri speciale ale altora, atenția pacientului fiind atrasă de variate detalii ale ambianței, culori, numere, fenomene atmosferice etc. Acestea îi apar ca mesaje misterioase ce îi sunt transmise, astfel încât subiectul intră într-o tensiune de așteptare ce poate crește progresiv.

Până la un punct tensiunea menționată e similară celei anxioase; dar ea nu mai e chiar așa de difuză, de vreme ce e vorba de ceva ce se anunță și se apropie progresiv. În plus, nu totdeauna e presupus un eveniment amenințător. Intervin apoi semnalele. E vorba de percepții obișnuite, uneori chiar de detalii minore,

care se impun ca un fel de mesaje. O culoare – de ex.roșie – un cântec de pasăre, zgomotul unei mașini ce trece, un cuvânt de pe o firmă, câteva cifre, o melodie de la radio, întâlnirea unui prieten, felul cum e aranjată o vitrină, toate nu mai sunt întâmplătoare și indiferente. Ele se încarcă de o semnificație deosebită:...”oare ce vrea să însemne (ce mesaj special pentru mine poartă) acest număr, culoare, zgomot etc.?” Nimic nu mai e indiferent...fragmentele realității se învârt în jurul subiectului într-un vârtej crează o atmosferă specială ce crește și îl amețește. El îi interpelează pe cunoscuți:...” ai văzut!!...De vreme ce nu înțelege clar ce se petrece, subiectul se simte înconjurat de semnale aluzive, cu subînțeles. Alteori este convins că i s-a transmis un mesaj cifrat sub forma unui titlu din ziar sau a unei expresii de la radio. Aceste adresări “care îl vizează personal” pot fi resimțite cu dublu înțeles: unul comun pe care-l poate descifra oricine; și altul secret, pentru sine. În “atmosfera sau dispoziția delirantă” pe care o trăiește, pacientul poate considera că un comentator de la TV “îl privește direct în ochi”...sau, chiar, că e privit cu înțeles de o statuie, de un animal, de un câine de ex.

Starea de așteptare și tensiune se amplifică până la un moment dat când, o percepție banală (sau o amintire, o intuiție) iese în relief și îi clarifică brusc subiectului o idee delirantă, ce se referă la rolul său de personaj central într-un scenariu tematic fictiv...” deci, sunt urmărit de Mafia internațională deoarece urmează să fie ales președinte ONU”...”sunt vinovat pentru toate războaiele din lume și condamnat la chinuri veșnice”...Acesta e scenariul clasic care s-a profilat la începutul sec.XX și a fost etichetat de Jaspers ca delir primar constituit printr-o percepție delirantă în urma unei dispoziții delirante primare. Jaspers considera că doar pe această cale se ajunge la “delirul propriu zis”, diferit de stările deliroide.

Din scenariul procesului psihopatologic comentat de Jaspers pentru delirul primar, se poate reține că în el nu intervin neapărat halucinațiile. Percepțiile sunt în general corecte, dar fragmentate și decontextualizate. Iluziile

pot fi prezente; dar suntem acum dincolo și de simplele percepții reliefate, importante pentru delirurile sistematizate de tip paranoiac. În prim plan e o dispoziție specială, atmosferică, în sensul că subiectul se simte înconjurat de “percepții – mesaje” misterioase. Dispoziția delirantă e deosebită nu doar de dispozițiile ce susțin implicarea în viața cotidiană, ci și de dispozițiile afective anormale maniacale, depresive sau anxioase. Deoarece sentimentul dominant este apropierea unui eveniment interior, a unei metamorfoze, ce se va petrece cu sine. În această atmosferă de straniețe, de nefamiliaritate, nu e așteptată o informație exterioară clarificatoare a unei probleme situaționale, ca în anxietate. Ci o informație revelatoare ce deschide un nou orizont interior, o nouă înțelegere a lumii, ceva neobișnuit ca în cazul producerii unei metanoia spirituale.

În modelul pe care-l propune Jaspers pentru instalarea delirului primar rolul central îl are percepția delirantă. Aceasta e o percepție banală care devine purtătoarea unei semnificații care, reduce tensiunea dispoziției delirului și parcă deschide brusc ușa spre intrarea pacientului într-un scenariu aberant, în care el devine un personaj. De ex. perceperea unui câine negru îi relevă brusc că “e bolnav de cancer hepatic și va infesta întreaga omenire cu EBOLA, înainte de sfârșitul lumii”. Jaspers insistă în mod special asupra rolului semnificației care, deși e consubstanțială oricărei percepții intervine în cazul delirului primar cu sens special. El scrie:

“Experiența delirului primar este analoagă cu sesizarea directă (de tip vizual) a semnificațiilor (Sehen von Bedeutungen). Conștiința unei semnificații particulare produce o transformare radicală. Receptarea intruzivă directă, imediată (unmittelbar) a noii semnificații este experiența fundamentală a delirului primar. Nu e vorba de o interpretare, ci de o experimentare directă a unei semnificații aparte pe care o ocazională percepere a unui lucru sau a unei situații, care formal rămâne normală și neschimbată. Orice experiență delirantă primară este o experiență a semnificațiilor”.

În continuare Jaspers dă câteva exemple de delir primar recent instalat:

“Dintr-odată (pentru pacient) lucrurile par să semnifice ceva cu totul deosebit. El vede oameni în uniformă pe stradă; acești sunt, desigur, soldați spanioli. Apar alte uniforme; sunt acum soldați turci. Este (desigur) arhiducele mort care a reînviat. Două persoane ce se întâlnesc cu Schiller și Goethe...(alt pacient). Plecând dimineața de acasă am constatat în piața brusc că ceva e în neregulă cu ceasul; s-a oprit brusc și a început să meargă în alt sens; m-am gândit că se apropie sfârșitul lumii; am văzut niște soldați și mi-am dat seama că sunt o persoană “așteptată”; ei au trecut uitându-se la mine, mi-am dat seama că lumea se învârte în jurul meu....Când a trecut o mașină nu am auzit-o...pe măsură ce mașina se apropia am simțit că parcă emit ceva care ar putea-o opri...începeam să refer totul la mine, parcă totul era făcut pentru mine...lumea nu se uita la mine și asta parcă-mi transmitea că sunt o ființă îngrozitoare și de aceea evită să mă privească”.

Exemplele lui Jaspers ilustrează nu doar mutația bruscă pe care o resimte pacientul într-un univers ireal și incomprehensibil marcat de centralitate, ci și caracteristicile de ficțiune ale acestui univers, în care apar personaje istorice și culturale, extrase desigur din memoria pacientului. Este ca și cum acesta a trecut pragul spre o altă lume, spre un tărâm de ficțiune, din care nu-și mai poate reveni spontan. Totul se petrece ca și cum ai începe să citești o carte de basme fantastice sau ai urca pe o scenă unde se joacă un teatru absurd; și ar adopta cu convingere rolul unuia dintre personaje, urmând ca în continuare să trăiești după regulile de desfășurare a scenariului piesei. Și încă, fără a mai putea reveni apoi în sala de spectacol și pleca acasă, în mijlocul vieții cotidiene.

X

DEDUBLARE PSIHICĂ, AUTONOMIE, IDENTITATE DEPERSONALIZARE, TRANSPARENȚĂ/INFLUENȚĂ, TRANSPERSONALIZARE

1. Tulburarea de depersonalizare/derealizare disociativă standard

Una din tulburările aparent ciudate dar care e semnificativă pentru specificul uman al psihopatologiei este sindromul de depersonalizare/derealizare (Sd.**dep/der**). El e plasat în clasa tulburărilor disociative și caracterizat astfel în DSM-5:

Depersonalizarea se referă la un sentiment (trăire, experiență) de nerealitate, detașare, nefamiliaritate sau de a fi un observator exterior față de propriile gânduri, sentimente, senzații, corp sau acțiuni (se pot include alterări perceptive, distorsiuni ale sensului timpului, nerealitatea sau absența sinelui, anestezia sau indiferența afectivă).

Depersonalizarea constă în experimentarea irealității și detașării de ambianță (e.g.indivizii și obiectele sunt experimentate ca nereale, ca în vis, ciudate, lipsite de viață sau distorsionate vizual).

În timpul experiențelor dep/der testarea realității rămâne intactă.

Sentimentul de nerealitate și detașare din depersonalizare se poate referi la întregul sine sau la părți ale acestuia. De ex. pacientul poate afirma: „eu nu mai sunt cineva...eu nu mai am sine...sunt nimeni....; știu că am sentimente dar nu le mai simt, gândurile mele îmi apar ca și cum nu ar fi ale mele...capul mi se pare umplut de bumbac...etc.” Poate fi resimțit un redus sentiment al agenției: se simte ca un robot, sau automat, ca ne mai având control asupra propriei vorbiri și asupra propriilor mișcări. Depersonalizarea se poate manifesta și ca o dedublare a psihismului prin care o parte observă și alta participă, exemplul cel mai pregnant fiind

sentimentul de a fi în afara propriului corp sau a exista într-o lume paralelă. Apar experiențe corporale anormale, subiectul se poate simți ca în vis sau ca după un clopot de sticlă, în interiorul unui balon transparent etc. Ambianța pare artificială, fără culoare și viață, uneori cu perceperea unor distorsiuni formale; modificări ale câmpului vizual, vedere aplatizată bidimensională sau cu exagerarea tridimensionalității, obiecte mai mari sau mai mici, culori șterse sau vii, sunete estompate sau stridente.

Sd.dep/der a fost descris în sec.XIX de către Krishaber (1873) care îl caracteriza ca „o stare în care apare sentimentul sau senzația că gândurile și actele scapă persoanei sau îi devin străine”. Termenul s-a impus prin Dugas (1894, 2011) care publică împreună cu Mautier și o monografie cu titlul „La dépersonnalisation”. Definiția pe care acesta o avansează este: „o stare morbidă ce presupune pierderea sensului identității personale și sentimentul de straniețate sau irealitate a propriei lumi și a propriilor acțiuni”. Sindromul a fost identificat în multe afecțiuni psihiatrice și neurologice (epilepsie, migrene) dar și în condiții de epuizare și stres. La începutul sec.XX expresia de „depersonalizare” a fost utilizată și în psihoze, de ex. de Jaspers, pentru caracterizarea patologiei schizofrenice. Opțiunea s-a menținut un timp, astfel încât Langfeldt a comentat diferența între „schizofrenia depersonalizantă” care dezorganizează structura persoanei și episoadele „schizofreniforme”. Varianta autist deficitară a schizofreniei a fost de asemenea mult timp etichetată ca „depersonalizare anonimizantă și devitalizantă”. Totuși, sd.dep/der centrat pe sentimentul subiectiv al nefamiliarității în raport cu sine și ambianța, a fost în continuare descris și separat de psihoze. El s-a dovedit a se manifesta mai ales în strânsă legătură cu stările anxioase (atac de panică), cu cele depresive și obsesive (Janet a insistat asupra sentimentului de „incompletitudine” din psihastenie, care se însoțea însă și de ambivalență și ruminății mentale). Ținându-se cont de faptul că în aceste cazuri e vorba de o tulburare în care

„testarea realității” rămâne intactă, corelația sd.dep/der cu psihozele și procesualitatea schizofrenă a trecut, treptat, în plan secund. Odată cu înlocuirea conceptului de histerie prin cel de tulburări disociative, și cu preluarea de către noul diagnostic a întregii moșteniri psihopatologice a bolii atribuită pe vremuri uterului, sd. dep/der a fost atașat acestei clase de tulburări. Faptul se datorează parțial apropierea fenomenologiei sale de stările de înlocuire sau pierdere a identității, inclusiv a celor din transă cu posesiune, înregistrate tot mai frecvent de psihiatrii din diversele părți ale lumii în condițiile globalizării. În paralel cu sintezele manualelor oficiale de diagnostic DSM III-5 și ICD-10-11, cercetătorii mai recentii au reluat însă și studiile privitoare la implicarea unor aspecte din sd. dep/der în apariția unor simptome specifice schizofreniei deficitare susținând astfel și o variantă „obiectivă” a unei depersonalizări anonimizante.

Dintre simptomele ce caracterizează sindromul de depersonalizare/derealizare standard, câteva se cer subliniate. În primul rând este vorba de resimțirea unei speciale dedublări psihice (observator extern al propriului psihism și corp). Apoi caracterul eminent subiectiv al acestei simptomatologii, neobservabil prin nicio manifestare comportamentală sau corporală. Faptul îl diferențiază față de stări dispoziționale ca anxietatea și depresia; dar și de celelalte tulburări disociative. În plus, spre deosebire de acestea, nu se manifestă în acest sindrom nicio trimitere relațională față de o alteritate de tip personalistic. Alt aspect specific e sentimentul de nefamiliaritate cu lumea și cu sine, ce trimite până la un punct, spre alte condiții decât viața cotidiană, așa cum ar fi visul, realitatea ficțiunii literare sau a mitologiei religioase. Ar mai fi de remarcat dispoziția de neimplicare și detașare, chiar de indiferență, diferită de toate celelalte dispoziții umane. E indicată astfel o zonă specială a psihismului uman care precede, ca o condiție de posibilitate, stările dispoziționale în general.

O sinteză recentă a simptomatologiei sindromului de depersonalizare/derealizare (standard)

(după Sierra – 2009)

- Asomatizarea: - Pierderea sentimentului de apartenență la sine a corporalității: corpul e resimțit parțial sau total străin; - Pierderea sentimentului că subiectul este agentul mișcărilor pe care le face, simțindu-se ca un automat (fără ca “agenția” să fie atribuită altora ca în SPR); - Sentimentul de a se simți în afara propriului corp (halucinațiile autoscopice sunt rare – 15%); - Autoobservarea detașată a propriului comportament, cu dedublarea eului: unul din euri acționează, celălalt observă; - Distorsiuni perceptivă corporale: părți ale corpului sunt resimțite mai mici sau mai mari, deformate, cu senzații particulare (“ca și cum capul ar fi mare și de vată”).

- Dezafectualizarea, indiferența emoțională: - Trăirile emotive nu mai sunt resimțite, subiectul nu mai simte plăcere sau bucurie (anhedonie), nu mai e impresionat de muzică, nu se mai bucură de prezența altora și nu mai rezonează afectiv împreună cu ei (deși poate înțelege starea lor afectivă); - Anestezia afectivă nu se manifestă corporal și nu e evidentă expresiv, ca în schizofrenie.

- Desinvestirea afectivă personală a reamintirilor și a imaginărilor ce-l implică pe pacient, pe care subiectul le trăiește detașat, fără semnificație personală: “îmi amintesc lucrurile ca și cum nu mi s-ar fi întâmplat mie”; - Alterarea sensului duratei : timpul apare ca lipsit de relief și direcție; pot apare fenomene de “déjà vu”, “deja vecu”. Fenomenele se corelează nu doar cu tulburările temporale ale reamintirii ci și cu cele spațiale, corelate perturbării resimțirii corporalității;

- Sentimentul de “gol mental”, însoțit de dificultăți ale atenției, concentrării sintezei; subiectul trebuie să facă un efort conștient pentru a realiza diverse sarcini, fapt ce favorizează “hiperreflexia”. Minte apare “rece”, “înghețată”, opusă efervescenței entuziasmului creator.

- Derealizarea: sentimentul de a fi rupt de lumea înconjurătoare. Aceasta e resimțită “nereală”, îndepărtată, ca în vis, stranie, nefamiliară. Poate apare sentimentul că oamenii se comportă mecanic, ca păpușile. Se poate menționa un obstacol invizibil între subiect și lumea înconjurătoare, metafora clasică fiind: “mă simt ca sub un clopot de sticlă”.

Simptomatologia de nefamiliaritate și detașare față de propria existență – față de propriul psihism, trecut, corp, propria lume – însoțită de amorțeală afectivă și un gol interior, pare la prima vedere necorelată cu trăirile uzuale ale psihismului uman. Totuși, dacă privim mai atent istoria omului prin raportarea sa la transcendența sacrală, pot fi întâlnite cel puțin două aspecte sugestive. Pe de o parte sentimentul de vid interior și plictis, de neaderență la lume și sine ce apare în starea de „acedie”, a călugărilor și misticilor, ce se simt părăsiți de

Dumnezeul lor. Pe de altă parte, în istoria religiilor, în perioada în care s-a afirmat monoteismul iudeo creștin, acesta a avut de înfruntat multiplele și viguroasele secte ale gnosticismului, care criticau Vechiul Testament ca bazându-se pe creația lumii de către un Demiurg inferior. „Iluminații” gnostici se revendicau de la „adevăratul Dumnezeu”, de la Deitatea cea bună și absolută, ei considerându-se „străini”, alungați în această lume de care se simțeau detașați. Lume care le apărea ca nefamiliară și se dedicau reîntoarcerii în patria lor spirituală adevărată. Astfel de trimiteri la dimensiunea spiritual religioasă a psihismului uman nu trebuie considerate forțate, dat fiind faptul că tocmai în cadrul Tb. disociative e prezentă categoria „tb.de transă cu posesiune”. Dimensiunea transcendent sacrală este, de altfel, constitutivă pentru psihismul uman, însoțindu-l zeci de mii de ani. Iar în raport cu o astfel de lungă perioadă, reducerea sau metamorfoza fenomenului religios în societatea occidentală în ultimele câteva secole reprezintă o perioadă scurtă. Trecând dincolo de raportarea la transcendența divină, baza în normalitate a trăirilor anormale ce se manifesta acest sindrom ar putea fi căutată și la nivelul condiției dispoziționale bazale, prin care subiectul se „deschide” și articulează cu lumea sa specifică, în care el exista.

2.Plasarea sd. dep/der în psihopatologie

Sindromul de depersonalizare derealizare vizează câteva aspecte esențiale ale autopercepției psihismului uman, așa cum sunt identitatea și autonomia sinelui, sentimentul de apartenență la sine a trăirilor și cel de originare în sine a propriilor gânduri, intenții și acțiuni. De aceea, deși într-o anumită formă standard el poate fi circumscris în clasa tulburărilor disociative, problematica pe care o ridică se răspândește în întreaga psihopatologie.

În gama trăirilor disociative unde e plasat de clasificările actuale, sd. dep/der st. se exprimă prin sentimentul pierderii identității, cu detașarea subiectului de trecutul și prezentul său, de propriul corp, de lume și de alții: „eu

nu mai sunt eu...nu mai sunt cineva....sunt nimeni”. Celelalte categorii din clasa tulburărilor disociative indică condiția în care subiectul se poziționează pasiv, sumisiv și detașat de ambianță. Dedublarea psihismului se manifestă acum prin înlocuirea identității cu una străină, ca în cazul dublei personalități; sau prin posesiunea psihismului de forțe supranaturale, de spirite, în stare de transă. Dedublarea și pasivitatea se exprimă prin sentimentul subiectului că nu mai are controlul asupra propriilor gânduri, mișcări sau vorbirii.

Într-o poziționare diferită se plasează obsesivul orientat funciar spre acțiune, care se simte constrâns de idei și mișcări de care se desolidarizează și împotriva cărora luptă chinuit. Totuși aceste obsesii și compulsii sunt resimțite de pacient ca fiind originale în sine, produse de propria sa agenție. Autonomia agenției proprii – dar și identitatea – e trăită apoi problematic în unele stări de dependență și impulsive, în care subiectul se luptă un timp cu propria pulsione, pentru ca apoi să cedeze și să se angajeze orbește, de ex. în jocuri de noroc. O modificare pregnantă a sentimentului de agenție apare în sd. de transparență/influență din paranoidia schizomorfă în care pacientul resimte cum gândurile și deciziile sale intime sunt controlate și manipulate de instanțe personaliste exterioare, care-i cunosc toate secretele. Acest sindrom se întâlnește însă în context explicit delirant, în care însăși identitatea subiectului se metamorfozează într-un personaj aflat în conflict și sub persecuția altora. Deci, într-o poziționare tensionată și opozantă cu alteritatea; și nu sumisivă ca în patologia disociativă.

Din istoria conceptului de depersonalizare a sec.XX merită atenție un episod petrecut la Primul Congres Mondial de Psihiatrie ce a avut loc la Paris pe tema delirului, în 1950. Unul din referatele prezentate atunci, cel al lui Follin și Kropf susținea ideea că sd.dep/der poate fi și un „moment” în procesul psihopatologic al evoluției spre delir; caz în care se produce o mutație dinspre identitatea persoanei normale spre o nouă identitate, delirantă. Desfășurarea delirului primar comentată de Jaspers ar fi tocmai un astfel de proces în care

psihoza atacă nucleul identitar al persoanei, conducând spre o „cădere” pe orbita unei noi identități, delirante. Sd. dep/der ar funcționa ca intermediar între psihoză și nevroză.

Inițial psihopatologii nu au acordat atenție acestei idei. Cercetări mai recente au indicat însă că simptome din aria deficitară depersonalizantă se manifestă și la subiecți vulnerabili pentru schizofrenie sau în stări prodromale ale bolii. Așa ar fi gândurile intruzive nepersonalizate, stări de mentism, blocajul gândirii cu gol mental, sentimentul că motricitatea îi scapă de sub control, deficitul de inițiativă a gândirii, mișcările automate etc. Subiectul constată observațional astfel de fenomene ce par a se produce spontan, ignorând participarea agenției sale, anonimizându-l. Un pas ulterior a fost făcut când astfel de trăiri au fost interpretate ca un posibil preludiu a fenomenelor de transparență/influență. Pe fondul pierderii sentimentului de agenție proprie, pacientul ce dezvoltă un delir de supraveghere paranoidă ajunge să atribuie trăirile menționate unei agenții străine, care astfel îi manipulează inițiativa, generarea propriilor gânduri și acte. Iar sentimentul de influență, ce e resimțit în intimitatea interioară a sinelui, se conjugă acum cu cel de transparență, ce prelungește supravegherea paranoidă. Se reactualizează astfel ideea lui Jaspers a intervenției depersonalizării în procesul delirului primar, ce capătă acum caracterul unei transpersonalizări. Dar depersonalizarea se manifestă cu destulă evidență și în schizofrenia negativă, deficitară, apato abulică, în cadrul căreia sentimentul de identitate dispare, în contextul indiferenței și golului mental.

Problematika psihologică pe care o aduce în discuție sd. dep/der, vizând identitatea și autonomia agenției prin care trăirile active sunt personalizate, apare astfel ca amplă, traversând mare parte din psihopatologie.

3. Depersonalizarea în preocuparea „doctorilor de nervi” (Nervenarzt), în contextul „nevrozelor”

Hysteria a fost considerată în sec. al XVIII-lea o boală a „vaporilor” și apoi a „nervilor”, contrapartea sa masculină fiind reprezentată de hipocondrie. La sfârșitul acestui veac, Cullen introduce termenul de „nevroză” pentru tulburări ce ar avea la bază disfuncții subtile ale sistemului nervos, nedecelabile anatomopatologic. Hysteria și hipocondria făceau parte dintre acestea, alături de epilepsie și de coree. În sec.XIX hysteria și-a păstrat statutul de „boală de nervi”, domeniu diferit de cel al nebuniei, de care se ocupau psihiatrii ce lucrau în azile. Spre sfârșitul acestui secol, când locul hipocondriei a fost preluat de neurastenia masculină, a apărut o nouă categorie de profesioniști ce activau în cabinete din ambulator, - deci nu în azile, precum psihiatrii alieniști – și care au fost etichetați ca „doctori de nervi”. Domeniul de care au ajuns să se ocupe cuprindea pe lângă aria psihopatologiei de tip hysteric și neurastenic și pe cel al „psihasteniei” lui Janet ce includea tulburări anxios-fobic-obsesive. Patologia „nevrotică” ce se agregă astfel ca specifică pentru cabinetele „doctorilor de nervi” a început să fie polarizată cu cea „psihotică”, etichetată după termenul de psihoză introdus de către Feuctersleben (1845); și care se referea la delirul halucinator, paranoide, catatonie, hebefrenie, demența etc. Noua mișcare psihanalitică introdusă de Freud s-a centrat pe această zonă a nevrozelor, care între timp au fost etichetate ca „psihonevroze” (Kraft-Ebing, Dubois).

Sindromul depersonalizării, descris și el în a doua jumătate a sec.XIX, avea un pol care se centra pe trăiri strict subiective, cu păstrarea completă a „testării realității”; adică a înțelegerii adecvate a situațiilor ambientale a vieții de zi cu zi. Deci, se plasau în teritoriul „nepsihotic”, la fel ca majoritatea manifestărilor hysterice, care au fost etichetate mai recent ca tulburări disociative. Autonomia și identitatea subiectului e perturbată în această tulburare printr-o modalitate specifică de dedublare. În sd. disociativ identitar, subiectul resimte că sinele său e înlocuit cu altul, străin, ce preia manifestările proprii persoane. La fel stau lucrurile și în transa disociativă cu posesiune, în care propriile mișcări, vorbirea, comportamentul, sunt puse de subiect în seama

unei entități care-l posedă: zeu, spirit sau altă ființă. În toate aceste cazuri condiția pacientului e una de pasivitate; de sumisiune față de manifestarea anormală, căruia el nu i se opune, în voia căreia se lasă. Situația apare ca similară celei din sugestia posthipnotică, fiind însă înregistrată (semi)conștient, ca anormală. În tradiționala cazuistică a dublei personalități, cele două ipostaze de existență ale persoanei nici măcar nu sunt diferențiate subiectiv, pacientul exercitând egosinton, succesiv, rolul care-i revine fiecărui personaj. Dedublarea de acest tip e diferită net de cea din obsesionalitate, unde subiectul ce se autocontrolează continuu, este în conflict major cu sine însuși, desolidarizându-se de obsesiile și compulsiile sale.

Plecând de la stările disociative dar trecând dincolo de ele, se poate aminti că întreaga doctrină (psihanalitică) a psihismului inconștient invocă funcționarea unui fel de „eu secund”, în care se cumulează „complexe inconștiente”, ca într-un fel de „corp străin intrapsihic”. În joc e acum un psihism care, în mod constitutiv, cuprinde în însăși structura sa prezența celorlalți. Mai precis, imaginile persoanelor de atașament. Instanța inconștientului, care cumulează condițiile relaționale complexe, operează apoi din interiorul propriului psihism ca factor motivațional, orientând dorințe, opțiuni, intenții. Ea participă astfel, din umbră la deciziile voluntare ale subiectului.

La acest nivel se cere adus în discuție faptul că autonomia decizională a subiectului conștient – sentimentul său de „agenție” – presupune de fapt în normalitate permanenta colaborare și interacțiune cu alții, cu alte persoane aflate în diverse poziții față de subiect. Colaborarea directă sau indirectă, actuală sau înscrisă în biografie, conștientă sau neconștientă. Chiar dacă libertatea deciziei și asumarea responsabilă a propriilor trăiri aparțin în cele din urmă sinelui nuclear al subiectului, care le resimte ca pe „ale sale”, faptul constituie doar vârful personalizat al unui proces multidimensional care-i implică constant și pe alții. Ceea ce un om dorește, intenționează, crede, decide, ideea și

Chenar 54

Coordonate ale sd. dep/der standard

Subiectul se simte

<u>un observator</u> constatator contemplator (analitic)	detașat neimplicat neangajat (extern)	a	propriului corp sine trecut gânduri sentimente acte	lume ambianță a lora
se simte în afara propriului corp într-o lume paralelă Se poate simți ca un automat ca după un clopot de sticlă că nu mai există	neaderent neparticipant nerezonant anesteziat afectiv gol interior		ce-i apar ca nefamiliare străine nereale îndepărtate ciudate ca în vis de neatins	

trăire strict subiectivă

Chenar 46

Coordonate ale sd. disociativ de identitate/transă

Subiectul resimte, constant (marginal conștient):

că - propria identitate și agenție e substituită printr-o altă identitate și agenție care e cea care generează manifestările sale
(vorbirea, acțiuni, deplasări, comportament, trăiri corporale)

el se simte substituit, dar se supune acestei condiții, nu e în dezacord, egodiston, față de noua identitate

- Persoana dependentă: dorește și pretinde ca altul să decidă în locul său în ceea ce privește atitudinile, opțiunile, acțiunile, ideile sale
- Dependența : de substanțe psihoactive – modifică starea de vigilitate, trăirile afective, percepția și reprezentarea de sine, de activități : se evită noutățile și deciziile proprii
- Impulsivitatea : subiectul decide rapid – fără sau cu o minimă deliberare, acționând uneori deviant; regretul ulterior nu împiedecă reluarea impulsivității (care nu e resimțită ca străină de identitatea și autonomia personală)

acțiunile sale efective, au în spate contextul uman în care el există. Care, toate, sunt și interiorizate în propriul psihism, mai mult sau mai puțin armonic. Originalitatea și unicitatea fiecărui om, consubstanțialitatea subiectului cu cei apropiați, cu personajele lumii sociale, cu psihopatologia stărilor disociative, menționata sinteză firească este însă perturbată în direcția unei dedublări.

Spre deosebire de stările disociative în care pacientul acceptă substituirea, chiar și doar parțială – a sinelui său cu o alteritare care-l manipulează sau îl reprezintă, în patologia obsesională subiectul e în dezacord și se opune acelei părți din sine pe care nu o poate controla. Obsesiile și compulsiile sunt trăiri repetitive care se impun conștiinței personale fără asentimentul acesteia, ca neplăcute și perturbatoare. Totuși, pacientul resimte că aceste obsesii și compulsiile izvorăsc din sine și că îi aparțin. Ele nu sunt introduse în sinele său de un agent exterior. Obsesivul se confruntă deci, egodiston și hiperreflexiv, cu propriul sine, pe care-l resimte, parțial, ca o nedorită alteritate.

Psihismul obsesivului e centrat pe direcția acțiunii voluntare, cu o exagerată tendința spre control, spre autocontrol mai ales. Domeniul relaționării cu alții, mai ales cel al sumisiunii, specific tb.disociative, iese explicit din preocupările sale. S-a observat de mult că cei cu tulburare de personalitate obsesiv/compulsivă îi țin mereu pe ceilalți la o distanță oficială, printr-un comportament protocolar; iar colaborarea în acțiuni realizatoare e posibilă doar dacă celălalt i se subordonează complet. În ceea ce privește simptomatologia TOC, aceasta este în cea mai mare parte nerelațională referindu-se la contaminare, simetrie, colecționarism, problematizarea actelor în locuință. În direcție relațională singurele manifestări obsesionale sunt cele care se referă la intenții agresive și sexuale aberante față de alte persoane apropiate (partener, copil); sau împotriva ființelor supranaturale ce ar putea fi protectoare, prin încălcarea tabuurilor. Refuzând relaționarea și orientându-se spre acțiune obsesivul, ca persoană, trăiește totuși o marcată deficiență în realizarea agenției

Chenar 55

Coordonate ale patologiei obsesionale și a tulburărilor formale ale cursului ideativ

Subiectul, hiperreflexiv, resimte că unele

idei – obsesii și

comportamente – compulsii, ritualuri

ce izvorăsc din sine (nu sunt impuse din afară de o agenție străină)

se manifestă în dezacord cu voința sa,

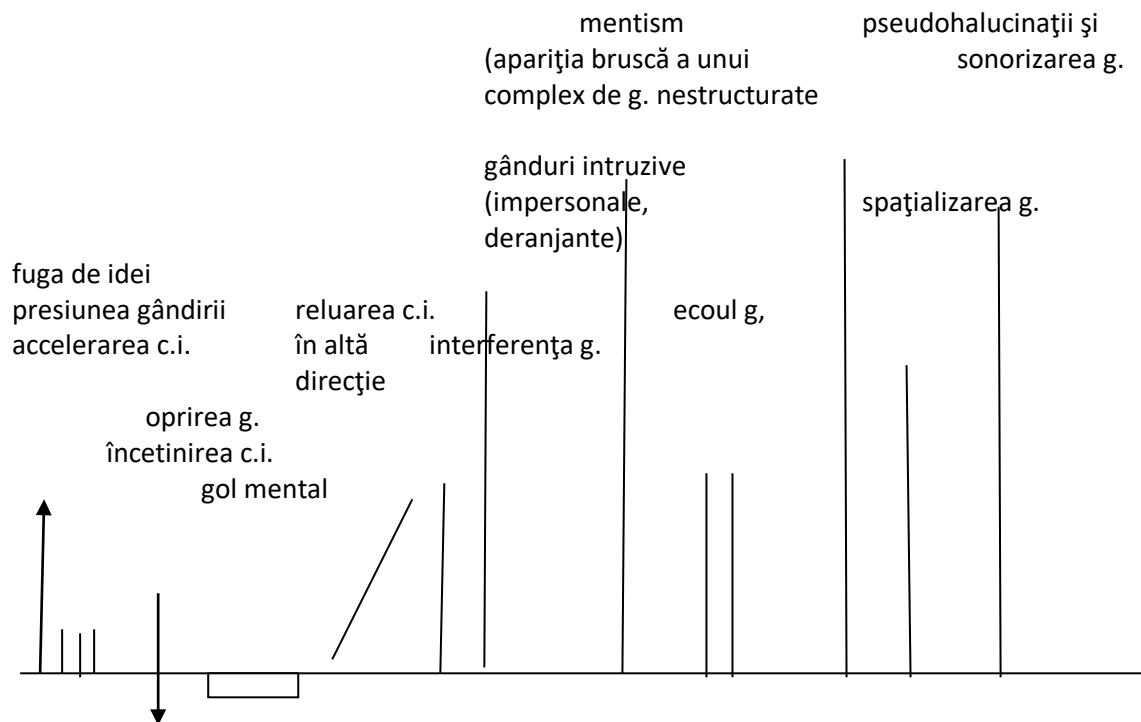
el se luptă fără împotriva lor, fără succes

egodistonie

nevoie de autocontrol și de control al situațiilor

Chenar 56

Tulburări formale ale cursului ideatic (c.i.)



cursul ideativ se derulează spontan în fundalul conștiinței; generarea ideății presupune ansamblul memoriei și e spontană
memoria biografică și culturală circulă și pulsează
gândurile (ideile) din fluxul ideativ se referă la:

sale. El se hotărăște dificil, acordă un timp crescut preparativelor acțiunii, verifică continuu, începe, părăsește și apoi reia diverse variante ale unui proiect, alunecă frecvent în microacțiuni derivate, progresează lent spre final; iar când încheie acțiunea are sentimentul straniu al neterminatului.

Dacă în simptomatologia TOC domină gânduri și acte de care el se desolidarizează egodiston, în afirmarea persoanei obsesive se exprimă o agenție relaxată, insuficient de asertivă, care sintetizează cu greu obiectivul acțiunii. Iar când nu mai are de lucru, nu mai face „ceva” cu care să-și umple timpul, obsesivul resimte un imens vid interior, un gol al plictisului. De aceea în patologia obsesională s-a vorbit de o „depersonalizare de fundal”. Ne aflăm acum pe o direcție pe care se va plasa și dezorganizarea actului comunicațional din schizofrenie, în care depersonalizarea se corelează cu deficitul de unitate nucleară și de asertare sintetică din procesul dezorganizării psihice.

4. Depersonalizarea și patologia psihotică. Tulburarea bazală și simptomele de transparență/influență din schizofrenie

S-a menționat perioada de la începutul sec.XX când conceptul de depersonalizare a fost comentat în psihoze de Jaspers din perspectiva transformării persoanei din delirul primar. Psihopatologul german considera chiar că tulburarea de bază a schizofreniei constă din patologia eului conștient, perturbat în identitate, coerență, limitele și centrarea sa prin propria-i agenție. Abordarea lui Jaspers avea însă în vedere un înțeles relativ schematic al acestui eu conștient, extras din moștenirea filosofiei lui Kant.

Pe parcursul sec.XX s-au impus treptat cercetările psihanalitice care sugerează că în structura psihismului personal sunt asimilate, introjectate, imaginile părinților. Teoria atașamentului, ce a derivat din psihologia analitică a eului și din studiile etologice, a dat un suport experimental acestei ipoteze. Psihologia relațiilor interpersonale ce s-a dezvoltat apoi, a indicat că raportarea nemijlocită la alții din viața cotidiană se realizează traversând filtrul structurii

intrapсихice de relaționare cu alții, după o diagramă intim/public. Această structură motivațional interpersonală inconștientă preconștientă, face parte din însăși identitatea biografico caracterială a persoanei conștiente, înrădăcinată în propriul corp și angrenată în viața socio culturală. Iar nucleul autonomiei agenției persoanei se reliefează pe acest fundal.

Către sfârșitul sec.XX s-a dezvoltat apoi la conjuncția dintre psihologia cognitivă și cea fenomenologică, un anumit înțeles al sinelui intențional și reflexiv al persoanei umane, care stă la baza sintezelor agenției sale, reunind propriile tendințe și idei cu cele împărtășite cu alții sau sugerate. Astfel trăirile girate de sine asigură subiectului sentimentul că fac parte din propria identitate, că ele sunt „ale sale” („meiness”) și că el însuși este autorul lor. Acest proces bazal de sinteză pare a fi perturbat în schizofrenie. În primul rând prin relaxarea unei coerențe centrale și delimitate a sinelui identitar, care să personalizeze asertiv trăirile. În al doilea rând printr-o deficiență a structurii intrapсихice care protejează zona strict intimă a psihismului de cea împărtășită cu alții și de cea în care subiectul se oferă controlat zonei publice.

Cercetări din ultimul timp au sondat aceste probleme.

Mare parte din sec.XX schizofrenia a fost studiată prin episoadele sale clinice și prin cazurile cronice internate timp îndelungat în azile. În a doua jumătate a veacului a crescut însă interesul pentru evoluția longitudinală a tulburării în afara instituțiilor psihiatrice. Prin astfel de cercetări s-a evidențiat atât eventualitatea unei evoluții favorabile, cât și particularități psihice ale persoanelor predispuse și a stărilor prodromale. Unul din autorii unor astfel de studii, elevul lui Schneider, Huber din Bonn, a întreprins studii sistematice asupra cazurilor cu risc crescut pentru schizofrenie, dezvoltând o amănunțită scală de evaluare a unor simptome subiective subclinice (BSABS). Grupajul „tulburărilor bazale” pe care le-a identificat pe această cale se referă în mare măsură la tulburări ale cursului

Depersonalizarea în planul sinelui corporal

Din simptomatologia depersonalizării o importantă parte se referă la trăirea și resimțirea corporalității. Limitele corpului, reprezentate cortical prin “schema corporală” pot fi percepute ca modificate, mai mari sau mici deformat. Subiectul simte că se transformă, nu se mai recunoaște în oglindă; el se întreabă; “mai sunt eu eu?” Limitele corporalității pot fi resimțite apoi ca vagi, dialuate până la dispariție, cu împrăștierea sinelui. E direcția dispariției, aneantizării sinelui-eu corporal, ca support al unei identități personale căreia îi aparține.

O altă ipostază patologică e cea de a se resimți în afara propriului corp, de a-l percepe din exterior ca ceva strain; și la fel propriile mișcări, propriul comportament, ca într-o dedublare.

Trăirea se poate corela cu sentimentul existenței într-o lume paralelă. Perceperea poate lua forma “heautoscopiei”, caz în care subiectul se vede efectiv pe sine în afara sa, din fața, din profil sau din spate, ca un “dublu”. Tema dublului a fost comentată în literatură romantică, dar mai ales în sensul dedublării moral comportamentale (cu excepția nuvelei lui Dostoievski “**Dublul**”). S-a descris și o heautoscopie negativă în sensul că subiectul nu se mai vede pe sine în oglindă.

Autoperceperea corporală anormală se poate referi și la sensibilitatea generală din interiorul limitelor corporale. La acest nivel, starea firească a resimțirii corporalității e denumită “cenestezie”, ea neatrăgând atenția decât în cazul oboselii, senzațiile neplăcute, de obicei difuze și migratorii, care sunt denumite cenestopatii, Cenestopatiile însoțesc oboseala, se pot accentua până spre intensitatea durerii și erau descrise în clasică “neurastenie” a lui Beard. Mai recent ele sunt comentate și în astenia ce însoțește tabloul “apersonalizant” al vulnerabilității progresive spre schizofrenie, în descrierile “tulburării bazale” ale școlii din Bonn. Dar în aceste cazuri devine evidentă și o slăbiciune sau problematizare a centralității sinelui, asupra căreia a atras atenția școala din Copenhaga. Mai apropiată de depersonalizare este senzația de “devitalizare” : corpul e resimțit “ca de vată, ca de lemn putred...de plastic...de sticlă...de metal”...etc.. Senzația devitalizării poate fi relatată și prin expresii ca : “eu nu mai sunt deloc viu...nu mai exist defel...mă tem că am părăsit viața...sunt mort...etc.”.

În orbita depersonalizării corporale poate fi încadrat și sd. de negare a existenței și funcționării organelor inetrne, descries initial de Cotard în melancholia involutivă. Pacienții afirmă că:”inima, stomacul nu mai funcționează...nu mai am nevoie de mâncare,,nu au urinat de un an...creierul și toate organele sunt distruse...nu mai există etc.”. Se poate ajunge la negarea complete a existenței. La cazurile clasice s-a descris și o convingere de imortalitate și de damnare. Sd.Cotard se plasează în direcția unui delir în care însăși identitatea e negată, anulată.

Problematizarea depersonalizării corporale are în vedere faptul că propriul corp e resimțit ca sediul sinelui identitar și al agenției proprii. De aceea trăirile anormale care exprimă fragilitatea limitelor acestuia, așa cum e sentimentul de contaminare și alte simptome obsesiv compulsive, precum și tulburări din spectrul TOC – indică o alunecare spre orbita psihopatologică a depersonalizării apersonalizante ce include și o incosistență a sinelui. Propriul corp este și suportul identității persoanei, motiv pentru care el joacă un rol partial și în sentimentul dedublării. Totuși, fenomenul “transpersonalizării” delirante nu va mai avea referință decât la simptomatologia depersonalizării și nu la dedublare.

ideativ: interferența gândirii, ideație intruzivă, gânduri pe care subiectul le resimte că „nu sunt ale sale”, pe care „nu le personalizează”. Sau, un blocaj, o oprire și un gol al gândirii, fapt pe care pacientul îl constată ca un fenomen ce „i se întâmplă”, fără ca inițiativa să-i aparțină. La fel, subiecții pot sesiza deficiențe ale inițiativei gândirii, „mișcări automate” sau „blocaj motor”, cu sentimentul că motricitatea le scapă de sub controlul voluntar. Fundalul psihic general e de anergie, dificultate de concentrare și sintetizare a gândurilor, ce uneori pot izbucni împrăștiat (mentism). Astfel de simptome, care sunt resimțite ca nefiind inițiate de sine dar nici de altcineva, sunt trăite într-o dispoziție detașată, deși ușor îngrijorată. Ele sunt însoțite de eforturi de concentrare pentru a realiza sinteza necesară performanțelor vieții cotidiene. Deficitul astfel sesizat poate fi considerat ca o avantcameră atât pentru dezorganizarea psihică cât și pentru sd. de transparență/influență.

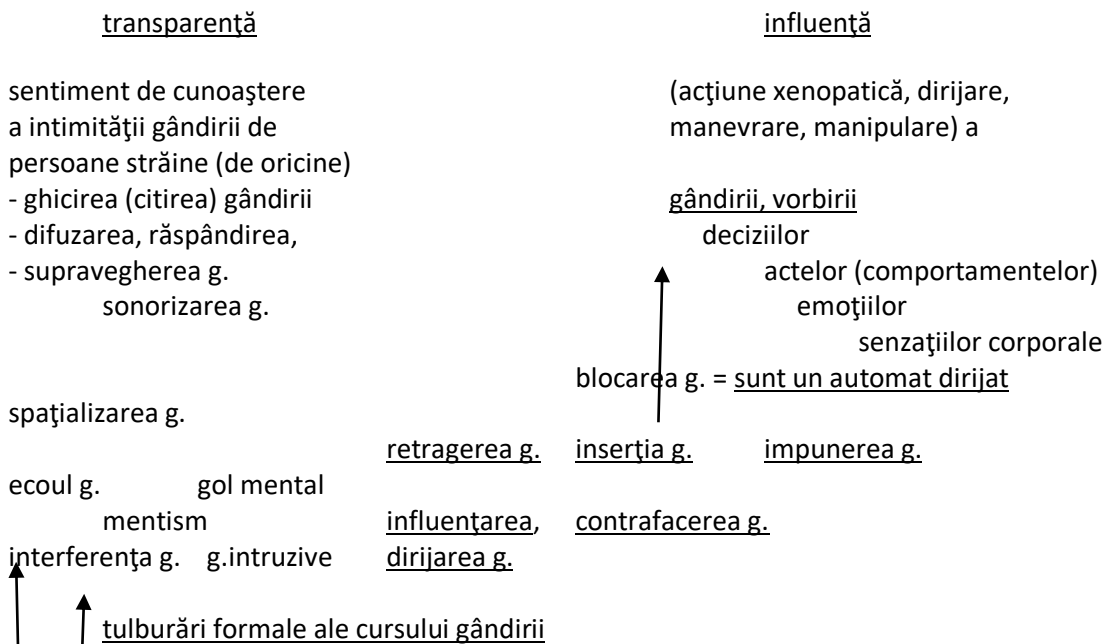
Cercetările școlii din Bonn au fost continuate la Copenhaga cu Scala EASE (Parnas), din perspectiva unei doctrine care consideră că „tulburarea bazală” din schizofrenie (în forma dezorganizant deficitară) constă dintr-o specifică patologie a insuficienței sinelui dublată de hiperreflexivitate. Pe același tip de cazuistică ca studiile din Bonn, a persoanelor vulnerabile pentru schizofrenie s-au identificat fenomene ca: interferența și presiunea gândirii, ce poate ajunge până la ideație intruzivă și stări de mentism, în care subiectul resimte cum o parte din gânduri se desfășoară dezordonat, în afara controlului său, ca și gânduri „anonime”, nepersonalizate; alte tulburări formale ale gândirii constau în blocajul, ecoul și spațializarea gândirii. În ansamblu pacientul alunecă spre o anonimizare a gândirii, resimțind că nu mai are gânduri, opinii și intenții proprii, personalizate. E prezent un deficit de centrare, delimitare și afirmare, de asertare sintetică a sinelui, dublat de o hiperreflexie primară, paralizantă.

Studiile menționate mai sus au avut în vedere o cazuistică care, deși era orientată spre schizofrenie, avea o propensiunea redusă spre relaționarea interpersonală. Mai precis, însăși structura instrumentelor de investigare, preselează cazuri predominant orientate în direcția unei schizofrenii simple, dezorganizate, negative. În psihoze, perturbarea raportării interpersonale se manifestă mai ales prin delirul paranoid, în care atitudinea ostilă a altora e dublată de sentimentul supravegherii continue, inclusiv de la distanță. Această direcție a distorsiunii relaționale prin supraveghere poate depăși de la un anumit punct chiar și pragul limitelor sinelui, cu prăbușirea structurii de relaționare intrapsihică pe diagrama intim/public. Subiectul ajunge să resimtă că persoane străine pot pătrunde până la nivelul intimității gândurilor și deciziilor sale, cunoscându-le și manipulându-le. În aceste cazuri, ideea intruzivă, mentismul și mișcările spontane, nu mai sunt resimțite ca și anonime – așa cum opiniau pacienții din studiile efectuate la Bonn și Copenhaga – ci ele sunt atribuite altora, unor instanțe xenopatiche. Astfel se manifestă sd. de transparență/influență.

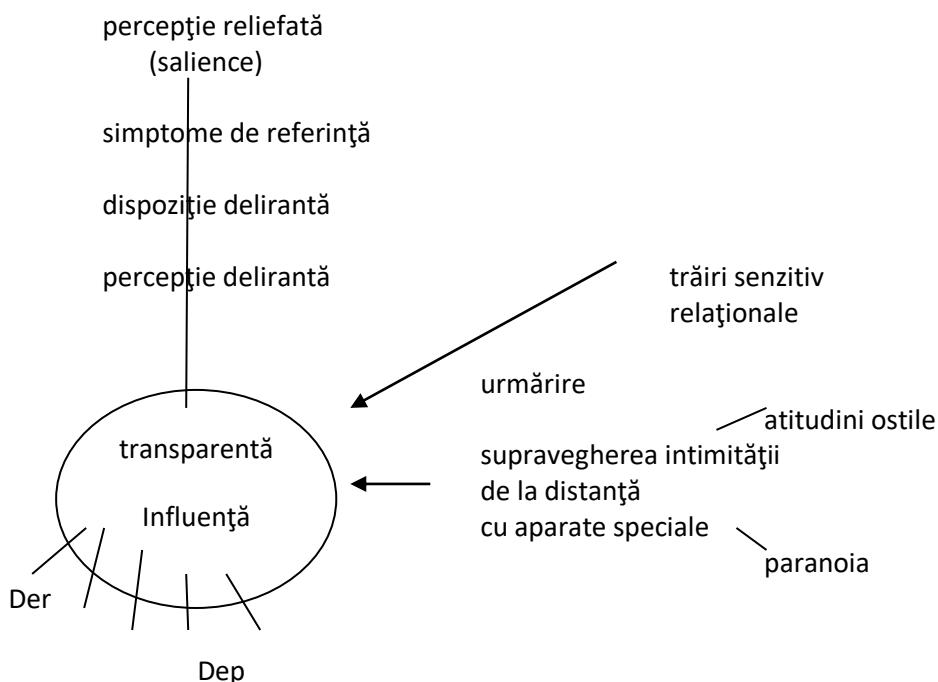
Sd. de transparență/influență constă în sentimentul subiectului delirant că intimitatea sinelui său – gândurile, deciziile, trăirile emotive, senzațiile corporale – sunt cunoscute și manipulate de ființe exterioare. Se prăbușește în aceste cazuri structura intrapsihică care asigură orice subiect că poate să decidă el însăși ce din mintea sa împărtășește cu alții; și ce rămâne doar sub agenția și controlul său. Suntem însă, odată cu acest sindrom, în mijlocul anomaliei delirante a psihismului persoanei, în care sinele, s-a transformat deja într-un personaj al unei lumi fictive, cuprins într-un scenariu aberant.

Simptomele de transparență se referă la sentimentul cunoașterii de către alții (sau de oricine) a gândurilor intime, prin intuire, „ghicire”, „citire”, „răspândire” (iradiere, difuzare, împrăștiere), „sonorizare” (în urma spațializării, a exteriorizării lor „supraveghere” (supervizare îndeaproape).

Sd.de transparență/influență



Originea simptomelor de transparență/influență



Simptomele de influență vizează în primă instanță gândirea (și vorbirea) : blocarea gândirii (g); retragerea g. (rezultând un gol mental cu reluarea gândirii în altă direcție); inserția, impunerea g. (sunt introduse în cap, în minte, gânduri noi, străine, care nu aparțin subiectului); influențarea, dirijarea, contrafacerea g. Influențele din exterior (xenopatic) pot fi resimțite asupra inițierii acțiunii și a deciziilor, a mișcărilor (subiectul se simte ca un automat dirijat), a emoțiilor (ce-i pot apare ca impuse), a senzațiilor corporale (pasivitate somatică).

În ansamblu subiectul conștient și reflexiv se simte aflat complet la dispoziția altora, manipulat, manevrat din exterior (acțiune xenopatică), ca pierzându-și autonomia, ca ne mai fiind stăpân pe agenția sa (pe originarea în sine, de către sine, a trăirilor sale). Ceea ce în stările dissociative pacientul acceptă tacit, acum în condiția sa delirant paranoidă schizomorfă, resimte că o teribilă alienare.

Întreg sindromul se desfășoară în arie relațională. El este în întregime subiectiv, la fel ca sd. dep/der.

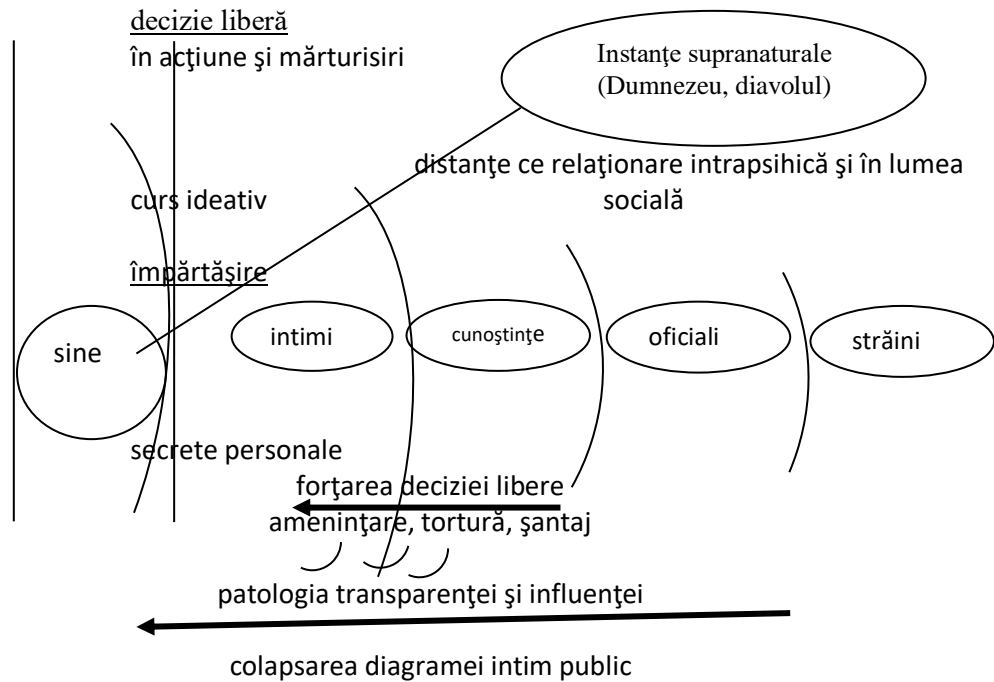
Simptomatologia de transparentă se plasează evident în continuitatea celei de supraveghere paranoidă.

Paranoidia introduce sentimentul de urmărire și supraveghere de la distanță, realizată cu mijloace parapsihologice, supranaturale sau cu tehnici speciale, oriunde s-ar afla subiectul, inclusiv în spațiile cele mai intime. Dar supravegherea se oprește în paranoidia obișnuită la limita exterioară a psihismului, a eului încorporat. Această limită e acum depășită, pătrunzându-se în interioritatea psihismului intim, în locul în care subiectul resimte că propria ideație e generată. E vorba de nivelul cursului ideativ, „spațiul interiorității intime” în care se derulează amintirile, reprezentările, în care sunt păstrate secretele. La acest nivel se pot manifesta și menționatele tulburări formale de gândire ce au fost identificate la persoanele vulnerabile și în prodromul schizofreniei.

Privitor la simptomele de influență, ca o etapă prealabilă ar putea fi considerate fenomenele disociative, în care subiectul resimte că o parte din autonomia și identitatea sa au fost preluate de o instanță personalistă străină (inclusiv spirite). Dar în patologia disociativă subiectul e pasiv, conștiința e redusă cvasihipnic, iar reflexivitatea autoanalitică nu e activată. Aspectul deosebit al sd. de influență se referă la manipularea ideatică, în zona originării în sine a propriilor gânduri, atitudini, opinii. Subiectul poate sesiza în această zonă a cursului ideativ și faptul că apar unele gânduri și imagini care sunt slab personalizate, resimțite uneori chiar ca anonime. Dar suntem acum într-o condiție de distorsiune patologică în care intimitatea pare a se afla sub control străin, fapt atestat de simptomele de transparență. În măsura în care apare simptomul manipulării și impunerii gândirii, devine evident că se petrece o gravă perturbare a structurii de relaționare intrapsihică pe diagrama intim/public. Tulburarea pe care pacientul o receptează reflexiv, în stilul obsesivului; și nu în cel al pacienților disociativi. Se cere sondat acum punctul de plecare în normalitate al acestei simptomatologii.

În mod normal subiectul poate decide liber, ce să păstreze ca secret personal și ce să comunice public, verbal sau prin manifestările sale. Desigur, uneori se poate forța acest teritoriu, astfel încât sub tortură, amenințare sau șantaj să se smulgă secrete personale iar el să fie obligat să facă acte pe care nu le intenționează și nu le acceptă. Dar aceste situații nu se referă la însăși geneza gândurilor în intimitatea subiectivității. Există totuși, în normalitate, și condiția gândurilor, intențiilor și opiniilor împărtășite. Aceasta se întâlnește la persoanele ce se află într-o strânsă legătură interpersonală, în interpătrundere sufletească, așa cum e copilul mic față de mama sau doi îndrăgostiți. Ei își transmit și își transferă

Normalitate și patologie în controlul intimității



* transparență : cunoașterea de către străini a gândurilor intime prin intuire, ghicire, citire, răspândire (iradiere, difuzare, împrăștiere), sonorizare (în urma spațializării și exteriorizării lor), supraveghere (supervizare îndeaproape)

* influență : asupra gândirii și vorbirii: blocarea gândirii (g), retragerea g., insertia, impunerea g., influențarea, dirijarea, cintrafacerea g; asupra deciziilor, inițierii acțiunilor, mișcărilor, a emoțiilor, a senzațiilor corporale

Simptomele de prim rang Schneider pentru diagnosticul schizofreniei (SPRS) cuprind, pe lângă majoritatea simptomelor de transparență influența și: halucinații auditive sub forma vocilor care-l comentează pe pacient sau a vocilor ce comentează gândurile și acțiunile sale și delirul primar

reciproc cu ușurința intențiile, dorințele, preferințele, opiniile, deciziile, înțelegându-se doar din puține semne și acordându-se sufletește cu ușurință.

Ghicirea și inserția gândurilor poate funcționa firesc la acest nivel, la care limbajul discursiv și argumentativ e puțin folosit. În cadrul comuniunii sufletești duale, e prezentă o identificare reciprocă între cei doi, o „transpersonalizare” firească. Condiția nu mai e similară în cazul cunoștințelor relativ apropiate, față de care se mai păstrează unele secrete personale și nu funcționează o rezonanță afectiv ideatică pronunțată. Cu atât mai puțin persoanele oficiale și cele străine nu au acces nici la secretul personal nici la geneza propriilor intenții, dorințe, decizii; deci, la „agenția propriei ideții”. O astfel de diagramă intim public e de presupus că a ajuns să fie constitutivă psihismului uman, după aprox. 10.000 ani de existență în localități și orașe, în care viața intimă familiară se polarizează cu cea publică, oficială. Dacă polii extremi ai structurii relaționărilor pe axa intim public se ating și se contopesc psihopatologic, simptomele de transparență influență se instalează, în mod evident. De fapt, simptomatologia se manifestă în apropierea condiției delirului paranoid; deci a stării în care subiectul se reduce la condiția de personaj. Fapt care mai relevă și un alt aspect al problemei.

Cazuistica delirurilor cu tematică religioasă aduce în discuție interesanta argumentare a pacienților că, gândurile sale sunt cunoscute în mod firesc de Dumnezeu, care e a toate cunoscător. Și, de asemenea, această instanța supremă care e și a toate puternică, îi poate introduce gânduri, păreri, decizii, fapt ce nu ar putea fi decât un lucru pozitiv. O astfel de argumentare ne atrage atenția că psihopatologia trebuie să considere cu seriozitate specificitatea psihismului uman, ce se dimensionează prin condiția sa posibilă de personaj a unor scenarii fictive. Dar care, în plus, se dimensionează constitutiv și prin raportarea la instanța tradițională a Deității. Instanță care, oferă o argumentare unor stări

patologice, în măsura în care asistăm la o prăbușire a structurării normale a psihismului.

5. Delirul primar și transpersonalizarea psihotică delirantă

Pe parcursul pe care se desfășoară sd. dep/der, între polul predominant subiectiv al disociativității – în care subiectul se supune pasiv situației, eventual „posesiunii” - și cel predominant obiectiv, apato abulic și dezorganizant din schizofrenie deficitară - în care nu-i mai pasă de nimic - se întâlnește egodistonia obsesiv/compulsivă și delirul paranoid; delir a cărui sentiment de supraveghere omniprezentă se transformă acum în convingere de transparența/influență. Parcursul zonei delirante afectează, prin definiție, însăși identitatea persoanei, care se metamorfozează într-un personaj fictiv dintr-un scenariu aberant. Jaspers a intuit faptul că tocmai această preschimbare indică nucleul delirului (paranoid) propriu zis, calea regală fiind cea care trece prin „centralitatea” dispoziției delirante finalizată prin mutația pe care o realizează percepția (intuiția) delirantă, ce deschide ușa intrării în „lumea delirantă”. De aceea el susținea că desfășurarea acestui „proces psihopatologic” se definește ca o ruptură, în raport cu alunecarea pe traseul aproape continuu al preocupării prevalente, cu o „cădere” pe convingerea delirantă (ca de ex. în gelozie, dismorfism corporal, hipocondrie etc.). Modelul pe care l-a propus Jaspers și pe care l-a sintetizat în continuare psihopatologia clasică germană – inclusiv Schneider și Conrad – se păstrează și în prezent, mai ales cu valoarea didactică. Etapele sale clasice sunt: - simptomele de referință; - dispoziția (atmosfera) delirantă a centralității; - percepția (intuiția, amintirea) delirantă; - intrarea, ca personaj, într-o lume delirantă fictivă. În clinică însă, el nu se petrece decât în puține cazuri exact după această schemă și într-o modalitate acută. În schimb, momentele sale cheie pot fi recunoscute, prin diverse simptome subiective, în perioada instalării și consolidării delirului. Acest proces, pe parcursul căruia subiectul resimte și „stranietatea” alunecării într-o altă lume nefirească,

neobișnuită, și care ar putea fi denumit unul al „transpersonalizării”, merită comentat ceva mai atent, pe baza materialelor factice pe care ni le oferă clinica actuală.

Aspectul fenomenologic subiectiv în faza inițială a delirului primar este sentimentul că “se întâmplă ceva”, “ceva se schimbă”. Schimbarea resimțită privește atât subiectul cât și ambianța sau pe alții, cu accente variate în descrierea pacienților. Esențial e impresia că ansamblul realității se transformă într-un mod bizar, că subiectul intră într-o lume aparte, deosebită de cea în care a trăit, proces pe care pacientul îl etichetează de obicei ca “vrăjire”. Aceasta e cel mai frecvent atribuită cuiva: membrilor de familie, vecinilor, cunoștințelor, colegilor de serviciu, unor instanțe supranaturale; sau chiar “vrăjitorilor”, când delirul are caracteristici narative mai accentuate. Sentimentul de schimbare anunțat de misterioasele semnale « de referință » se articulează cu simptomatologia delirantă paranoidă propriu zisă : urmărire, persecuție, fenomene de transparență influență, posesiune, relație cu divinitatea, halucinații, modificări corespunzătoare ale dispoziției afective și ale comportamentului, nouă identitate de personaj.

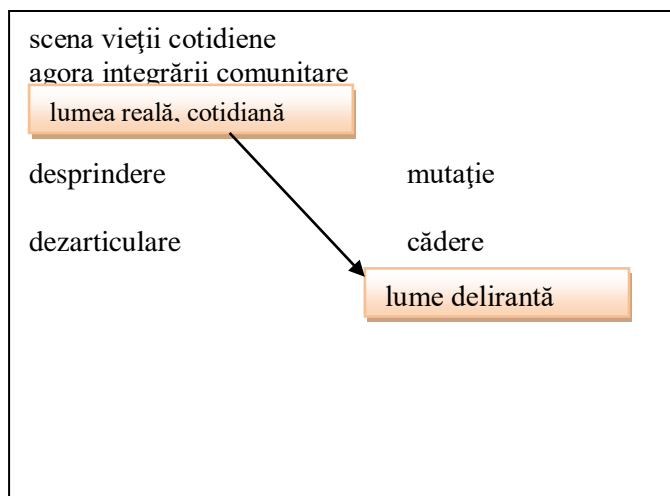
Schimbarea resimțită este uneori clar formulată de pacient care poate să afirme: “nu știu ce am, se întâmplă ceva cu mine, am nervi...toți mă spionează...” , “de câteva luni, simt că m-am schimbat, nu mai sunt eu”, « alunec în trecut, am sentimentul, convingerea chiar, că toți oamenii îmi vor răul”..., “am simțit că se întâmplă ceva cu mine, că mă modific, eram dornică de distracții, am cheltuit mulți bani, am făcut abuz de relații sexuale”...“de patru luni simt că se întâmplă ceva cu mine, nu mai sunt eu, m-am modificat în interior, mi s-a schimbat vocea, nu mă mai pot concentra, mi se citesc gândurile...”; “în ultimele 6 luni simt că m-am schimbat, se petrece ceva cu mine, parcă o voce vorbește din interiorul meu dar nu o pot localiza, parcă mi se citesc gândurile...”; “m-am schimbat, sunt o altă persoană, am înviat acum o săptămână” etc., ”am simțit cum intru în niște canale din care nu mai pot ieși”; “de fapt nu lumea s-a

schimbat, eu sunt cel ce m-am schimbat și am început să o înțeleg altfel”; “ am hotărât să mă extrag din realitate prin exerciții yoga”, „ambianța locuinței e modificată, lucrurile nu mai sunt la locul lor, parcă cineva le așează altfel, parcă e cineva în casă” (uneori, subiectul identifică această prezență nelămurită cu prezența diavolului). Momentul schimbării se poate exprima printr-o revelație divină: subiectul strigă “există Dumnezeu”; sau, prin faptul că unele semne indică sfârșitul lumii.

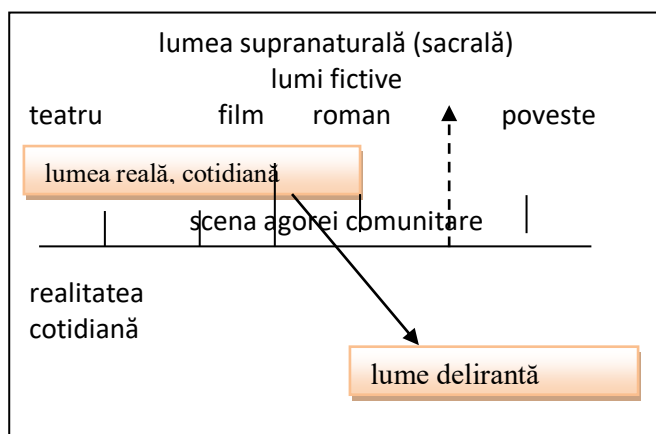
Sentimentul schimbării psihice a lumii corelative poate fi însoțit de unul al schimbării corporale. Aspectul feței apare ca modificat, “îmbătrânit”, “altfel”; privirea nu mai e ca cea dinainte, privindu-se în oglindă are impresia că s-a îngrășat sau a slăbit, oricum, arată diferit. “Semnul oglinzii” descris în debutul schizofreniei, se corelează evident cu acest sentiment de schimbare a aspectului corporal propriu, care e purtătorul identității personale. Uneori subiectul afirmă că privind în oglindă vede pe altcineva (o pacienta a acoperit din această cauză toate oglinzile din casă).

Poate apare apoi sentimentul dedublării psihocorporale, care pregătește trăirea posesiunii de către diavol sau spirite. Pacientul resimte că e dedublat, că “în el mai e cineva”, o altă persoană”. Posesiunea corporală este atribuită predominant diavolului care, din interiorul corpului are acces la intimitatea sa psihică, jucând astfel un rol important în fenomenele de transparență influență. Transpersonalizarea ce se realizează în direcția persoanelor divine – exprimată prin afirmația precum: “sunt fiul lui Dumnezeu,...Dumnezeu e în mine...etc.” - nu pune însă un accent deosebit pe corporalitate. Simptome clasice de modificare a schemei

Chenar 61



Intrând în delir, subiectul se simte prins în derularea unor evenimente ce-l afectează în mod special, e acaparat de un scenariu a cărui erou principal se simte; el aderă de acesta, e convins de cele ce le simte că se petrec cu el, pe scena noului univers delirant în care a intrat.



Delirantul aderă necondiționat la situația delirantă pe care o trăiește pe scena “lunii delirante” pe care se desfășoară scenariul delirului, în care e convins că: e urmărit, persecutat, înșelat, iubit, dirijat, posedat de diavol, apropiat de Dumnezeu etc. Universul delirant poate fi comparat cu lumea fictivă a miturilor, literaturii, teatrului, filmului.

lume reală, cotidiană

scena agorei comunitare

“se întâmplă ceva”
“lumea s-a schimbat”
“eu m-am schimbat”
“alții s-au schimbat”

lume delirantă

scena delirului

El simte această trecere ca o schimbare: simte că lumea s-a schimbat, el s-a schimbat, e altfel, modificat, nu se mai recunoaște, alții s-au schimbat, sunt substituiți, modificați, “diavoliți” etc. În debutul episodului psihotic, se petrec și modificări dispoziționale: anxioase, disforice, depresive, euforice (maniacale), care sunt resimțite subiectiv și se manifestă comportamental.

lumea reală, cotidiană

depersonalizare

simptome

“totul mi se adresează”
“mă simt în centrul evenimentelor”

derealizare

lume delirantă

Schimbarea se însoțește de manifestarea unor simptome psihotice care marchează sentimentul de centralitate (faptul de a fi în centrul evenimentelor). Așa sunt:

- Trăiri senzitive de relație;
- Trăiri de urmărire și supraveghere a intimității
- Simptome de referință
- Dispoziție, percepție delirantă
- Halucinații auditive comentative
- Simptome de transparență-influență
- SRP
- Alte dispoziții afective

corporale se pot însă manifesta în formula de tip halucinator delirant: părți ale corpului apar modificate ca dimensiune și formă, “capul e mai mare, devine pătrat”...”în jurul capului e un cerc galben strălucitor”...cenestopatiile și senzațiile cutanate pot fi comentate ca “șerpi ce umblă pe corp și pătrund în abdomen”, “spirale a unor duhuri ce acționează pe tegumente și intră în cap”....”propriul corp e perceput din exterior” etc.

Sentimentul de schimbare subiectivă și corporală se însoțește de obicei de cel al schimbării ambianței și a altora. Pacienții pot relata:.....”de 3 luni lumea în jur se schimbă, locuința, satul, nu mai sunt ca înainte, eu însumi m-am schimbat”;...”realitatea parcă e schimbată, eu sunt altul, fața e modificată, oamenii pun întrebări al căror sens nu îl înțeleg”; “se întâmplă ceva deosebit, parcă sunt urmărit, filat de colegi și de necunoscuți care vorbesc despre mine”; “de o lună simt o stare de oboseală deosebită, de nesiguranță, am impresia că atmosfera din jur s-a schimbat, sunt urmărită, colegele își bat joc de mine...”; “totul în jur e modificat, dacă mă uit în oglindă parcă nu sunt eu și îmi spun “este o prostituată”, așa spun și niște voci de bărbați...””;”lumea din jur se schimbă, nordul a devenit vest și asta mă deranjează, deoarece nu mai pot să mă orientez”, etc....

Sentimentul de schimbare cuprinde și persoanele din jur. Acestea îi apar delirantului ca fiind “altfel”, uneori ca “substituite”, “mascate”, “gonflate”, “parcă ar fi un vampir”; ceilalți îi apar ca “diavoliți”, aspectul lor e particular, “au ochii roșii”, “se mișcă altfel”. Comportamentul celorlalți apare de asemenea ca schimbat, “soția începe să aibă un comportament rece, distant, indiferent”, “mama pare a se comporta altfel, ca și cum i-ar face avansuri sexuale băiatului”. Felul de a umbla și vorbi devine misterios, neobișnuit: “unele persoane își mișcă altfel piciorul, fac grimase, îmbrăcămintea e și ea cu semnificații particulare: “cei îmbrăcați în blugi și în albastru mă influențează negativ”.

Schimbarea ambianței și a altora corespund simptomatologiei clasice a derealizării, care, acum, în cazul intrării în delir, e resimțită mai accentuat ca o lume de ficțiune, populată de variate entități neobișnuite, supranaturale: spirite, energii, duhuri, “câmpuri energetice”, “extraterestri”. Iar aceste entități învăluie ca un “câmp”, ca o “atmosferă” “eul” mai mult sau mai puțin dedublat al psihoticului, penetrându-i intimitatea, acționând asupra gândurilor, comportamentului, mișcărilor, vorbirii și funcționării corpului său. La această atmosferă schimbată a ambianței, a lumii, se pot adăuga și percepții determinate, care apar ca având o semnificație deosebită. Pacientul poate relata: “am văzut o pisică cu colți mari care era trimisă de Dumnezeu”....; “ am văzut în curte pene și un topor înfipt într-un lemn, pe care sigur vecinii l-au pus în mod special...”; când am tras apa la baie am auzit un mieunat de pisică, telefonul sună ciudat...”;”pe stradă am văzut o mașină albastră care sigur a venit după mine”;”am primit o floare specială, care sigur se numește A (numele pacientei), astfel încât am căpătat puteri speciale asupra diavolului..”.

Apropierea dintre procesul delirului primar și psihopatologia sd.dep/der, este fenomenologică. Subiectul resimte că mesajele misterioase ce-i sunt transmise prin simptomele de referință, indică pentru el o schimbare fundamentală, ce presupune ieșirea din lumea cotidiană, ce-și pierde firescul și stabilitatea. Atmosfera de “vrajă”, de “vis” este tocmai cea care mută persoana într-o trans-realitate fictivă, care acum va fi cea a delirului.

6. Specificitatea antropologică a sd.dep/der

Sd.der, prin particularitățile sale, trimite spre aspecte fundamentale ale specificului psihismului omenesc cum ar fi autonomia, identitatea, reflexivitatea. Subiectul se referă acum la sine constatativ și interogativ, ca la o realitate ce există, dar cu care nu se mai identifică. Chiar în varianta sd.dep/der standard din stările disociative el își poate privi corpul “din afara acestuia”, își poate considera existența proprie și a altora ca plasată într-o lume paralelă,

poate înregistra propriile mișcări, vorbire, gânduri, ca fenomene obiective, pe care nu le consideră ca “ale sale”. O astfel de detașare față de lume apare ca bizară, atâta timp cât nu ținem seama de diferența dintre cele două lumi la care individul uman se raportează concomitent: lumea fizico biologică înconjurătoare; și lumea specific umană, susținută de narativitatea logosului, în care ființează personaje și evenimente relatabile. Lume care e ordonată după norme și valori, lumea e un mediu intersubiectiv ce susține și în care se afirmă miturile, legendele, istoriile, biografiile, relatările, poveștile, romanele, tragediile, literatura de ficțiune, teoriile științifice și doctrinele. Diferența dintre aceste două lumi iese în relief mai ales prin dispoziția specifică a acestui sindrom, de detașare și neimplicare, blocare afectivă de tipul unei indiferențe constatative; și prin compararea acesteia cu stările dispoziționale anxioase și depresive, cu care sd. dep/der e cel mai des comorbid.

Anxietatea acută, atacul de panică, reprezintă cea mai frecventă comorbiditate clinică a sd, dep/der st. Dar angoasa, care se înscrie adânc în biologie deoarece ea semnalizează un posibil pericol mortal pentru individ, se însoțește de majore tulburări neurovegetative (tahicardie, tahipnee, sudorație etc.,) și motorii (tremor, hipotonie, leșin sau fugă agitată). Ca raportare la situație, anxiosul e hipervigil și cu o atenție mobilă, investigatorie, scanând toate informațiile care ar putea clarifica pericolul iminent la care se așteaptă; prezentul e acutizat, cvasiabsorbit de un viitor iminent, periculos. În comparație cu acest tablou, pacientul ce trăiește dispoziția de neimplicare și indiferență din sd. dep/der este calm, fără nici o manifestare corporală sau comportamentală; astfel încât dacă nu ar relata trăirile sale, nimeni nu ar bănui nimic despre starea sa subiectivă. El se raportează la situația actuală detașat, observațional, neimplicat, neaderent de lumea pe care o centreează prin situația dată.

Dar această neaderență vine dinspre specificul lumii sale umane, căci raportarea perceptivă (și comportamentală) la ambianța fizico biologică poate fi perfectă.

Dispozițiile psihice umane normale și patologice

Dispozițiile psihice sunt comentate în limbajul curent predominant în legătură cu unele stări afective așa cum sunt anxietatea, euforia, tristețea. Acestea au variante psihopatologice care au fost amintite, și a căror instalare mută condiția adaptativă a respectivei dispoziții, într-una simplificată, rigidă, exagerată, ce tinde să se autonomizeze și să se manifeste în afara situațiilor semnificației specifice decontextualizant subiective. Anxietatea generalizată, atacurile de panică, starea maniacală și depresivă majoră sunt astfel de sindroame dispoziționale.

S-a comentat deja că noțiunea de “dispoziție” are însă un sens mai larg, putându-se vorbi de dispoziția pentru muncă și acțiune realizatoare, cea pentru confruntare combativă, investigare, joacă, petrecere sărbătorească dezlănțuită etc. Există apoi o dispoziție pentru observarea atentă, obiectivă, fără implicarea emoțională, necesară cercetării științifice. Sau dispoziția de odihnă și relaxare, de contemplare, dispoziția participării entuziaste la ceva; precum și proasta dispoziție, indispoziție, dispoziție morocănoasă, tristă, suspicioasă, etc.

Ca un numitor comun s-ar putea formula că starea dispozițională exprimă o anumită “deschidere” a psihismului persoanei pentru un mod de raportare situațională la lume: de receptare și înțelegere a acesteia, de aderare și implicare participativă. Pentru a se raporta într-un anumit fel la situații, subiectul trebuie să se afle într-o poziție determinantă față de acesta, să se formuleze o atitudine. Modurile dispoziționale exprimă de fapt variante ale poziționării atitudinale a subiectului conștient față de lumea către care e deschis prin situația dată. În cazul omului, în joc e desigur întreaga dimensiune psihoscorpurală a persoanei conștiente, dimensionată prin intenționalitate, comprehensiune, reflexivitate. Una din variantele acestei poziționări poate fi și opoziția față de lume; sau negarea ei; eventual reținerea, retragerea din lume, însoțită de replierea pe sine. La baza tuturor atitudinilor față de lume, se află însă un element bazal: aderarea de lume, de situație și de sine (ca parte a lumii). Aderarea la lume, la situații, obiecte, persoane, înseamnă și acordarea cu aceasta, rezonarea împreună, împărtășirea, faptul de “a-ți păsa de...”, aspectele lumii tale.

Radcliff a sugerat recent (2013) ca această aderare bazală, predispozițională la lume să fie denumită “sentiment existențial”. Faptul e resimțit tacit și firesc, ca implicat în existența naturală a fiecărui om. În condițiile deficitului psihopatologic depersonalizant se poate trăi după o neaderență față de lume; sau o nefamiliaritate și straniețe, ca în cazul delirului primar. Subiectul relatează trăiri din seria:...” mă simt detas (de lume), îndepărtat, înstrăinat, izolat, indiferent față de orice, ...”, neconectat, în afară de...”. El poate trăi un sentiment de nerealitate, suprarrealitate, nefamiliaritate, straniețe, de a nu mai fi în aceeași lume, a fi străin de ea etc.

Poate fi repetată la acest nivel trimiterea făcută la plictisul, la “acedia” călugărilor părăsiți de Dumnezeu lor; sau sentimentul de “străinătate” a gnosticului, ce simte că trăiește aruncat într-o lume inferioară. Parametrii de percepere și înțelegere cognitivă a lumii rămân intacti. Dar subiectul nu se mai simte implicat în ea. Anxiosul e angoasat de iminența morții, a părăsirii definitive a acestei lumi. Dar pe depersonalizat, lumea și prezența sa în lume nu îl mai interesează.

O a doua arie de comorbiditate majoră este depresia, altă stare dispozițională ce are rădăcini în biologie. Depresia se însoțește și ea de simptome biocorporale și comportamentale: insomnie, lentoare psihomotorie, inapetența, inhibiție globală. Raportarea la situație a depresivului e marcată de blocarea oricărui interes față de viitor; dar și de neimplicarea în prezent, de care el se detașează, anhedonic. Nimic nu-l mai atrage, nu-i mai face plăcere, refuză contactul interuman și se repliază pe trecut, fixându-se pe teme de autodeprecieri și vinovăție. În sd.dep/der st. nu doar că lipsesc orice manifestări biocorporale și comportamentale anormale, dar raportarea la situație e alta. Subiectul nu e orientat spre trecut și nici nu își retrage privirea și orientarea dinspre ceea ce e în prezent, așa cum face depresivul. Dimpotrivă, el își menține, de obicei, o atitudine constatativă asupra datelor prezente, chiar dacă acestea nu-l atrag, Neimplicarea depersonalizatului există, desigur; dar e vorba de o neimplicare în lumea relațională, de sensuri și aspirații specific umane. El poate, să-și îndeplinească obligațiile cotidiene, chiar dacă fără chef și marcat de plictis; fără a manifesta replierea pe sine ce se constată la depresivul ce privește în jos și nu scoate un cuvânt, nici la repetate întrebări. Depersonalizatul are o raportare “desanimată” la prezent; dar nu este extras din acesta, ca depresivul.

Caracteristica, aparent paradoxală a depersonalizatului, este deci aceea de a fi prezent în lume și la lume, dar în mod neanimat, neaderent, neimplicat, detașat. Iar această neimplicare se referă nu doar la situația nemijlocit prezentă, ci și la eventuala sa proiectare în viitor sau raportare la trecutul biografic (în

acest sens inventarul semiologic din monografia lui Sierra și Berrios, unde se comentează “dezinvestirea afectivă a trecutului” este edificator).

Ceea ce trăiește subiectul în sd. dep/der st. e sesizarea nemijlocită a suportului psihocorporal prin care el e prezent în lumea fizică ambientală; dar, fără articulare, fără acordarea și atașamentul rezonant față de lumea sa specifică umană Lume în care se conturează și se desfășoară identitatea sa cu sine, delimitarea, autonomia, relaționarea și valorizarea și „propriu zisa”, specific antropologică. Sesizarea acestui topos minimal și bazal al existenței fizico biologice, dezgolit de structurile antropologice suprajacente e nefiresc, ciudat.

Psihismul conștient al persoanei umane e în mod primar încorporat, înrădăcinat în propriul său trup ce se naște și moare. Pentru om corpul are însă concomitent o semnificație biologică și una antropologică de „locus al individuației” psihoantropologice. Prezența sa în ambianță și lumea fizică și prezența sa în situația de semnificație a lumii umane deși strâns interpenetrate, nu sunt identice. Prezența în lumea umană înseamnă intenționalitate, vizare și angajare activă în situații problematice comprehensive, pe axa semnificațiilor acestei lumi, într-un context intersubiectiv. Angajare ce presupune funcționarea unei aderențe bazale la această lume. Psihopatologii s-au gândit și la astfel de funcții pre-dispoziționale, ce ar sta la baza „deschiderii aderente” față de lumea umană e ceea ce Radcliff a denumit „grupajul funcțiilor existențiale”.

Odată ce s-a deschis spre lumea umană, și a aderat la ea, subiectul întâlnește situații problematice în care se angajează și pe care le rezolvă. Pentru aceasta el se poziționează atitudinal, activând și dezvoltând câte o dispoziție determinată, din recuzita celor ce le are la dispoziție, corespunzătoare conjunctural. Poate fi vorba de o dispoziție investigatorie, de o așteptare tensionat anxioasă, de o dispoziție de confruntare beligerantă de cea a participării la o petrecere sărbătorească sau de retragere inhibată tristă, ca în împrejurarea doliului. Toate acestea se decantează de pe fondul generic al disponibilității față de relaționări și acțiuni din viața cotidiană. Orientarea

dispozițională poate avea, desigur, și direcții mai aparte, cum ar fi cea pentru contemplare, studiu, joc, creație, rugăciune, extaz etc.

În împrejurări pe care le studiază psihopatologii unele complexe dispoziționale se activează relativ spontan, autonomizându-se rigid. Ele acaparează viața psihică, agenția sinelui, decontextualizând desfășurarea vieții persoanei. Așa se petrec lucrurile în anxietatea generalizată, depresie sau dezinhibiție maniacală. În loc de a fi în slujba subiectului, dispoziția anormală își subjugă sinele, ipostaziindu-l în condiția unui personaj ce se autoevaluează aberant: ca extrem de vulnerabil, lipsit de valoare și vinovat, hipercapabil și valoric ș.a.m.d.

În raportările curente ale subiectului la situație nu totdeauna starea dispozițională joacă un rol important. Sinele persoanei, după ce înțelege situația, deliberează, își elaborează proiecte și strategii și apoi acționează. Decizia și acțiunea aparține, desigur, în cele din urmă propriei agenții autonome.

Dar prin însăși constituția sa, persoana umană introjectează persoanele de atașament și își împărtășește intimitatea cu cei apropiați. Iar mare parte din opțiunile și deciziile sale țin seama de sugestiile și recomandările celorlalți, de normele socio culturale. Din această perspectivă psihopatologia relevă posibilitatea dedublării autonomiei și agenției subiectului, ca în stările disociative și în obsesionalitate. Alte modele aparte ale derulării agenției sunt comportamentele explozive, impulsive și dependente. Sentimentul detașării de sine din sd. dep/der subliniază această condiție a dedublării.

În sfârșit, specificul existenței umane ne relevă și dimensiunea sa de personaj. În mod curent subiectul „joacă” variate roluri în scenarii ce se derulează în viața de zi cu zi; și care gravitează în jurul unor clarificări identitare relaționale rol de om bolnav, urât, înșelat, iubit, dușmănit, persecutat etc. Roluri care de conjugă cu stările dispoziționale ce însoțesc respectivele situații, susținând anumite ipostaze de autovalorizare (capacități și misiuni excepționale, vinovăție sau catastrofă iminentă). Psihopatologia ne indică și la acest nivel o

modalitate anormală de trăire a unor astfel de roluri, cu extragerea din lumea vieții cotidiene și căderea pe orbita scenariilor fictive ale lumii delirante. Această cădere în condiția de personaj al unei lumi narrative fictive fictive, fantastice, e resimțită ca o veritabilă schimbare identitară „transpersonalizantă” însoțită de o dispoziție specială. Dispoziția delirantă constă dintr-o stare de tensiune în care subiectul se simte invadat de mesaje misterioase ce-i sunt transmise prin percepții banale, cu sentimentul că i se va întâmpla ceva deosebit. Ceea ce se și produce efectiv, prin căderea sa pe orbita lumii fictive a delirului. Condiția în urma căreia el se simte „vrăjit”, transformat, într-o lume și pentru oameni care și ei sunt schimbați. El intră acum în relație cu personaje fictive și supranaturale, care pot prelua însăși agenția propriilor gânduri și acte.

Pe tot acest parcurs psihopatologic al depersonalizării și chiar a transpersonalizării, unitatea sinelui, deși este afectată și e fragmentată. Faptul se petrece însă prin procesul dezorganizării psihice care conduce la o specială formă de depersonalizare obiectiv indiferentă, apato abulică, anonimizantă.

XI

Fragmentarea și dezorganizarea schizoformă alături de depersonalizarea anonimizantă

1. Provocarea și misterul schizofreniei

Secolul XX a adus psihiatriei două noi boli necunoscute antichității și modernității: schizofrenia și autismul. La începutul veacului XX elvețianul Bleuler a renumit cu expresia grecească de **schizofrenie** un larg grup de tulburări psihotice reunite de Kraepelin sub sintagma demenței precoce. El considera că tulburarea de bază a schizofrenilor constă într-o tendință anormală de fragmentare și dezorganizare a psihismului, ce îl face să se retragă într-o lume proprie, autistă. Pe de altă parte, către sfârșitul sec.XX, observații tot mai sistematice asupra deficiențelor mentale a diferențiat o subcategorie caracterizată specific prin insuficiența contactului și comunicării directe a copilului cu alții, extraverbal și verbal, deși limbajul poate fi până la un punct asimilat și utilizat solitar. Acești tineri denumiți **autiști** nu zâmbesc altora, refuză contactul vizual, se preocupă izolați de jocuri mecanice și constructive, prezentând stereotipii motorii și intoleranță la schimbare. Deși autistul developmental a uzurpat doar pentru sine un concept pe care Bleuler îl folosisese în caracterizarea tulburării bazale din schizofrenie, cele două boli sunt rar comorbide. De fapt, în raport cu monotonia tabloului clinic autist, schizofrenia, pornită pe urmele demenței precoce kraepeliene a înglobat la un moment dat întreaga simptomatologia cunoscută a psihozelor; dar marcată de trăirile specifice ale dezorganizării și autismului.

E posibil ca o cazuistică de tipul schizofreniei din sec.XX să se fi manifestat în diverse contexte istorico culturale fără să fi fost înregistrată și descrisă mai pregnant de către corpul medical. Acum însă, către începutul

sec.XX, omenirea se desfășura după coordonate noi, marcată fiind de expansiunea universală a culturii modernității, dezvoltată în Occident după Renaștere. S-a înregistrat acum o creștere exponențială a cunoașterii bazată pe o polarizare subiect/obiect, pe teorii matematizate și experiențe de laborator. S-a ajuns progresiv la revoluția industrială și dezagregarea modului tradițional, multimilenar de relaționare concentrică și ierarhică dintre oameni. Tehnologia și transmiterea la distanță a informațiilor a condus la o înstrăinare a relațiilor intime nemijlocite. Iar lumea globalizată a Terei s-a autoșezat pe traiectoria unei deveniri istorice expansive, care voia să potențeze evoluția creativă a naturii care produsese omul. Pentru psihismul individului uman faptul a reprezentat o nouă ambianță de dezvoltare, afirmare și autopercepție, confruntare cu sine și manifestare.

Revenind la schizofrenie, faptul că ea e doar acum identificată se corelează și cu perspectiva clinico evolutivă pe care o introduce Kraepelin, de care înainte nu se ținea seama. Demența precoce era circumscrisă nu doar prin simptomatologie ci și prin faptul că debuta la tineri și evolua deficitar. Prin comparație, boala maniaco-depresivă, cea de a doua psihoză endogenă pe care psihiatrul german a plasat-o în centrul nosologiei psihiatrice, debuta la vârsta ascultă și evolua prin episoade recurente ce se remiteau. Sub cupola evolutivă a demenței precoce Kraepelin a reunit un grup de psihoze paranoide cu evoluție nefavorabilă, hebefrenia descrisă de Haeker și catatoniea lui Kahlbaum, fără a susține existența unei tulburări psihopatologice specifice.

În acest context a intervenit Bleuler, care a caracterizat demența precoce a lui Kraepelin, ca „autism dezorganizant”, denumind-o schizofrenie. Termenul de schizofrenie derivă de la grecescul „schisis” care înseamnă fragmentare, subliniindu-se astfel specificul dezorganizant al psihopatologiei acestei boli, ce se manifestă în gândire, vorbire și comportamente relaționale. Cealaltă expresie caracterizantă a lui Bleuler, autismul, era și ea un neologism greco-roman, ce voia să sublinieze replierea pe sine și dificultatea de contact, de comunicare

interpersonală a schizofrenului. Bleuler considera că simptomatologia delirant halucinatorie e secundară în această boală, exprimând „eliberarea” unor instanțe ale inconștientului – cu trimitere la psihanaliza lui Freud – de către tulburarea bazală, dezorganizantă.

Conceptul de schizofrenie nu s-a impus decât treptat în clinica psihiatrică. Întâi în Germania, pe urmele demenței precoce; apoi, tardiv, în Franța și Marea Britanie. După care el a cucerit America și s-a răspândit în întreaga lume. Psihanaliza, care treptat a devenit tot mai influentă în psihiatria sec.XX, centrată fiind pe psihonevroza histerică, patologia anxioasă și obsesiv fobică, a abordat periferic schizofrenia, păstrând însă accentul pus de Bleuler pe autism; sens în care ea a vorbit în această speță cazuistică despre o „regresiune narcisică”. Clinica psihiatrică din Germania, care la un moment dat era cea mai organizată structură profesională de acest tip din lume, a mutat însă treptat accentul de la autismul dezorganizant din nou asupra unui delir halucinator special, bizar și marcat de fenomene de transparență/influență. Sensul delirant al depersonalizării, pe care-l subliniase Jaspers în Psihopatologia sa, a fost menținut mult timp în acest mediu intelectual, ducând la conturarea de către Schneider a unui grupaj special de simptome specifice schizofreniei, în care tematica delirant halucinatorie de supraveghere se conjugă cu „tulburări formale” depersonalizante ale cursului gândirii. Aceste „simptome de prim rang Schneider” (SPR) pentru diagnosticul schizofreniei, au fost ulterior reactivate la începutul sec.XXI, continuând să fie o temă psihopatologică de actualitate.

Către sfârșitul sec.XX psihopatologii anglo saxoni au partajat simptomatologia schizofreniei în doi poli : schizo+ și schizo-. Apoi, s-a acceptat și un grupaj „schizo-dezorganizant” ideo-verbal, plasat la polul schizo+. Dar faptul nu a schimbat orientarea menționată.

Caracterizarea schizofreniei predominant printr-un delir halucinator bizar s-a menținut în ultimele decenii și datorită preocupărilor crescânde de după 1980 a pedopsihiatrilor față de tulburarea neurodevelopmentală *autistă*.

Studierea acestei patologii a evidențiat existența unui „spectru autist”, ce se extinde până la cazuri ușoare, marginale normalității. Psihiatrui s-au obișnuit să folosească expresia de autism pentru o astfel de cazuistică, uitând că ea a fost introdusă de Bleuler pentru caracterizarea schizofreniei.

Direcția de abordare inițiată de Bleuler a avut totuși, deja de la început unii susținători, așa cum au fost Minkowski care a încercat să lanseze conceptul de schizofrenie în Franța. Doctrinar, el a făcut apel la filosofia lui Bergson ce era la modă pe vremea sa, invocând pentru schizofrenie o „reducere a elanului vital”, angrenat în „evoluția creatoare”. Schizofrenii îi apăreau ca lipsiți de spontaneitatea sintetică, psihismul lor fiind marcat de o tendință la „spațializare” statică, de intelectualizare simetrizantă, mecanică, încremenită. Cazuistica lui Minkowski cuprindea mulți pacienți schizo-obsesivi, el comentând în mod special „actele autiste”. Acestea constau în comportamente aparent corecte formal dar lipsite de semnificație sau aberante în perspectiva integrării sociale. Se atrăgea astfel atenția asupra perturbării „simțului comun” care dublează deficiența autistă de atașament și comunicare interpersonală. În plus, Minkowski a remarcat preocuparea unor schizoizi față de o filosofare sterilă.

Demersul psihopatologului francez nu a avut însă în epocă un răsunet important. Dar el a contribuit, totuși alături de alții, de ex. Kretschmer, la acceptarea unui continuum între psihoza schizofrenă și trăsături de personalitate aparte, care includ o relaționare socială restrictivă: lipsa atașamentului, preocupări teoretice, mecanice, sau filosofice solitare. Schizoidia - schizotimia, schizotaxia - și-a găsit un loc printre modurile particulare de a fi ale oamenilor, susținând varianta unei tulburări de personalitate schizoidă.

O altă abordare doctrinară a autismului a încercat-o psihopatologia fenomenologică, inspirată de metodologia filosofică a lui Husserl, ce făcea o distincție între eul empiric, implicat în lumea vieții cotidiene și eul transcendențial. La acesta din urmă apelează oamenii de știință când elaborează

doctrină logico matematică și filosofii atunci când caută întemeierea a „ceea ce este”. Cele două dimensiuni ale eului ar fi implicit prezente în existența fiecărei persoane, chiar dacă spre filosofare se îndreaptă puțini oameni special dotați. Blankenburg a sugerat, pe baza analizei unor cazuri de schizofrenie nedelirantă de tip hebefren, că în autism se produce o „prăbușire a structurii eului empiric”; astfel încât, egoul transcendent se află, deconcentrat, în fața problemelor banale ale vieții cotidiene, pe care nu le mai poate rezolva natural. O astfel de interpretare, care argumenta înclinația unor schizofreni spre gândirea speculativă abstractă, a fost reluată relativ recent, după ce s-a realizat o apropiere între fenomenologic și cognitivism.

Dezvoltarea psihologiei cognitive la sfârșitul sec.XX, bazată pe studierea prelucrării informațiilor de către capacitățile psihocerebrale ale individului uman, a avut și ea multe contribuții la interpretarea schizofreniei. S-au studiat o serie de deficiențe ale prelucrării informațiilor la schizofreni și autiști, ca de ex. la nivelul „filtrului informațional atențional”, a „coerenței centrale perceptivă”; sau căutarea unei informații în baze de date complexe. Problematika mentalizării, a cunoașterii minții celuilalt (a intențiilor și opiniilor sale în situație – ToM) s-a dezvoltat tot în acest context, în corelație cu cercetarea dezvoltării atașamentului la copil și cu psihologia evoluționistă. Au fost evidențiate și alte perturbări ale derulării procesului cognitiv în general și a cogniției sociale în special, așa cum sunt: „saltul la concluzie”, „detaliile perceptivă supraevaluate” („salience”), distorsiunea atribuirii cauzalității, perturbări în perceperea expresiilor faciale etc. Astfel, intuițiile fenomenologice au căpătat un suport experimental. În prezent problematica autismului și a schizofreniei pot fi comentate mai profund și sistematic dacă se ține seama, în perspectivă dezvoltamentală și evoluționistă, atât de psihologia cognitivă cât și de moștenirea fenomenologică.

Filtrul atențional informativ

Studierea funcției C.C. abordează la un nivel de cercetare integrator, o temă care a preocupat de mult timp psihologia cognitivă, interesantă de prelucrarea psihocerebrală a informațiilor după modelul inteligențelor artificiale: cea a selecției și prelucrării ordonate, eficiente, a informațiilor în situații solicitante.

Încă din anii 50 ai secolului trecut s-a sugerat că unele manifestări psihopatologice sunt consecința incapacității psihismului de a prelucra și integra o cantitate mare de informații pe unitatea de timp, datorită limitării capacității de procesare. O primă interpretare psihopatologică a acestei teze s-a referit la retragerea socială a schizofrenilor, ca mecanism de apărare, determinat de fragilitatea lor în prelucrarea informațiilor din aria relaționării sociale.

S-a dezvoltat apoi teoria filtrului informativ atențional (f.i.a.). Atenția e un proces complex, conjugat percepției și acțiunii, prin care informațiile sunt identificate, etichetate, clasificate, ordonate, ierarhizate, sistematizate.

Prin f.i.a. se înțelege procesul de ordonare ierarhică a informațiilor chiar la nivelul periferic al receptării acestora, în funcție de obiectivul intențional exprimat prin atenție. Unele informații sunt astfel spontan marginalizate ca mai puțin importante; altele sunt plasate în centrul prelucrării informative, datorită importanței lor; iar altele sunt excluse, ca ne semnificative. Atenția normală, concentrată și persistentă, are un volum adecvat sarcinii de îndeplinit, ierarhizând spontan informațiile și rezistând la solicitări sau zgomote nedorite. Se realizează astfel, inconștient și automat, o selecție informativă utilă operativ. În cazul în care acest filtru nu funcționează normal, așa cum ar fi în schizofrenie, informațiile nu mai sunt clasificate și ierarhizate automat la nivel periferic, spontan și continuu conform importanței lor, cu reținerea doar a ceea ce e esențial în funcție de direcția problemei ce se cere rezolvată. În consecință se produce un bombardament informativ care obosește și dezorientează individul. Astenia și retragerea socială a multor schizofreni s-ar explica astfel. Subiectul trebuie să facă un efort deliberat de a controla informațiile receptate printr-o atenție sporită la nivel periferic; ceea ce determină un aucontrol perceptiv și acțional continuu. Faptul întreține și o stare de "hiperreflexie", de atenție sporită acordată propriului efort de a percepe, gândi și acționa.

Filtrul atențional informativ nu e activ doar în direcția obținerii informației perceptivă exterioare. În cursul rezolvării problemelor curente ale vieții, el operează și în direcția selectării informațiilor din memorie, a informațiilor feed back transmise de mișcările corporale în cadrul acțiunii; și, în general a informațiilor continue ce subiectul le caută și le receptează. F.i.a. are particularități importante în cazul căutării informațiilor într-o bază de date ample, așa cum ar fi internetul. În această direcție actuala tehnologie a dezvoltat metodologia "analizei semantice latente". Căutarea în propria memorie are uneori această caracteristică.

Când se vorbește de atenție, se are în vedere de obicei o orientare a psihismului într-o anumită direcție, realizată în urma unei solicitări speciale sau a unei intenții voluntare. În cadrul raportării constante a subiectului la lumea exterioară există însă o continuă presiune informativă de fond, ce vine atât din exterior cât și dinspre circuitul pulsativ al cursului ideativ. În raport cu actualitatea zonei căreia subiectul îi acordă atenție, acest asalt informativ e ținut la periferie, înconjurând și învăluind "câmpul" raportării active determinate, ca o aureolă accesibilă. Menținerea ofertei informaționale în poziția ei de fundal – mai apropiat sau mai îndepărtat, mai accesibil sau mai puțin accesibil – presupune și ea un filtru protector preconștient, preatențional, care protejează limitele coerenței sinelui. Relaxarea acestui filtru ce protejează fundalul sinelui ce stă în spatele raportărilor active, se manifestă prin distragerea atenției de către informații sau "zgomote" ne semnificative ce vin din exterior sau din pulsațiile cursului ideativ. Ultimul aspect ar sta la baza ideății intruzive și obsesive, a presiunii gândirii și mentismului. Un filtru bazal poate fi presupus și în raport cu informațiile intero și proprioceptive, relaxarea sa fiind responsabilă de cenești.

Se mai pot menționa: - distorsiunea perceptivă a detaliilor suprasemnificate („saliency”); - perturbarea inferenței raționale prin „saltul la concluzie”; - deficiențe în selecția perceptivă a expresiilor faciale emoționale; - interpretarea anormală a atribuirii cauzalității etc. Ansamblul tulburărilor neurocognitive evidențiate în schizofrenie nu beneficiază însă de un cadru generic de încadrare.

Atât fenomenologia cât și cognitivismul acceptă în aparatul lor doctrinar conceptele de sine (self), de intenționalitate și de subiectivitate („perspectiva persoanei întâi” în cognitivism). Pornind de la acestea s-au dezvoltat în ultimul timp interesante studii privitoare la tulburările psihice din faza prodromală a schizofreniei, reluându-se parțial viziunea lui Bleuler și a lui Bertzi asupra deficienței forței de coeziune a sinelui schizofren, privit însă și din perspectiva reflexivității. Nu s-a ajuns însă la o metodologie cuprinzătoare care să țină cont și de dimensionarea psihismului uman prin limbajul narativ și critic. Deci, a limbajului ce se desfășoară în planul existenței umane la nivel suprapersonal, dincolo de relaționarea comunicațională interpersonală. În plus, e vorba acum și de alte instanțe umane ale logosului, dincolo chiar de cele implicate în narativitatea corelată patologiei delirante. Astfel, în dezorganizare, intră în joc universul elaborărilor metaforice al poeziei și cel speculativ abstract al filosofării, pe care psihopatologii l-au intuit în marginea schizofreniei de la început.

Schizofrenia e o tulburare a unei persoane care, posedând limbajul narativ valoric, nu doar comunică sau povestește, ci e disponibilă și să invoce și transcendența și să înțeleagă lumea prin prisma instanței teoreticului, a fundamentelor logico categoriale ale acestuia. Și astfel, să se înțeleagă pe sine, în adâncime.

De aceea, provocarea dezorganizării autiste din schizofrenie ridică o nouă întrebare majoră antroposului.

2. Dezorganizarea în plan ideo verbal

Bleuler considera că psihopatologia specific schizofreniei este dezorganizarea (disocierea – “spaltung”) care cuprinde însăși nucleul personalității, eul conștient, sinele, manifestându-se predominant în aria gândirii și vorbirii. Dezorganizarea se referă la perturbarea coerenței ordonate și asertive a psihismului, a organizării sale centrale și ierarhice, a sintezei în toate manifestările sale intenționale. Expresia sa cea mai evidentă este la nivelul dezordinii și împrăstierii comportamentului comunicațional.

O problematizare a ordinii și ordonării se întâlnește și în psihopatologia obsesionalității și autismului. În schizofrenie însă, dezordinea dezorganizării trece mai departe de ordonarea ambianței fizice și de proiecte de acțiune, cuprinzând instanța ideo verbală a utilizării limbajului. Este oferit astfel procesul de raționare prin care se rezolvă probleme și se argumentează comportamentul. Dar și articularea subiectului la dimensiunea cultural spirituală de ansamblu a umanului. În sfârșit, dezorganizarea vizează însăși structura identitară a persoanei conștiente, centrată de sinele său încorporat.

Dezorganizarea ideo verbală se articulează cu tulburările formale ce pot fi resimțite la nivelul cursului ideativ și se manifestă cel mai pregnant în

Concepte și metafore corelate dezorganizării

Expresia de “spaltung” introdusă de Bleuler pentru a caracteriza tulburarea fundamentală din schizofrenie trimite la grecescul “schizis”, cu semnificație de fragmentare a unui întreg. Ulterior s-au folosit pentru caracterizarea acestui concept diverse metafore și variați termeni dintre care s-a încetățenit cel de dezorganizare. Acesta face parte dintr-un câmp conceptual în aria căruia gravitează noțiuni precum: ordine, sistem, structură, organism, care se cer comentate pe scurt.

Ordinea și ordonarea sunt dimensiuni ontologice și gnoseologice care au în vedere relaționarea entităților lumii; ordinea succesiunii ierarhice stă la baza sistemului numeric și a elaborării figurilor geometrice; Leibnitz a pus la baza spațio-temporalității ordinea concomitenței și a succesiunii; structurile de ordine face parte din infrastructura lumii, logosului și gândirii; pe lângă ordinea succesiunii și a incluziunii ierarhice, din aceeași arie conceptuală ar face parte problematica implicării, cauzalității argumentării. Clasificarea și sistematizarea se referă la ansamblarea într-un tot a unei mulțimi de entități ce au unele elemente commune, în funcție de anumite criterii; sistematizarea se referă la cunoaștere; dar se cer avute în vedere și sistemele funcționale, mai ales printre artefactele produse de om. Structura se referă la o construcție făcută din elemente ordonate într-un întreg bine și coerent articulat; raportul parte/întreg presupune și el o ordine ierarhică.; se vorbește uneori de structuri funcționale, pentru a se depăși o viziune statică. Conceptul de organizare derivă de la organism și organe (instrumente), presupunând intrarea în joc a tuturor conceptelor deja menționate: ordine, sisteme și structuri funcționale, întreg centrat și format din părți funcțional articulate.

În toate domeniile menționate mai sus se presupune o realitate centrată și delimitată cumva, ce are o structură internă de ordine, organizare internă în care părțile constitutive sunt articulate și interfuncționează armonios, coerent, reunite într-un câmp sub controlul centrului coordonator; o astfel de entitate funcțională centrată, structurată și delimitată se raportează la un context accesibil în care interacționează cu alte entități similare, învăluite fiind de un mediu comun, sub un orizont. În această viziune metateoretică “dezorganizarea” se referă la detașarea, fragmentarea, dezarticularea unor elemente din structura de ansamblu a întregului organic în care funcționau cu rost, la locul lor (sau urmau să funcționeze astfel). Cea mai frecventă manifestare a dezorganizării e comentată la nivelul limbajului comunicational și creativ, caz în care rostirea nu-și mai poate realiza funcția comunicantă sau creatoare prin perturbările logico gramaticale, semantice de ordonare. Limbajul vorbit cade în haos și incomprehensibilitate.

Dezorganizarea psihică e astfel echivalată cu: dezordine, incoerență, destructurare, destrămare, deslănare, dezarticulare, haos. Alte metafore utilizate sunt:

- O clădire ce s-a prăbușit;
- Un sistem orbital gravitațional (de tip planetar sau a atomului) ce a colapsat prin deficitul gravitațional;
- O călătorie în care drumetul s-a rătăcit și nu mai găsește drumul spre destinație sau reîntoarcere.

comportamentul comunicațional. Perturbarea cursului ideativ e resimțită de subiect prin simptome ca: presiunea și interferența gândirii, gândire intruzivă și mentism, baraj și gol mental, ecoul, spațializarea și sonorizarea gândirii. Comportamentul comunicării se concretizează cel mai pregnant în transmiterea unui mesaj. La acest capitol psihopatologia descriptivă comentează:

* Circumstanțialitatea. Gândirea și vorbirea evoluează spre obiectiv cu multe paranteze, legate de detalii explicative și de asociații cu unele date concrete; dar revine constant din aceste ocolișuri la linia principală. În vorbirea uzuală faptul e caracterizat ca divagație, cu condiția ca obiectivul să fie menținut.

* Perseverența. Deși subiectul a comunicat în esență ceea ce intenționa, el revine mereu la aceeași temă, manifestând sentimentul că nu ar fi fost înțeles clar, insistând, repetându-se, chiar dacă prin alte formulări.

* Vorbirea hiperelaborată și manieristă constă din; utilizarea multor cuvinte cu un conținut informativ redus. Expunerea este încărcată de expresii generale și neesențiale pentru intenția informativă: formule de introducere, de politețe, paranteze nejustificate sau explicative formale, considerații generale, expresii “prețioase”, neuzuale.

* Stereotipiile. Unele expresii se repetă aproape identic, inutil, fără conținut informațional, parazitând discursul care nu progresează spre concluzia mesajului.

* Deraierea. Direcția de comunicare a discursului se pierde: subiectul trece de la o temă la alta, derivată din cele expuse, fără a se mai reîntoarce la direcția de comunicare principală. Această alunecare progresivă a discursului, din aproape în aproape, e până la un punct distinctă de saltul de la o temă la alta, fără o derivare constatabilă, ce se întâlnește mai ales în presiunea ideo verbală și în fuga de idei maniacală. În starea maniacală schimbarea, saltul lipsit de rațiune de la o temă la alta, se petrece datorită vitezei crescute de derulare a ideatiei; iar uneori prin asocieri superficiale, semantice, de asonanță sau

sonoritate. Nu este exclus ca în cazuistica de exemplificare clasică a deraierii, să se fi inclus și stări schizomaniacale nedelirante, de tipul clasicului tablou al hebefreniei.

În toate manifestările menționate, dar mai ales în deraiere, pierderea obiectivului comunicării este evidentă. Agentul comunicant nu realizează o legătură a exprimărilor suficient de centrată de obiectiv, suficient de puternică și flexibilă în același timp, pentru ca informația să se ierarhizeze armonios. E prezent un deficit al sintezei procesului activ al comunicării. Repetitivitatea ce rezultă din perseverență și stereotipii exprimă reducerea conținutului informațional, în ciuda abundenței cuvintelor. Deci, o perturbare a capacității de dozare semantică în formularea mesajului. Reducerea conținutului informațional, a sintezei noului, lasă ca scena procesului informațional să fie ocupată de instrumentalitățile care ar trebui să fie folosite în așa fel, încât nici să nu fie sesizate.

O notificare specială s-ar cere făcută pentru stereotipii, care se manifestă pregnant și în plan strict comportamental, în autism și catatonie. Manifestarea stereotipă apare ca un clișeu, motor și informativ, care întrerupe cursul orientat spre obiectiv al acțiunii sau comunicării. “Forma” se manifestă în acest caz ruptă de semnificație.

* Tangentiabilitatea se referă la un răspuns evaziv, care, deși indică înțelegerea întrebării, nu oferă un răspuns explicit, clar și la obiect. În răspunsul său subiectul se poate exprima aluziv, prin considerații generale care au o legătură vagă cu subiectul. Vorbirea sa e caracterizată de obicei ca, metaforică, “flou”, digresivă. Manifestarea se încadrează și ea în relaxarea sau pierderea obiectivului comunicațional, deoarece conexiunea cu interlocutorul nu se realizează și dialogul nu este posibil. Totuși, tulburarea e distinctă de circumstanțialitate sau perseverare, situații în care limbajul utilizat e cel al vorbirii curente, iar orientarea subiectului e spre detalii concrete.

* Incoerența ideoverbală depășește clar planul perturbării unui obiectiv comunicațional, deoarece la acest nivel predomină anomaliile logico gramaticale și semantice, care se manifestă în chiar interiorul a ceea ce ar trebui să fie o propoziție cu subiect și predicat. Dezordinea implică acum transgresarea regulilor gramaticale care permit ca expresiile să fie semnificante. Chiar și cuvintele, care au potențialul unor coneepe, se destabilizează semantic, participând la haosul unei “salate de cuvinte”.

Dezorganizarea logico semantică se manifestă prin gândire și acte de vorbire, fiind astfel sesizabilă în plan comportamental. Dar ea vizează particularitățile generale ale limbajului uman, care se bazează pe semnificanți cuprinse în universuri de discurs supraindividuale. Semnificantul, fie că e un cuvânt, o expresie, o imagine iconică sau un simbol, trimite la un univers de semnificații generale, abstracte. În normalitate, articulația între semnificant și semnificație e echilibrată. Ea e organizată în jurul unui centru de sinteză, ce are o valoare supraindividuală, comunicantă, în jurul căreia se pot reuni de obicei mai mulți subiecți și variate exprimări logico lingvistice, cuprinse în discursuri. O formulare lingvistică individuală are în mod normal o astfel de valență sintetică. Ca perturbări în această direcție se pot întâlni:

- Se pierde legătura între caracteristicile concrete ale semnificantului și cele generale ale semnificației. Cuvintele, expresiile, imaginile iconice, rămân obiecte concrete, care nu mai trimit niciunde retrăgându-se în poziția de “obiecte manipulabile”; ca în perspectiva din care textele și picturile pot fi distruse, arse. Despre limbajul schizofrenilor s-a formulat că, uneori aceștia par să se joace cu și să manipuleze cuvintele ca pe niște obiecte sau jucării. E pierdută capacitatea de generalizare, abstractizare, analiză, sinteză. Simptomul se poate evidenția prin proba proverbelor și asemănarilor din scala PANSS.

- Pe de altă parte abstracțiunile, generalizările, capătă o caracteristică vagă dar persistentă. Subiectul se cramponează de noțiuni ca Adevărul, Eternitatea, Binele, pe care le resimte ca entități reale dar greu de determinat. Atracția,

fascinație față de abstracții lipsite de conținut și determinare, este una din caracteristicile schizofreniei. Nu trebuie ignorat că o parte din cuvinte, pe lângă valențele lor comunicaționale, au și caracteristicile logice ale conceptelor. Ancorarea în acest plan abstract e una din specificațiile dezorganizării semantice.

Mare parte din cuvinte și expresii sunt pluri-semice, semnificația lor precisă fiind condiționată de contextul lingvistic situațional, de “jocul lingvistic” în care sunt angajate. În dezorganizare putem întâlni utilizarea neadecvată semantic a unor cuvinte, fapt ce perturbă coerența de ansamblu a exprimării. Pe de altă parte, d.p.d.v. formal multe cuvinte compuse pot fi divizate, astfel încât fiecare fragment exprimă un nou cuvânt cu propria-i semnificație. Apare un joc de descompunere a cuvintelor; și de recompunere a expresiilor din propriile constituente. Se ajunge astfel să se exprime un univers incoerent de semnificații. În acest context apar “neologisme”, adică cuvinte inventate de către pacient și care au pentru el o semnificație specială. Poate fi vorba de exprimări complexe, figuri simbolice sau chiar de un nou cod lingvistic cu care el dublează limbajul natural.

Dezorganizarea vorbirii și gândirii în modalitatea incoerenței nu e sesizabilă doar la nivelul discursului verbal. Ea se manifestă în texte și redactări lingvistice elaborate ca expuneri scrise, artistice sau științifice.

Textele redactate se plasează într-un plan suprapersonal. Adică într-o instanță, a universurilor de discurs, care depășește circumstanțialitatea situațiilor actuale, inserându-se într-un plan al « teoreticului ». Dezorganizarea lingvistică ce se manifestă într-un eseu scris poate prezenta toate simptomele deja menționate : utilizarea pluri-semică neadecvată a expresiilor, cuvintelor sau fragmentelor de cuvinte și a semnelor iconice ; neologisme idiosincrazice, relaxarea legăturii între concret și abstract. Textul se poate caracteriza prin incorectitudini gramaticale și logice, prin utilizarea concomitentă a mai multor coduri semantice, printr-o dezordine generalizată, vizibilă în aspectul grafic al

producției. Literele pot fi scrise cu dimensiuni variate și puse în pagină în direcții multiple; unele expresii sau figuri se detașează incomprehensibil de rest sau se repetă stereotip. Dincolo de aceste aspecte, se poate constata dezorganizarea în perspectiva perturbării cursivității spre un obiectiv comunicațional. Un eseu care e construit în stilul unui discurs retoric sau un text științific, trebuie să urmeze anumite reguli de succesiune ale argumentației, pentru a conduce la concluzii. Textele literare, și ele, respectă reguli anumite ale ordonării ierarhice ale părților, care fac ca semnificația transmisă să poată fi descifrată comprehensiv de către lector, chiar și atunci când mizează mai mult pe caracterul sugestiv și de “câmp” al semnificațiilor. Toate aceste aspecte sunt des-organizate, în elaborările care se orientează spre polul dezorganizant al schizofreniei.

În sfârșit dezorganizarea în plan logico-semantic mai ridică o problemă spinoasă. Limbajul, care are o infrastructură logico-categorială, susține nu doar comunicarea pragmatică ci și o instanță a teoreticului în care se desfășoară narațiunile supraindividuale, teoriile științifice și speculația filosofică. Instanță care, prin intermediul miturilor sacrale și a ritualurilor, mediază și accesul subiectului uman spre transcendență. În dezorganizarea lingvistico-semantică și logică a schizofrenului, dincolo de perturbarea utilizării limbajului în comunicare, se reflectă și anomalii în accesul persoanei la acest plan teoretic, narativ și transcendent. Fapt care susține “detașarea” individului de ambianță și “plutirea” sa într-o lume a obstrucțiilor, înclinată vag spre transcendență. Acest aspect al patologiei schizofrene diferențiază net tulburarea de toate celelalte perturbări psihice. La fel cu amestecarea ritualurilor cu aritmetica specifică obsesionalității.

Dintre problemele ce se ridică la acest nivel câteva au o trimitere antropologică importantă. Astfel e înclinația persoanelor din spectrul schizofren spre abstracții. E vorba de articularea persoanelor cu acele zone antropologico culturale care se referă și la domenii teoretice speculative, inclusiv la filosofie.

Preocuparea față de abstracții vide de conținut a schizoizilor e pentru ei o formulă de izolare socială, de retragere din prezența comunitară a vieții cotidiene. La debutul schizofreniei unii tineri se arată interesați de științe oculte și exotice, de yoga, de filosofie etc. E edificator în acest sens cazul unui pacient comentat de Minkowski care afirma că se preocupă de mai mulți ani intens de filosofie; dar nu a citit nici o carte în domeniu, ca să nu-și altereze originalitatea gândirii.

Un alt aspect este sugerat de gândirea și vorbirea « metaforică » evidentă în vorbirea tangențială; la care se adaugă preocuparea față de simboluri idiosincrazice. Faptul trimite la universul poeziei. Limbajul poetic utilizează întotdeauna un mod relaxat de discurs. Dar aceasta deoarece poemul sau poezia are o coerență specială, susținută de un “câmp” afectiv ce trimite spre un univers valoric cultural. Imnul este adresat zeului, poezia erotică e destinată iubitei, multe poeme exprimă admirația pentru natură sau alte aspecte ale realității. Dimensiunea antropologică a credinței, iubirii, admirației, presupun un context special, în interiorul căruia poezia de calitate are semnificație și coerență. În afara unui astfel de context, ea poate fi lipsită de sens și conținut. În dezorganizarea ideo-verbală se întâlnește tocmai absența aderenței lui către un astfel de “câmp spiritual” special, valid d.p.d.v. cultural, comunitar și inserat în acesta.

Dezorganizarea exprimă deci deficitul capacității de asertare semnificativă și creatoare a persoanei, în calitatea sa de pol individual al umanului, în mediul său socio cultural specific, dimensionat prin logosul comunitar ordonat de norme și valori.

3. Schizofrenia deficitară, depersonalizare și autismul developmental

Spre sfârșitul sec.XX s-a încercat sistematizarea polimorfismului simptomatologiei schizofrene prin partajarea acesteia între un pol schizo+, predominant delirant halucinator și un pol schizo-, în esență apato abulic. La acestea s-a adăugat apoi o dimensiune schizo-dezorganizantă, centrată pe

disociație ideoverbală; și care e plasată de obicei în marginea schizo+. Demersul a avut loc într-o perioadă în care începuse să nu se mai vorbească în schizofrenie de autism, odată cu circumscrierea și impunerea unei tulburări neurodevelopmentale cu același nume. Iar sd. de depersonalizare și derealizare a fost cantonat în aria tulburărilor disociative. Dat fiind că eticheta bleuleriană a dezorganizării autiste a trecut în plan secund, merită să ne oprim puțin, din perspectiva unei psihopatologi cu orientare general antropologică asupra schizofreniei deficitare, prin raport cu spectrul autismului developmental și un înțeles larg al depersonalizării.

Polul schizo- e comentat în DSM-5, într-o perspectivă comportamentalistă prin:

- Reducerea expresiei emoționale, ca manifestare a anafectivității, a tocirii și aplatizării afective, dispoziția dominantă e una indiferentă, nemedulată.

- Anhedonia, se referă la o capacitate redusă de a experimenta plăcerea, de a se bucura, inclusiv de cadrul relaționărilor sociale. Ea se exprimă prin lipsa de interes și preocupare; precum și prin asociabilitate. Subiectul e indiferent față de lume și de alții. Dat fiind faptul că se păstrează o conștiință reflexivă accentuată, el poate constata și comenta golul, pustiirea sa interioară: “nu simt, nu mă atrage, nu mă bucură nimic” este formularea clasică în cadrul acestei “atimhormii”.

Aceste prime două clustere cuprind simptome ce se întâlnesc și în sd. dep/der disociativ, unde ele sunt însă doar resimțite subiectiv; pe când în schizo – ele se manifestă obiectiv.

- Avoliția constă din reducerea activităților automotivate și cu scop. Starea apato-abulică, amotivațională, se corelează desigur cu anhedonia, anafectivitatea și asociabilitatea. Lipsa de interes poate fi însoțită de un sentiment de anergie, de lipsa puterii pentru a face orice; dar nu de tristețe.

Subiectul stă mult timp într-un loc fără să facă nimic. Eventual, el e manipulabil, făcând tot ceea ce i se indică. Nu are dorințe, opțiuni, puncte de vedere proprii, adoptă tot ceea ce i se pretinde de către alții. Tot cu avoliția se corelează și dificultatea de a lua o hotărâre, indecizia, ambivalența și ambitendența schizofrenului deficitar. Ambivalența face parte din simptomatologia subliniată inițial de Bleuler; dar care nu mai e comentată în DSM-5.

Manifestările avoliției sunt și ele obiective, pe când în sd.dep/der ele se manifestă predominant subiectiv.

- Alogia, constă în vorbire și gândire redusă, încetinită, lipsită de substanță. Sărăcia conținutului gândirii, chiar în condițiile unei abundențe de cuvinte ca în manierismul verbal, se corelează desigur cu alogia. În alogie se încadrează dificultatea gândirii abstracte, lipsa de spontaneitate, reducerea fluxului conversațional, vidul mental resimțit și obiectiv. Desigur, deficitul în aria gândirii nu poate fi clar diferențiat la schizofreni de dezorganizarea ideoverbală. Se mai cere avut în vedere că în tot acest proces, se păstrează în suficientă măsură reflexivitatea sinelui, autoanaliza, referința la sine.

Simptomatologia schizo- reunită în anafectivitate, anhedonie, asociabilitate, avoliție, alogie, a preocupat clinicienii ce au redactat DSM-5 predominant în manifestările sale expresive și comportamentale, înregistrabile pentru un diagnostic reproductibil. În acest sens sunt ele descrise de scala lui Andreasen și în DSM-5. Psihopatologul de orientare fenomenologică Scahrfetter a încercat inventarierea trăirilor subiective prin care schizofrenii deficițari își resimt perturbarea sinelui identitar. El s-a ghidat după jaloanele propuse de Jaspers privitoare la deficiența egoidentității, egodelimitării, egoconsistenței și egoagenției, la care a adăugat egovitalitatea. S-au înregistrat în acest sens exprimări precum:

“Nu mai știu cine sunt...am părăsit trăsăturile și figura ce-mi aparțineau...mă simt vulnerabil fără protecție...mă amestec cu alții...părți din mine sunt în afara mea...mă simt dezagregat, nu mai sunt o unitate...eu nu mai sunt deloc, nu mai exist...nu mai sunt viu, sunt fără viață etc.”

Trăirile subiective astfel colectate se agregă în direcția unei simptomatologii depersonalizante ce se manifestă în contextul dezorganizării psihismului, conjugându-se cu menționatele simptome schizo- din DSM-5. E vorba însă acum de o depersonalizare în primul rând obiectivă, ce se exprimă prin grave deficiențe ale funcției motivațional volitive, intelective și afective, de atașament, emotivitate, dispoziție etc. Și care condiționează o existență lipsită de relief și identitate, de participare la viața comunitară cotidiană.

Simptomatologia deficitară din schizofrenie a fost tradițional comentată la pacienții azilari cronicizați, la care ea era mixtată cu simptome halucinator delirante și cu o pronunțată dezorganizare ideoverbală. Nu poate fi exclusă în aceste cazuri instalarea unei deteriorări generale a persoanei ca și consecință a procesului psihopatologic și al alienării azilare; stare deficitară care i-a sugerat lui Kraepelin eticheta de “demența precoce”. Se ridică însă problema simptomatologiei negative a schizofreniei în formele marginale și incipiente ale tulburării, până când procesul dezorganizării încă nu și-a exercitat efectul.

Pe tot parcursul sec.XX s-a descris constant, în corelație cu schizofrenia, un tip aparte de persoană “schizoidă”. Evaluarea clinică considera că cel puțin jumătate din pacienții ce dezvoltă boala au astfel de caracteristici. Încă din prima jumătate a sec.XX Kretschmer a insistat asupra unor personalități cu trăsături caracteriale aparte, afiliate direcției în care se dezvoltă simptomatologia schizofrenă; și care ar fi diferită de particularitățile și caracteristicile celor orientați spre patologia maniacal depresivă. Psihiatrul german preconiza și un continuum între persoanele excepțional dotate, cele obișnuite, personalitățile anormale și boală. Pentru schizotimi, se trimitea spre

următoarele caracteristici: - nesociabilitatea unor oameni liniștiți, rezervați, taciturni, bizari, anafectivi; - timiditate apragmatică cu atașament pentru natură și lectură; - delicatețe, însoțită uneori de o sensibilitate aparte. În cazul persoanelor excepționale, astfel de trăsături sunt dublate de anumite caracteristici creative: în cazul personalităților dizarmonice schizoide, retragere socială, anafectivitate și preocupările solitar bizare sunt mai accentuate. Actualul sistem DSM-5 caracterizează TP schizoidă prin detașare în relațiile sociale și reducerea exprimării emoțiilor în contexte sociale variate. Între itemii de identificare sunt menționați: - faptul că nu se bucură de și nu dorește relații apropiate, fiind lipsiți de prieteni intimi sau confidenți; nu e interesat de relații sexuale cu parteneri de sex opus; manifestă răceală afectivă, detașare sau afectivitate tocită; e indiferent față de aprecierea sau criticismul altora; alege activități solitare manifestând interes pentru cele publice.

TP schizoidă circumscrisă ca mai sus exprimă un evident deficit de relaționare interpersonală, un minus al sociabilității și al afectivității, cu indiferență, detașare și nerezonanță. Astfel caracterizată, ea este net diferită de hipersuspicioasă TP paranoidă; astfel încât la nivelul tulburărilor de personalitate polul schizo- și cel schizo+ se proiectează în cadre personalistice distincte. TP schizoidă din DSM-5 nu a fost însă un cadru nosologic pregnant, beneficiind de puține studii concrete. Ea nu detaliază de ex. tipul preocupărilor ce-i sunt specifice, așa cum face Kretschmer care notează atașamentul schizotimilor față de natură și lectură; la care s-ar putea adăuga acum preocupări pentru muzică, practici esoterice orientale, filosofie, ruminatii abstracte, autoanaliză etc. Precizarea unor astfel de preocupări sunt necesare deoarece simpla răceală afectivă în sensul lipsei de atașament, empatie și emotivitate socială e o trăsătură psihică foarte răspândită ce se întâlnește și la obsesivi și la psihopați. Problema intră în discuție, mai ales în urma provocării pe care a introdus-o autismul developmental.

Dispoziția indiferentă și răceala afectivă

În raport cu grupajul stărilor dispoziționale externalizate (de investigare, de acțiune realizatoare, de combativitate etc.) și a celor internalizate (retragere fobică, inhibiție depresivă, epuizare astenică) starea dispozițională indiferentă tinde spre o desimplicare și detașare distantă față de problematica lumii. Există desigur și atitudini indiferente sectoriale și electivă, de ex. față de anumite persoane sau față de viața socială în genere; sau de o ambianță anumită, în raport cu preferințele personale. Sunt apoi perioade de detașare globală față de ambianță în condițiile concentrării pe probleme teoretice, speculative, mistice. Dar și păstrând contactul și deschiderea față de viața cotidiană, se poate ajunge la detașare calmă și senină printr-o anumită atitudine etică spiritual bine exersată, așa cum au preconizat stoicii sau scepticii greci, care cultivau "ataraxia". Sau, adepții și practicanții budismului zen, care ajung la autocontrol și armonie cu cosmosul.

În psihopatologie dispoziția indiferentă e comentată mult în aria schizo- și a TP schizoid. Schizoidul nu e interesat de evenimentele cutumiere și de relații cu alții, e neafectat de părerea bună sau rea a celorlalți despre sine, rece afectiv și solitar. În apato abulia schizo- e comentată și anhedonia în sensul lipsei de atractivitate din partea ambianței, subiectul nefiind atras de nimic și nebucurându-se de nimic. Anhedonia se întâlnește și la depresiv; dar spre deosebire de schizo- care afectiv e indiferent; acum ea se corelează cu o profundă tristețe, cu dezengajarea din viitor și prezent, cu replierea pe un trecut vinovat, autodeprecieri și preocupare față de moarte.

Dispoziția indiferentă a schizoizilor și a celor cu schizo- e însoțită de răceală afectivă, în sensul lipsei de atașament, empatie, rezonanță afectivă cu altul, emoții și afecte interpersonal sociale (anxietate, rușine, vinovăție, ură etc.). Răceala afectivă e însă o dimensiune aparte, ce se întâlnește la diverse tipuri de personalitate patologică dar și normal. Ea poate fi constatată la autiștii superiori, la TP obsesiv compulsivă ce e în mod deosebit atașat de muncă și preparativele acțiunii eficiente, în diverse toxicomanii și mai ales în psihopatie. La psihopați s-a identificat de mult o caracteristică psihobiologică constând din anafectivitate și lipsa emoției de frică, în condițiile unei bune sociabilități și a unei egofilii hedonice. Psihopatul amoral îi poate manipula pe alții și se poate distra hedonic prin chinuirea lor.

În apropierea condiției indiferenței și răcelii afective se poate plasa și detașarea observațională controlată a situațiilor printr-o poziționare cât mai obiectivă și neimplicată afectiv. E situația standard a cercetării științifice de laborator; care poate fi adaptativă în unele împrejurări critice.

Problematika polului schizo- s-a impus, către sfârșitul sec.XX în cercetarea schizofreniei și din perspectiva vulnerabilității și a stărilor prodromale. E vorba în primul rând de mereu citatele studii ale școlii din Bonn privitoare la “tulburările bazale” evidențiate prin scala BSABS, care decelează simptome subiective la persoanele cu risc crescut. La acestea s-au descris simptome negative de tipul unui sindrom anergic, cu oboseala, scăderea puterii de concentrare, a motivației, a capacității de decizie, a celei de a se bucura, diminuarea sentimentelor și a nevoii de contact. Iar în plan cognitiv distractibilitate, perseverare, ideație intruzivă și interferențială, blocajul gândirii, dificultăți de receptare a semnificațiilor, pierderea memoriei de lucru, a deprinderilor cutumiere fascinația de către detalii Dar și trăiri referențiale, derealizare, sentimentul modificării propriului aspect în oglindă etc. Ansamblul simptomelor perturbă raportarea subiectului la problemele vieții de zi cu zi.

În perspectiva depersonalizării e interesantă continuarea acestor cercetări de către școala din Copenhaga cu scala EASE. Aplicarea acesteia decelează cazuri în care subiectul tinde să își piardă nucleul intern al identității, sentimentul că propriile trăiri și gânduri sunt “ale sale”. El se simte anonim, nonexistent sau profund diferit de alți oameni; sau, prezintă o hiperadaptabilitate, cu conformare perpetuă la opiniile altora. Scade sentimentul participării efective la evenimente, de “prezență” a sa în situații. Subiectul se simte cu limite fragile, vulnerabil la influențe exterioare multiple, cu care se identifică apersonalizant.

Pe acest fond apar experiențe corporale din seria depersonalizării : autocontemplare îndelungată în oglindă cu sentimentul unor schimbări morfologice și cu impresia că unele părți ale corpului îi sunt străine; experiențe de spațializare și dezintegrare corporală. Apoi, tulburări ale demarcației proprii, confuzia cu alții, anxietate la contact corporal, sentimentul de pasivitate la expunere. Se adaugă tulburări ale cursului gândirii, reducerea inițiativei

gândirii. În sfârșit, un sentiment special de centralitate, de megalomanie magică, grandiozitate solipsistă, preocupări filosofice și religioase sterile.

Profilul psihopatologic ce rezultă din scalele BASB și EASE este, desigur, și un construct al autorilor ce le-au elaborat. Dar o dimensiune deficitar negativă a sinelui identitar și a autonomiei agenției se profilează destul de clar în spatele sau mai bine în direcția tabloului clinic al schizo- din DSM-5. Iar acest profil este cel al unei depersonalizări devitalizante, anonimizante, dediferențiatore, care nu e doar subiectivă ci și obiectivă. Deci, diferită de sd. dep/der st. din tulburările disociative.

Problematica pe care o ridică dimensiunea schizo- se cere însă privită și din perspectiva autismului developmental.

Autismul developmental. Începând cu mijlocul sec.XX a fost descris și studiat, așa cum deja s-a menționat, un deficit psihic developmental ce se distingea de obișnuita deficiență intelectuală (=oligofrenie) prin ciudățenia lipsei zâmbetului, a necooperării cu cei din jur, mișcări stereotipe, intoleranță la frustrare și alte particularități. Manifestările devin de obicei evidente până la 3 ani; dar s-au descris și cazuri care se exprimă pregnant doar înainte de pubertate sau mai târziu (Sd.Asperger).

Interesul crescut din ultimele decenii pentru această patologie ce a fost numită „autistă”, a dus la imaginea unui spectru autist lărgit, ce e prezent și în variante personaliste funcționale sau chiar creative. Autismul developmental s-a dovedit un domeniu predilect pentru studii neurocognitive, mai ales datorită restricției și rigidității comportamentale și a utilizării reduse a limbajului articulat.

Cercetări neurocognitive realizate pe loturi bine selecționate de autiști au dus la identificarea unor funcții neuropsihice integratoare de tip modular, a căror nedezvoltare ar putea explica în mare măsură simptomatologia tulburării. E vorba în primul rând de funcția mentalizării – Theory of Mind (ToM) – ce se dezvoltă în primii trei ani, în paralel cu atașamentul, limbajul, funcțiile executive

Spectrul autist Criterii din DSM-5

A. Un deficit persistent în comunicarea și interacțiunea socială în multiple contexte care se manifestă prin următoarele (în prezent sau pe baza istoriei):

1. Deficit în reciprocitatea emoționabilității sociale, de ex. abordări sociale anormale și eșuarea conversației reciproce, o redusă împărtășire a intereselor, emoțiilor și afectului; eșecul inițierii sau răspunsului la interacțiune;
2. Deficit în comportamentul comunicațional nonverbal; de ex. comunicarea verbală și nonverbală e slab integrată; anormalitatea în contactul ocular și limbajul corporal sau deficit în a înțelege și utiliza gesturile; până la completa lipsă a comunicării nonverbale sau expresiei faciale.
3. Deficit în a dezvolta, menține și înțelege relațiile; de la dificultăți în a ajusta comportamentul la variate contexte sociale la dificultăți în a împărtăși jocuri imaginative sau de a-și face prieteni sau lipsa interesului de a avea persoane apropiate.

B. Modele de comportament, interese și activități restrictive, repetitive ce se manifestă prin cel puțin două din următoarele:

1. Stereotipie sau repetitivitate a modelelor de comportament, utilizare a obiectelor sau a vorbirii (e.g. simple stereotipii motorii, a lovi ușor obiectele, ecolalie, fraze ideo sincrazice);
2. Insistență pe neschimbare, aderență inflexibilă la rutină sau modele ritualizate de comportament verbal sau nonverbal, dificultăți cu tranziția, modele de gândire rigide, ritualuri de salutare, nevoia de a urma același drum sau a folosi aceeași mâncare în fiecare zi;
3. Interese restrânse, fixe, anormale ca intensitate și obiectiv (e.g. preocupare crescută cu obiecte neobișnuite; interese excesiv de circumscrise sau perseverative);
4. Hiper sau hiporeactivitate la contactul senzorial sau interese neobișnuite în aspectele senzoriale ale ambianței (e.g. aparenta indiferență la durere/temperatură, răspuns adversiv la anumite sunete sau texturi, excesiva mirosire sau atingere a obiectelor, fascinație vizuale cu lumină sau cu mișcări).

C. Simptomele trebuie să fie prezente în perioada dezvoltării timpurii (dar pot începe să fie manifeste când solicitarea depășește capacitățile, sau pot fi marcate prin strategii învățate în viața adultă).

D. Simptomele cauzează deficitul funcționării sociale, ocupaționale sau alte domenii.

și de cogniția socială, ce pun împreună bazele structurii nucleare, intenționale și reflexive a sinelui delimitat. Copilul de trei ani își dă seama că un alt om pe care-l percepe, are și el o minte la fel cu a sa, prin care evaluează situația și are anumite intenții. Mentalizarea asigură intuirea directă, perceptivă, a intențiilor și opiniilor altuia în situație („citirea” minții celui alt). Se consideră că această funcție specific umană este un important câștig evoluționist, care susține dezvoltarea cooperării între oameni. Autiștii sunt deficitari în dezvoltarea și achiziția funcției ToM. În al doilea rând s-a constatat că la autiști nu se dezvoltă adecvat o funcție a „coerenței centrale”, care stă la baza integrării perceptivă a părților într-o configurare semnificativă, detașată pe un fundal accesibil (f.c.c.p). Ea a fost definită în continuitatea cercetărilor psihologiei configuraționiste din sec.XX și face parte dintr-un grupaj mai amplu al funcțiilor de triere, selectare, ierarhizare și sinteză a informațiilor actuale de către creierul și psihismul uman, prin intermediul filtrului atențional. În autism se întâlnesc și insuficiențe ale funcțiilor executive și ale limbajului articulat, dar deficitul ToM, f.c.c.p și a filtrului informațional atențional ar fi principalele responsabile de „tulburările formale” ce se întâlnesc în aceste cazuri.

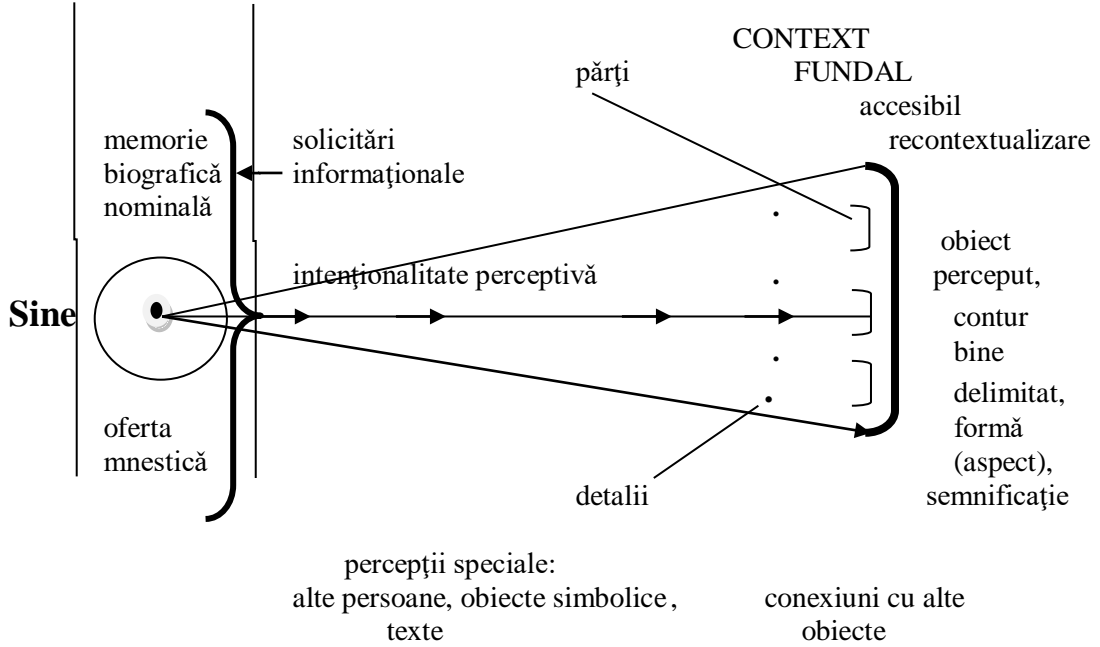
După ce au fost studiate cazurile cu diverse grade de nedezvoltare specifică autistă a psihismului în spectrul autist au ajuns să fie incluse și persoane cu destul de bună dezvoltare a inteligenței și chiar a limbajului, ce se pot integra parțial în funcționarea socială, în urma unei psihopedagogii speciale și a susținerii comunitare. Performanța lor poate fi chiar bună în domenii care nu presupun relații sociale și schimbări informative neprevăzute. Un portret robot al acestei cazuistici s-ar caracteriza prin:

Comportament rigid desfășurat după un algoritm fixat de la început, nereorganizat pe parcurs în funcție de informațiile contextuale; subiectul, dacă ține cont de împrejurări, trebuie să facă efortul pentru a reveni la direcția fixată inițial; e perserevent și greu influențabil; preocupările sunt predominant de ordin general, nelegate de colaborări și de realizări pragmatice; poate fi interesat de studii sistematice în domenii

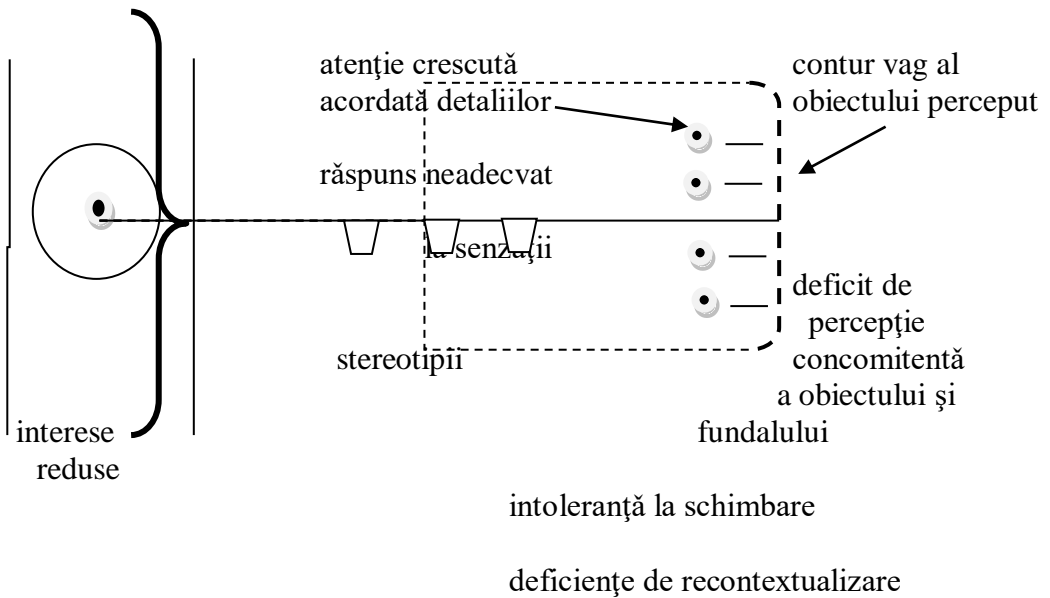
Chenar 67

Deficiența funcției coerenței centrale perceptivă în autism

Caracteristici standard ale percepției



Deficiența “coerenței centrale perceptivă” în autism



circumscrise și de elaborări teoretice într-o zonă limitată impersonală; sau de activități constructive și de sistematizare; nu prezintă interes pentru a fi recepționat și comentat de alții; poate să-și exprime gândurile și redactările când auditoriul e minim sau chiar dacă nu îl ascultă nimeni; nu e sensibil la context și sensurile implicite, căutând să delimiteze cât mai accentuat domeniul de care se ocupă; prezintă lipsă de fluentă și comprehensiune a nuanțelor și subtilităților; e atent la detalii și completitudine, parcurgerea ansamblului se realizează din aproape în aproape, din detaliu în detaliu, până când subiectul are sentimentul că totul e bine conturat. Relaționarea cu alții e redusă, lipsită de spontaneitate și intimitate; nu se poate plasa în punctul de vedere al celuilalt; colaborarea e dificilă sau imposibilă, în dialoguri și acțiune.

Tabloul astfel conturat amintește de clasicul model al personalității obsesive anankaste, descris de psihopatologii germani ca o variantă în care indecizia funciară a obsesivului e hipercompensată prin rigiditate. De fapt, cercetările sistematice ale ultimilor ani au demonstrat că tb.obsesiv compulsivă este una din cele mai frecvente comorbidități ale autismului.

Pe de altă parte interesul pentru spectrul autist lărgit, cuprinzând rudele apropiate ale autiștilor, a identificat prezența între acestea a multor persoane cu comportament în limite normale și integrate în comunitate dar care prezintă o «răceala afectivă», atitudine distantă față de alții, preocupări tehnico-matematice, tendință spre o existență cu minime relaționări sociale. Trăsăturile menționate sugerează apropierea față de ceea ce tradițional s-a descris (inclusiv în DSM 5) ca tulburare de personalitate schizoidă. Se ridică problema dacă schizoizii nu se suprapun, în cea mai mare parte, peste persoanele autiste cu intelect superior. În DSM-5 se menționează că diagnosticul diferențial între aceste două cazuistici e uneori foarte dificil, în favoarea autismului pledând eventual prezența mai accentuată a stereotipiilor. Probabil că e vorba însă nu doar de stereotipii, ci de tendința accentuată spre delimitare și unidirecționare a celor din spectrul autist, deosebită de condiția de împrăștiere dezorganizantă a

schizoizilor, stăpâni pe limbajul narativ critic, relațional; dar și pe cel abstract. O trăsătură comună evidentă e însă anafectivitatea indiferentă.

S-a menționat decelarea la autiști a deficitului perceptiv al coerenței centrale prin care ei nu pot recepta întreguri semnificante bine structurate, plasate pe un fundal accesibil. Este cazul în primul rând a feței umane a mamei cu care sugarul intră în contact de la început. E probabil că nedezvoltarea atașamentului, a empatiei și emotivității, deci anafectivitatea detașată a autistului, să se coreleze cu acest deficit, care stă și în spatele nerealizării mentalizării. Insuficiența coerenței centrale perceptivă face parte dintr-un grup mai amplu de tulburări în această direcție, prin care funcții de tipul coerenței centrale se manifestă în diverse domenii ale raportării active la situație a persoanei. Aspectul mai deosebit apare când această perspectivă de abordare e aplicată însăși structurii identitare a persoanei, bazată pe dimensiunea sa biografică caracterială centrată de sinele intențional și reflexiv.

Subiectul are o identitate diacronă susținută de durata biografică, limite în diverse direcții de raportare, o coerență interioară și o centrare activă, realizată prin agenția sinelui său. Tradiția teoretică a psihologiei modernității a vorbit în acest sens de conștiința de sine a eului care centrează persoana. La aceasta s-a referit Jaspers când a sugerat afectarea egoidentității, egocoerenței, egodelimitării și egoagenției. Dezorganizarea psihică perturbă ordinea și coerența ierarhică a psihismului, delimitarea sa obiectivă și subiectivă în trăiri și manifestări, identitatea și autonomia agenției. Felul în care dezorganizarea și depersonalizarea se întretes, ar putea fi poate abordată mai riguros prin modele care trimit la această perturbare a funcțiilor coerenței centrale, în diversele direcții și dimensiuni.

4. Ambivalența și catatonია

Comportamentul schizofrenilor derivă în mare măsură din trăirile lor delirant halucinatorii paranoide și din dezorganizarea gândirii, care

scurtcircuitează și introduce haosul în plan motivațional și argumentativ. Există însă și aspecte comportamentale ce se corelează cu polul schizo-, așa cum e ambivalența și catatonie.

Ambivalența. Bleuler considera ambivalența ca unul din principalele simptome ale bolii, alături de autism, deficitul asociației de idei (=dezorganizare) și anafectivitate. Ambivalența se corelează însă strâns cu indecizia obsesională. Dar Bleuler o privea și din perspectivă afectivă, conducând chiar la inversiune afectivă față de părinți. Precum și prin tendința de a aborda realitatea mereu prin poli opuși; fapt ce exclude posibilitatea sintezei și a unei poziționări ferme. Minkowski a dezvoltat această temă prin ideea simetrizării gândirii, a geometrizării sale abstracte, private de elanul vital și de echilibrul subtil al creației sintetice. Stereotipia gândirii reprezintă în cele din urmă o repetitivitate a unei simetrii de translație. Se adaugă o continuă tendință spre analiza eventualităților și posibilităților contrarii, ce blochează intuiția raportărilor spontane. Ambivalența ca nehotărâre, subminează decizia întreținând abulia. Sau susține o ambitendența: subiectul începe un proiect, apoi îl părăsește pentru o variantă opusă, pentru a reveni la prima variantă ș.a.m.d. El se blochează astfel între posibilități comportamentale, bătând pasul pe loc. Într-o altă direcție ambivalența se poate dezvolta în planul rumațiilor ideative abstracte privitoare la întrebări care nu au soluție clară (e.g. există viața după moarte? etc.). Blocat de astfel de preocupări subiectul nu e doar inactiv ci și steril mental. În raport cu pasivitatea abulică a schizofrenului pe care o induce indecizia, cazul ambivalenței din obsesionalitatea malignă se manifestă ritualurile și ceremonialurile, ultimele putând ajunge manierim.

Apropierea între schizo- și obsesionalitatea pe care o sugerează indecizia ambivalentă, poate fi extinsă în direcția comparării pierderii dezorganizante a direcției limbajului comunicațional cu perturbarea derulării comportamentului

Funcțiile coerenței centrale, dezorganizarea și depersonalizarea

În perspectiva psihopatologiei dezorganizante a schizofreniei merită atenție deficitul cognitiv evidențiat în autism privitor la coerența centrală perceptivă. Subiectul nu poate percepe sintetic o figură structurală și semnificantă, ca detșându-se pe un fundal accesibil; atenția sa e fascinată de detalii, informațiile nu pot fi ierarhizate și integrate ca importanța integrativă, se manifestă intoleranță la schimbare și stereotipii. Acest model deficitar de prelucrare a datelor din ambianță duce mai departe disfuncția pe care cognitivismul a decelat-o în psihopatologie, referitor la capacitatea limitată de prelucrare informațională, a atenției selective, care ierarhizează spontan informația receptată, în direcția în care psihismul activ e orientat la un moment dat. Dar modelul poate fi extins la căutarea informațiilor în diverse baze de date, inclusiv în propria memorie. Apoi, odată cu cibernetica, a devenit evident că orice acțiune cu scop girată de funcțiile neurocognitive executive, se bazează pe informația inversă transmisă către un centru coordonator de către organele de execuție privitoare la cursul desfășurării fiecărei etape. Mergând mai departe se poate comenta faptul că acest centru coordonator evaluează îndeplinirea succesivă a fiecărei microetape din proiect, supervizând progresul spre scop; iar la nevoie, reface din mers strategiile. Cu alte cuvinte, în simetrie cu funcția coerenței centrale perceptivă și de obținere a informațiilor, sistemele cu autoreglare - din care și omul face parte -, trebuie să dispună de funcții ce asigură coerența centrală executivă, (f.c.c.ex.) în direcția planificării și implementării acțiunilor cu scop. Autistul e deficitar în elaborarea unor astfel de comportamente complexe; după cum nu e capabil nici de acte comunicaționale elaborate. Pentru persoanele neautiste însă astfel de funcții ce implică dinamica coerenței centrale în acțiune și limbaj ar trebui să funcționeze. Funcția c.c.ex. este desigur deficitară la tulburarea de personalitate obsesională psihastenă. Iar cea a actelor comunicaționale în dezorganizarea ideo verbală odată cu simptome ca circumstanțialitatea, perseverența, stereotipia, deraierea; cu precizarea că în ultimul caz intervine și dezorganizarea semantică, ce necesită un model mai complex.

Perspectiva metodologică a funcțiilor coerenței centrale, care a fost susținută pe întreg parcursul secolului XX de psihologia configuraționistă dar cu accent doar pe percepție, merită avută în vedere și analiza dezorganizării psihice, în care se produce o perturbare a ordinii ierarhice în diverse direcții de funcționare. Aspectul mai deosebit ar consta în aplicarea acestei metodologii pentru dimensiunea identitară a psihismului. Adică pentru fundalul biografico-caracterial ce stă în spatele manifestărilor actuale; și care poate fi înțeles ca o structură dinamică centrată de sine, cu diverse delimitări și zone de interacțiune. Coerența centrală a structurii identitare ar trebui să aibe în vedere realitatea asimilată și introjectată prin experiențele biografice, inclusiv a figurilor de atașament și a stilurilor de relaționare interpersonală pe diagrama intim/public.

Importante aspecte ale dezorganizării și depersonalizării ar putea fi comentate din această perspectivă.

realizator la persoanele obsesiv psihastene grave. Acesta se caracterizează prin repetate elaborări de planuri alternative de acțiune, cu implementare dificilă, mult timp fiind acordat preparativelor (planuri, organizări, schițe); verificările sunt exagerate, cu întrerupere și reluări repetate, ocolișuri și reveniri ezitante, progresie lentă spre obiectiv, uneori deraiere sau renunțare. Chiar dacă obiectivul e atins, obsesivul are sentimentul neterminatului. Iar când nu mai are cu ce acțiune să se preocupe, trăiește vidul interior al plictisului.

Se poate vorbi în acest caz de un deficit al funcției coerenței centrale executive, simetric cu deficitul perceptiv similar din autism. În cele din urmă însăși procesul dezorganizant, ce constă în tulburarea ordinii de succesiune și ierarhice prin care se realizează sinteza unui întreg, ar putea fi interpretat ca deficitul unei funcții generale a coerenței centrale; sau a diverselor sectoare ale unei astfel de funcții, ce ar cuprinde și procese de gândire și vorbire prin limbaj; precum și însăși structura ierarhică a persoanei, ce se afirmă prin relaționări, acțiuni și limbaj în mijlocul lumii socio umane.

O astfel de interpretare pretinde însă un important efort de elaborări teoretice.

Catatonie. Până la apariția în 2018 a ediției ICD-11, clasificarea internațională OMS a tulburărilor psihice accepta pentru schizofrenie trei forme clinice: paranoidă, hebefrenă și catatonă; la care se adaugă și o formă nediferențiată. Opțiunea corespundea demersului inițial al lui Kraepelin care a reunit în nouă categorie nosologică a “demenței precoce”, catatonie comentată de Kahlbaum, hebefrenia descrisă de Haekel, la care s-a adăugat un grup de psihotici paranoizi cu debut în tinerețe și evoluție nefavorabilă.

Schizofrenia hebefrenă era considerată o formă clinică cu debut precoce și predominanța simptomatologiei dezorganizante. Comportamentul e pueril, pe un fond dispozițional superficial, instabil. Uneori pseudoeuforic. Sunt frecvente manierisme, poze, grimase, chicoteli, râs sau surâs autosatisfăcut, euforie superficială netransmisibilă. Dar și izolare, autocontemplare îndelungată în

oglină. Ideea delirantă e fragmentară, uneori de supraevaluare, dar și hipocondriacă sau paranoidă. Sunt prezente preocupări abstracte, vorbire illogică, absurdă, aluzivă, stereotipă.

Evolutiv se instalează destul de rapid simptome negative apato abulice. Tradițional, în multe cazuri se combină cu episoade catatoniforme, sugerând o variantă hebefreno catatonă. În marginea schizofreniei hebefrene a fost descrisă și o variantă ușoară a tulburării marginal caracteriale, denumită “heboidă”.

Forma clinică catatonă a schizofreniei se centrează pe sd. cataton, la care se adaugă și simptome dezorganizante și eventual delirant paranoidă.

Catatonie e în prezent descrisă ca o tulburare separată, ce poate să se manifeste în diverse contexte clinice psihiatrice sau organice. Ea se întâlnește în afară de schizofrenie în psihozele acute, în patologia depresivă și bipolară, în infecțiile generale și cerebrale, intoxicații, stări dismetabolice cerebrale etc. Un aspect special îl reprezintă stuporul reactiv.

Catatonie e un sindrom psihomotor cu un set de manifestări spontane și relaționale, ce oscilează între inhibiție și agitație. Contactul cu lumea și alții e neobișnuit. Fondul general e de detașare stuporoasă, indiferent și nereactiv la stimulii ambientali, cu mutism. Dar această poziționare atitudinală poate alterna cu ecolalia, ecomimia și ecopraxia (adică imitarea în oglindă a vorbirii, mimicii sau mișcărilor persoanei din fața sa). Manifestările mimetice sunt în prezent explicabile prin hiperactivarea “neuronilor oglindă”. Dar ea indică o pasivitate, o dependență sumisivă bazală față de un altul, dominator. Relaționarea interpersonală comportamentală oscilează între opozitivitate negativistă (se opune comenzilor și încercărilor de mobilizare), flexibilitate ceroasă (păstrează poziția imprimată corpului chiar dacă e incomodă), și dependență sugestionabilă completă. Se mai pot constata: - păstrarea îndelungată a unei posturi aparte, chiar împotriva gravitației; - stări de nemișcare cataleptică (inducerea pasivă a posturii, ce se menține împotriva gravitației); stări de agitație în spațiu închis, cu

mişcări repetitive stereotipe; - manifestări teatrale, afectate, manieriste sau caricaturale a acțiunilor normale, grimase.

În descrierile clasice ale catatoniei se întâlnesc și unele simptome care ulterior au fost identificate și în autismul developmental; fixarea pe detalii, reacții la schimbarea bruscă a ambianței, mișcări spontane de a atinge obiectele din preajma sa.

Tabloul clinic al sd. cataton se intersectează destul de mult cu cel al depresiei inhibitate, stuporoase, ce se poate însoți de negativism; dar nu și de fenomene de ecou psihic sau sugestionabilitate crescută. Alte asemănări pot fi găsite cu autismul developmental și cu unele manifestări tradiționale majore ale histeriei, în perioada ei de glorie clinică. Aspectul ce merită o atenție aparte este relația sa cu stuporul reactiv.

Inhibiția psihică ce apare în condițiile unei grave amenințări vitale a individului, constând din imobilitate motorie cu reducerea reactivității față de ambianță, este un fenomen bine cunoscut din biologie, prin reflexul de mimare a morții ("Totstelreflex"). E o strategie de apărare destul de frecvent utilizată de indivizii mai multor specii, ce se află la diverse nivele pe scara evoluției biologice, pentru a se sustrage agresivității predatorilor. Tot în biologie se întâlnește însă și un comportament într-un fel opus: imobilizarea victimei de către predator, prin fascinație; o dată imobilizată, această e apoi devorată.

La om întâlnim ambele modele, dar în contexte diferite. Stuporul reactiv cu imobilitate și areativitate la stimuli, poate apare în amenințări catastrofice care pun în pericol viața. Imobilizarea într-o anumită poziție poate fi însă indusă și prin fascinație și sugestie, de către o persoană ce se află într-o poziție autoritară, de dominație și care intervine prin atitudine, comportament și comenzi ce induc sumisiunea și îngustarea câmpului de conștiință, până la nivel hipnic. Aria sugestiei hipnotice și posthipnotice este amplă, referindu-se și la comportamentele complexe sau la preferințe. Condiția sumisiunii pasive e însă esențială; și ea se exprimă și în simptomele de ecou psihic din sd. cataton. În

plus, nu se poate ignora faptul că omul se plasează în posturi imobile prelungite și când se raportează la autoritatea supremă sacrală, rugându-se sau participând la ritualuri desfășurate de reprezentanții zeului. E de presupus că aceste modele psihocomportamentale de raportare specială la pericole și la autoritate, s-au suprapus peste moștenirea biologică; și au fost asimilate sub forma unor moduli psihocerebrali ce se pot activa în mod cvasispontan în anumite condiții. La fel ca și dispoziția anxioasă, depresivă sau combativă.

Fenomenologia sd, cataton care exprimă un model psihomotor de protecție prin inhibiție față de pericole, are și elemente comune cu autismul developmental. În catatonie predomină inhibiția psihomotorie areactivă, în autism delimitarea informațională rigidă față de ambianță. Dar în ambele, mare parte din manifestări au semnificația unei protejări față de invazia unor informații ce depășesc posibilitatea proprie de reacție.

ANEXA II

Specificațiile psihismului uman

În perspectivă evoluționistă, psihismul oamenilor actuali este rezultatul evoluției speciilor, a primatelor, a hominizilor, a speciei homo până în faza sa sedentar istorică și a istoriei culturii. Un moment cheie l-a reprezentat apariția lui homo sapiens cu al său limbaj articulat narativ, care a făcut loc re-prezentării lumii fizico-biologice, credinței în entități fictive și, în general, a ceea ce s-ar putea numi generic „lume umană”. Comentarea psihismului persoanelor actuale nu e îndemnă de parametrii culturali care-l circumscrie. Pe acest fundal se cer punctate câteva aspecte ce se impun abordării generice a psihismului, astfel încât el să fie comentabil de către psihopatologi.

1. Sinele

Psihismul actualelor persoane conștiente este evident clădit pe fundamentul celui al organismelor biologice, al indivizilor animalii aparținând speciilor evolutiv superioare. Primul tratat al culturii occidentale privitor la psihism este **De anima** a lui Aristotel, în care acesta este identificat atât la nivel biologic cât și uman. Aristotel abordează psihismul din perspectiva filosofică a întemeierii cunoașterii și-i identifică drept aspecte componente: senzațiile, simțul comun, fantasia, memoria și în sfârșit, nous-ul – adică gândirea intuitivă, activă și pasivă. Doar acest *nous*, tradus în latină prin *intellectus*, e considerat de către stagirita ca specific omului. Filosofia greacă a mai adus apoi în discuție *dianoia*, sau gândirea desfășurată; și a apelat la instrumentele logicii (categorii, structura predictivă a propozițiilor care afirmă și neagă adevărul, silogismul, argumentarea) pentru a asigura un fundal psihologic teoretic cunoașterii specifice a oamenilor. În permanență s-a pus problema unui centru în care să se petreacă sinteza gândirii ce reunește toate informațiile, acesta fiind plasat de Aristotel în inimă; iar de Hipocrate și alții în creier. Către finalul stoic al gândirii eline centrul de sinteză a fost numit *hegemonikon*. Filosofia

modernității europene, reluând și dezvoltând moștenirea antică, a propus și ea o schemă a psihismului cunoscător, introducând conceptul de percepție (și a percepție) prin Leibnitz. Și apoi, cultivând, prin sinteza lui Kant, ideea unui eu conștient al persoanei, ca centru de sinteză al cunoașterii fenomenelor lumii, cu participarea unor dimensiuni transcendente venite din afara experimentării. Conceptele de eu și de sine s-au forjat deja în dogmatica creștină din timpul scolasticii, în cadrul misticii renane, fiind integrate de noetica lui Kant în cadrul eului conștient al persoanei.

Psihologia experimentală a sec.XX a făcut din nou apel la psihismul animal, iar progresiv a luat în studiu și maimuțele antropoide. Dar animalelor nu li se poate aplica conceptele de eu conștient și persoană, astfel că mult timp s-a menținut limbajul tradițional, cel al facultăților psihice (cognitive, volitive, afective fără ca această trimitere să fie explicită). În ultimele decenii, odată cu dezvoltarea noului cognitivism susținut de inteligențele artificiale (AI) și de filosofia minții, s-a găsit o soluție prin aplicarea conceptului anglosaxon de „self”. Self-ul, înțeles ca sine, este central în problematica conștiinței eului reflexiv, fiind utilizat uneori în tradiția anglo saxonă cu înțelesul de persoană. Iar cercetările experimentale au promovat insistent „naturalizarea” sinelui. Adică utilizarea sa și în psihologia animală; precum și investigarea suportului său cerebral.

Privind din perspectiva psihologiei și psihopatologiei umane, sinele e încărcat cu atributele reflexivității și intenționalității; ultimul fiind acceptat atât de către fenomenologie cât și de cognitivism și filosofia minții. Sinele poate fi privit și abordat în diverse manifestări ale psihismului uman, în psihopatologie, relaționare, inițierea și rezolvarea de acțiuni eficiente prin intermediul funcțiilor executive, autoanaliză și autoevaluare (e.g. stima de sine) etc. Sinele este „încorporat” în dublu sens: el este resimțit ca interior propriei existențe corporale; și i se poate căuta baza în funcționarea cerebrală.

Psihologia facultăților și funcțiilor psihice

În sec.XIX, când s-a constituit psihopatologia descriptivă iar psihologia a căpătat statutul de "știință pozitivă" experimentală și de laborator, ea era ghidată de doctrina celor trei facultăți psihice: cognitivă, volitivă și afectivă, fiecare cu funcțiile lor. Deși în sec.XX au apărut multe alte doctrine și s-a sedimentat conceptul de sine și de persoană, limbajul funcțiilor psihice persistă și în prezent în comentarea psihologiei generale.

Funcția cognitivă este prima care a fost avută în vedere, ea fiind comentată deja de Aristotel care identifica: sensibilitatea (=obținerea informațiilor prin cele cinci simțuri), simțul comun (care transportă aceste informații până la un centru), memoria, imaginația (fantasia) și, la om, nous-ul (tradus în latină prin intellectus) care exprimă gândirea intuitivă. Ulterior s-a adăugat funcția evaluării; iar în perioada scolastică, Avicena a introdus "intenționalitatea". Relația gândirii cu limbajul și procesualitatea stabilirii adevărului științific au fost analizate de Aristotel separat de psihologie prin expunerile adunate în Organon, care au constituit logica. În cursul modernității europene s-a constituit conceptul de percepție (prin Leibnitz și Wolf); iar mai recent, cel de atenție selectivă și de căutare a informației într-o bază de date. Psihologia a fost apoi interesată și de procesul raționamentului (inferența rațională) și de aspecte psihice cognitive precum: evidența, certitudinea, convingerea, credința. O altă dezvoltare în aria cogniției a fost cea a psihologiei învățării.

Facultatea volitivă a fost studiată în marginea deciziei libere și responsabile. Funcțiile acesteia au în vedere: - motivația (pulsuni, tendințe, dorințe, aspirații, interese); - intenții, proiecte, decizii, execuția (controlată, evaluată și reorganizată pe parcursul desfășurării sale), perseverența, finalizarea, evaluarea rezultatelor și consecințelor, responsabilitatea. Se mai are în vedere asertivitatea, sugestionabilitatea, autonomia agenției, argumentarea, justificarea.

Facultatea afectivă a fost ultima pe care psihologia a dezvoltat-o în sec.XIX. Ea se referă la: - emoții; - afecte și senzații corporale (plăcere, durere); - atașament și afectivitate relațională (dragoste, ură, dispreț); - afecte valorice și privitoare la moralitate; - stări pasionale. Un aspect aparte îl reprezintă dispozițiile afective precum anxietatea, frica, depresia, euforia. Alte stări afective mai particulare sunt entuziasmul, extazul. Facultățile volitivă și cea afectivă sunt strâns întrețesute cu psihologia relațiilor interpersonale și cea a autoevaluării.

Conceptia facultăților psihice pretinde un centru de inițiere și reflexive, care în psihologia modernității s-a agregat în jurul sinelui, a eului conștient și a persoanei.

Prin invocarea sinelui se rezolvă, cel puțin parțial, metodologic, problema unui centru de referință autoîntemeiat și autogenerativ, pentru individuația persoanei umane conștiente de sine, care este de fapt obiectul de studiu al psihologiei antropologice.

2. Lumea umană și credința în entități fictive supranaturale

Limbajul narativ stă la baza unei „lumi umane” distinctă de cea fizico biologică, ce se instituie ca o reduplicare, o re-prezentare prin modele a lumii perceptibile și cognoscibile prin simțuri. Ea este prefigurată deja prin modelarea (operarea pe modele) a realității date de către psihismul mamiferelor superioare; apoi a primatelor, antropoidelor; și în sfârșit, de către specia homo, cu poziția sa corporală verticală. Producerea de unelte presupune și la o viziune anticipativă, cu configurarea și ordonarea acțiunii de către un model, de un prototip ideal formal (eidos – idee, în formularea lui Platon, reluată de Heidegger în comentariul „ustensilității” Dasein-ului).

Odată cu homo sapiens și limbajul său narativ devine posibilă și apariția realităților fictive, credința în spirite, entități imaginate, zei, valori și norme, toate cu valoare coezivă pentru grup. Acum, activitatea productivă directă – de obținere a hranei, de elaborare a uneltelor etc. – e dublată de invocarea instanțelor supra-naturale, care reprezintă puterea ce stă la originea naturii și vieții oamenilor, putându-i proteja și susține. Se dezvoltă astfel mitologia narativă centrată de personaje și evenimente fictive. Dar și un set de valori și norme ce ordonează comportamentul grupului. Specificul existenței umane se va reproduce prin educație, făcând apel la limbajul asertiv, comunicativ și critic; și la reiterarea mitologiei valoric normative, ocolind genomul. Această nouă condiție marchează psihismul indivizilor umani ce se dezvoltă pe fundalul psihismului biologic, el obținând astfel dimensiunea de personaj. Tot prin deschiderea „lumii umane” devine posibilă ordonarea comportamentelor indivizilor prin normativități și valori.

3. Personajele

Lumea umană e centrată de narativitatea miturilor, care conțin scenarii dramatice cu protagoniști simili umani, ce se conturează drept personaje. Pornind de la mituri și legende, narativitatea va include cultul strămoșilor, istorii evenimențiale, epopei, legende și povești. Subiectul individual poate și el să fie cuprins în narativitatea evenimențială a grupului său. Iar calitatea sa de personaj, se va contura prin comentarea caracterizantă a celorlalți, inițial în cadrul „bârfelor”; apoi a caracteriologiei zodiacale, destinală. Psihismul individual se va redimensiona continuu narativ, prin receptarea istoriilor sale de viață, a biografiilor și caracterizărilor, a autoreprezentării ca personaj în relatarea evenimentelor trăite, în autopercepție, în tratarea altora ca „personaje” comentabile în absența lor. Prin instanța sa de personaj subiectul se articulează cu instanța personajelor ficțiunii narative.

4. Încadrarea psihismului persoanei de către normativitatea practico – teoretică

Acțiunile persoanelor individuale sunt ghidate în mare măsură de normativitatea statutelor și rolurilor sociale, în rețeaua cărora sunt cuprinse și există, în orice socio-cultură. Normativitatea stă la baza funcționării structurilor practico-teoretice a oricărei socio-culturi date. Între practicile instituționalizate pot fi menționate: munca, educația, administrația, politica, justiția, medicina, instituțiile militare și, nu în ultimul rând, practica sacrală.

Orice tânăr își începe viața cuprins de practica instructiv educațională, ce se desfășoară la nivelul familiei și în instituții publice. De-a lungul vieții el e apoi încadrat în variate practici profesionale, începând cu cele ce produc bunuri de consum și întrebuințare și continuând cu cele medicale, juridice, administrative, militare etc. Nu pot fi ignorate nici practicile științifice, care produc noi cunoștințe; și nici cele artistice. Sau practicile sacrale, care în societățile tradiționale joacă un rol esențial. În toate aceste domenii de activitate

sau „profesii”, funcționează o normativitate socială, bazată pe valorile deontice de: obligator, interzis, permis. Precum și o ierarhie oficială, bazată în principiu pe competențe și experiență; dar și pe tradiție și metodologie. Normativitatea socio-culturală ghidează apoi și comportamentele din viața familială și cea cotidiană, ce aduc în discuție diverse responsabilități, cutume și legi nescrise. În culturile mai diferențiate și organizate, normativitatea se concretizează în coduri legislative ce sunt susținute de practica juridică.

Ghidarea comportamentului persoanei umane de către norme și valori se realizează în contextul lumii sale umane, printr-o dimensiune și realitate distinctă de lumea fizico-biologică, în raport cu care acțiunile umane pot apărea ca lipsite de sens. Se cere menționată și varianta secundă, de joacă, a comportamentelor umane, ce pot mima acțiunile ce se desfășoară efectiv în cadrul practicilor și evenimentelor; și care se desfășoară pe modele fictive ale realității, ocazie prin care se pot testa probabilistic situații fictive. Modelul comportamental al jocului se întâlnește deja în biologie.

În lumea umană existența și acțiunea practică a persoanelor, se corelează cu o cunoaștere teoretică. Aspectul individual al cunoașterii și contemplării se articulează cu instanța unei realități care e prezentă pentru el în universul narativității (mitice, istorice, biografice, legendare, fictive etc.) și al teoriilor științifice. Acest univers teoretic al cunoașterii umane există și se amplifică deasupra existențelor individuale; deși, se află într-o permanentă osmoză cu acestea.

În afara implicării în normativitatea practicilor și în idealitatea teoretică a cunoașterii științifice, psihismul persoanei se poate orienta și într-o direcție a contemplării; care, se deschide, prin apelul la artă și raportarea la sacru.

5. Relaționarea interpersonal socială

Referința la psihismul persoanei izolate e o convenție ce se cere dublată de perspectiva luării în considerare a realității continuei sale relaționări

interpersonal sociale, susținute de către „creierul social”. Aceasta are mai multe aspecte:

Relaționarea interpersonal intimă este formatoare și începe prin atașamentul față de mamă și familie, apoi față de educatori. Ea se menține de-a lungul întregii vieți prin prietenii și parteneriatul adult al dragostei, prin viața în cadrul propriei familii, în care cresc și sunt educați copiii. În raport cu persoanele intime, se plasează la o mai mare distanță psihologică persoanele oficiale. Iar în afara acestora, necunoscuții. Dincolo de raportările personalizate, subiectul are de a face în cursul vieții cu tot felul de necunoscuți, străini și cu „oameni în general”, față de care e indiferent afectiv. Dar care au propriul lor statut socio-cultural. Precum și cu instituții sociale, reprezentând variate practici; și, desigur, cu reprezentanți ai acestora sau ale unor organizații sociale.

Relaționările interpersonale presupun procesul psihic al deschiderii receptante față de altul, a cărui marcă e zâmbetul. Urmată de acceptarea apropierii, cu realizarea în unele cazuri a unor legături intime (dragoste). Iar în direcție opusă, îndepărtarea, distanțarea (prin reproșuri, resentiment, ură). Și în final ruperea legăturii și instalarea indiferenței. Alte aspecte ale relaționării sunt: încrederea, fidelitatea, sentimentul de protecție, dependența, sentimentul de manipulare, suspiciunea, neîncrederea, frica de altul, rușinea, vinovăția, răceala afectivă etc. Importantă în relaționare e și interpretarea manifestărilor celuilalt însoțită de atribuirea de intenții și atitudini. Deci, aspecte ale cogniției sociale.

Trăirile afective corelate relaționării, între care centrală este interpătrunderea și contopirea dragostei (cu realizarea unei „noități”), se cer diferențiate de simpla emoție socială conjuncturală; precum și de dispozițiile afective (anxietate, depresie, euforie) care nu implică prin ele însele raportări interpersonale directe.

6. Trăirea situațională, percepția și semnificabilitatea

Psihologia tradițională, cea de sorginte filosofică ce susține problematica cunoașterii, precum și psihologia recentă experimentală, au acordat o mare

Psihologia persoanei și cursul vieții

Psihologia teoretică inițiată în antichitate de Aristotel era orientată spre a sprijini întemeierea cunoașterii umane. De aceea ea nu a vizat particularitățile individuale. În această direcție, antichitatea greco romană a invocat, prin intermediul medicinei, cele patru temperamente: sangvinic, melancolic, coleric și flegmatic. La care s-a adăugat, în perioada elenistă, tipologia destinală zodiacală, de sorginte iraniană; care, reluată în Renaștere, persistă până în prezent. Tot din antichitate s-a dezvoltat caracteriologia (e.g. caracterele lui Theofrast, caracterele eroilor de tragedie și ale portretizărilor lui Plutarh) etc. După Renaștere, caracteriologia a fost dezvoltată de moraliști și prin eroii de romane. În Europa secolului XX se afirmă succesiv mai multe sisteme caracteriologice sistematice, care sistematizează particularitățile psihologice ale subiectului pe baza combinării câtorva trăsături de personalitate (e.g. extrovertit/introvertit). În ultimele decenii în psihologia anglo saxonă s-a impus o tipologie derivată din limbajul natural de caracterizare a manifestărilor persoanei, care în prezent se prezintă ca Teorie a celor Cinci Mari Factori. Psihopatologia a dezvoltat și ea o caracteriologie care se inspiră din anormalitatea manifestărilor psihopatologice, pentru descrierea tipologică a tulburărilor de personalitate. O importantă clasă de manifestări temperamentale caracteriale se exprimă în relaționarea interpersonală; sens în care s-a dezvoltat Circumplexul epitetelor interpersonale, inspirat din circumplexul lui Bakan utilizat în psihosociologie, bazat pe intersectarea a două axe ortogonale: dominație/sumisiune și agresivitate/dezangajare.

Tradiția caracteriologiei a avut însă în vedere și particularitățile comportamentului etic, comentat în antichitate prin prisma virtuților. Deși această dimensiune nu poate fi extrasă din profilul psihologic al unei persoane, limbajul său caracterizat e mai puțin tipizabil. În prezent rămâne orientativ conceptul de responsabilitate.

Psihologia centrată pe individul uman ce se manifestă în lumea sa specifică, nu poate ignora apoi centrarea acestuia pe sinele său intențional și reflexiv. Această centrare fiind comentată la sfârșitul modernității prin conceptele de sine, eu, conștiință și persoană. În sec.XX s-a dezvoltat înțelegerea dimensiunii inconștiente și preconștiente a persoanei, care integrează în structura sa imaginile persoanelor de atașament.

Un alt aspect al psihismului individual pe care sec.XX l-a abordat se referă la perspectiva dezvoltării și a ciclurilor vieții. Copilul uman se naște prematur și își maturează creierul și psihismul în atmosfera relațiilor intime și educative din familie. Achiziția succesivă de competențe și abilități se desfășoară longitudinal trecându-se prin perioade critice. Experiențele câștigate de-a lungul ontogenezei și ciclurilor vieții dau un profil particular persoanei mature, ce există în mijlocul unor rețele sociale, inserat în practici instituționalizate. Urmează îmbătrânirea și moartea.

Pe tot parcursul derulării existenței proprii persoana există și în ipostaza de personaj; atât pentru sine însăși cât și pentru alții, în cadrul culturii comunitare.

importanță condiției receptării și prelucrării datelor informaționale actuale, a percepției în terminologia modernă. Percepția este însă doar un aspect al unei trăiri evenimentiale actuale, prin care subiectul se raportează la o situație problematică. Împrejurarea standard poate fi considerată cea a unei amenințări, a unui conflict sau a unei acțiuni ce se încheie cu succes. În orice raportare situațională subiectul se află poziționat într-un anumit fel în raport cu semnificația actuală a lumii date, așa cum el o receptează și o înțelege. Perceperea semnificației unei situații date e desigur solidară cu descifrarea cognitivă a elementelor acestei situații, cu raportarea acestora la cunoștințele și biografia subiectului, cu evaluarea, judecarea și angajarea sa în raportare. E vorba deci de o trăire complexă, în cadrul căreia aspectul formal și de semnificație al cogniției perceptive este doar un element. Important e și nivelul de vigilitate situațională, atitudinea sa receptantă, filtrul ce ierarhizează informația, partajarea acesteia în date informative importante și altele ne semnificative etc.

Dincolo de considerațiile de mai sus, se cere avut în vedere parametrul general al semnificabilității. Acesta e prezent, până la un punct, și în psihologia animală: o oaie percepe într-un mod specific situația în care apare un lup. Pentru om intervine însă un orizont aparte al semnificabilității, pe care-l susține limbajul articulat, cunoștințele pe care acesta le face posibile, narativitatea lumii sale date, propria biografie și capacitate mentală etc.

În sfârșit se cere menționată și varietatea raportărilor dispoziționale umane la o situație. Dincolo de situația standard a implicării subiectului în rezolvarea unei situații problematice, el poate trăi și situații în care contemplă admirativ – natură, spectacole sau opere de artă frumoase; sau, situații în care se roagă divinității, își amintește trecutul, petrece la o sărbătoare, creează o operă artistică etc.

7. Acțiunile realizatoare

Prin faptul că special homo se definește în mare măsură prin producerea de unelte – iar prin intermediul acestora a unor alte produceri și realizări – actul realizator joacă un rol deosebit și la nivelul psihismului individual. Creierul uman a dezvoltat un set de „funcții executive”, care susțin realizarea unei acțiuni cu scop. Acestea se referă la : - fixarea unui obiectiv în urma unei decizii; - mobilizarea unor disponibilități instrumentale și procedurale; fixarea unor etape succesive de realizare; - executarea progresivă, pe etape a proiectului, bazat pe o continuă informație inversă (alături de informațiile obținute din memorie și din situația ambientală); - posibilitatea de a reelabora strategia de acțiune la nevoie, - informația inversă finală privitoare la succesul proiectului.

Funcțiile executive sunt în principiu funcții cognitive, în cadrul lor jucând un rol important memoria de lucru. Dar și ceea ce s-ar putea numi „coerență centrală”. Aceasta este o funcție integratoare ce a fost studiată predominant în corelație cu percepția, referitoare la conturul și structura acesteia, ce se detașează pe un fundal accesibil. În mod similar proiectul unei acțiuni are un centru-țintă, ce o individualizează pe fundalul celorlalte preocupări, relații și informații ale subiectului.

Acțiunile realizatoare ale unei persoane se pot desfășura în mai multe planuri. Poate fi vorba de un act efectuat în ambianța imediată, reactiv la o provocare, la o situație problematică; sau, din inițiativă proprie. Actul se poate petrece în planul relaționărilor interpersonale ca secvență a unor scenarii dramatice la care subiectul participă. El poate fi și un act comunicativ sau profesional. Apoi, actele se pot desfășura ca o creație a ceva nou și valoros în plan științific sau artistic. În extremis orice manifestare psihică umană are structura unui act realizator corelat unei intenționalități fundamentale. Ca prototip, referința s-ar putea face la realizarea de către un meșteșugar a unui obiect produs – de ex. un scaun – care este apoi expus în lumea ambiantă.

Acțiunea realizatoare se corelează cu dispozițiile psihice în general și cu cele afective în special. Pentru a acționa e necesar ca persoana să aibe o dispoziție de acțiune, ergică, proiectată spre viitor. Apoi e necesară perseverența. Spre final poate fi utilă relația entuziastă a împlinirii. Iar finalul propriu zis poate fi marcat de euforia sărbătorească a succesului sau prin deprimarea eșecului.

8. Spațio temporalitatea specifică psihismului uman

Deși e dificil de circumscris, temporalitatea psihică ar putea fi indicată prin prezentul trăit, ce se afirmă între trecutul rememorat și invocabil și viitorul dorit și proiectat. Prezent ce se sprijină pe durata indentității biografice și are o proprie durată.

Prezentul trăit ar putea fi definit operațional și abstract ca angajare efectivă a subiectului în rezolvarea unei situații problematice printr-o acțiune pe care o poate relata după încheiere. O astfel de circumscriere ce implică atât acțiunea cât și logosul narativ e desigur doar una orientativă, din mai multe motive.

Pe de o parte subiectul e întotdeauna angajat concomitent în mai multe proiecte de acțiune ce se desfășoară în paralel, se întretes și/sau se implică. Faptul prefigurează o serie de linii temporale de „prezent” cu diverse durate, ce se derulează până la un punct concomitent pe fundalul identității biografice. Acest evantai de linii suprapuse este cel care asigură „adâncimea temporală” necesară trăirii prezentului; și un spațiu de manevră adaptativ pentru subiect.

E de avut apoi în vedere concomitența „prezentului” trăit de către celelalte persoane cu care subiectul colaborează în mod mai mult sau mai puțin apropiat în rezolvarea obiectivelor sale. Precum și actualitatea și organizarea temporalității globale, oficiale, a socio culturii date în care el trăiește. Se cere avută apoi în vedere imersia acestei temporalități umane istorice în lumea fizico biologică, cu ritmurile sale specifice. Prezentul trăit de către o persoană dată este supus unor nenumărate reglementări și circumscrieri oficiale.

D.p.d.v. al psihismului persoanei umane, prezentul trăit, „acum-ul”, evident că durează un număr de unități temporale fizice – indicate de ceasornice; și are anumite calități, atât în perspectivă subiectivă cât și expresiv comportamentală. El poate fi trăit ca empatie, spaimă, furie combativă, frământare în vederea unei decizii, contemplare, rugăciune, participare la sărbătoare etc. Faptul că prezentul trăit presupune în permanență memoria și imaginația - amintirea reprezentativă și imaginarea viitorului, nu diluează ci amplifică relaționarea constantă a oricărui subiect uman cu specificul lumii umane. Subiectul își poate reaminti un eveniment în care el era obiectul rușinii publice, al batjocurii altora. Sau, se poate reprezenta pe sine într-un moment viitor, ca mare creator de succes. Osmoza între „realitatea trăită” și cea reprezentată sau imaginată, e dublată de interferența cu personajele culturii și entitățile abstracte.

În spatele tuturor nivelelor ierarhice ale limitelor temporale în care subiectul este angajat, se plasează identitatea duratei biografice. Echivalența între identitatea psihică și structura sinelui, e importantă și pentru analizele psihopatologice.

Toate sindroamele psihopatologice exprimă și o perturbare a structurii temporalității psihismului individual, concretizată în prezentul trăit. Exemplară e depresia, în care subiectul nu mai poate fi prezent la cele prezente, repliindu-se pe trecut. În manie, el se sprijină, punctual și hedonic, pe unele aspectele ale prezentului, fiind global proiectat spre un viitor a toate posibil. În obsesionalitate, prezentul e parazitat de amintiri, intenții sau acte ce se impun fără voia subiectului. În anxietate, neliniștea nu permite o așezare fermă, pentru elaborarea unui proiect de acțiune, care să structureze prezentul. Iar în delir, subiectul ce e redus la un personaj rigid și dereist, se plasează alături de evenimentualitatea prezentului efectiv.

Spațialitatea trăită poate fi și ea analizată și comentată din perspectiva acțiunilor și proiectelor. În primă instanță se impune însă la acest nivel, faptul

de a porni de la actul efectiv, ce-și are punctul de plecare la nivelul corpului trăit și se adresează ambianței fizico biologice. Act ce se desfășoară pe baza utilizării corpului ca instrument de receptare a informațiilor și de comportament; punând desigur în joc și instrumente suplimentare manufacturate. Spațialitatea consubstanțială acțiunii efective implică apoi, pe lângă orientare, și aprecierea diverselor proximități și îndepărtări; deci distanțele și metrica lor. În sfârșit, în mod fundamental un act presupune o ordine de succesiune a diverselor etape. Pentru psihologia umană e util să se urmărească și felul în care se prezintă spațialitatea, cu toate problemele sale tradiționale : orientare, direcție, deplasare, apropiere, depărtare etc. – în cazul relaționărilor interpersonale.

În raport cu intimitatea propriului sine conștient, ce se prezintă desigur ca înrădăcinat în spațiul propriului corp, o altă persoană – și alții în general – se prezintă ca exterioară și îndepărtată. E posibilă însă apropierea treptată între două persoane străine. Procesul comportă: - deschiderea receptantă fața de altul; - cunoașterea și apropierea sufletească treptată; - adeziunea și contopirea între existența duală (prietenie, dragoste); - eventuala îndepărtare reciprocă, treptată; - îndepărtarea și răceala afectivă, prin care celălalt redevine străin. Particularitățile acestui proces constau în faptul că, în momentul fuzional se cere acceptată prezența în propriul psihism a celuilalt; deci, de fapt o reduplicare. Această condiție e în prezent evidentă, odată ce procesul de atașament cu mama și îngrijitorii se realizează în primii trei ani. Apoi relaționarea apropiată, se poate realiza nu doar cu persoane individuale, ci și cu comunități, așa cum ar fi biserica, un partid etc. În acest caz subiectul resimte că „e apropiat” și „că locuiește” într-o comunitate a lui „noi”. Aceasta e însă marcată întotdeauna de o ideologie, astfel încât schema apropiierilor strict interpersonale nu se mai poate păstra până la capăt.

La fel ca în cazul temporalității, corelarea spațialității cu acțiunea presupune o relație de ordine; ordine a succesiunii în acest caz. Atunci când un act e proiectat, pe măsura parcurgerii etapelor sale, subiectul este tot mai

aproape de final; până când îl atinge. Această „deplasare” către un obiectiv poate fi comparată cu parcurgerea unui drum. Dar, ca în orice astfel de caz, drumul poate fi pierdut și subiectul se rătăcește, îndepărtându-se, uneori iremediabil de obiectiv; iar uneori, chiar dacă de fapt e foarte aproape de acesta. O astfel de comparație poate fi operantă și în cazul rezolvării de probleme.

Revenind la perspectiva de plecare, cea de realizare efectivă a unui act, orientarea, direcția, distanțele etc., nu sunt definibile doar în perspectiva individului; ele țin în egală măsură de parametrii tehnologici care definesc o sociocultură. Astfel, instrumentele de deplasare și de comunicare pe care oamenii le folosesc s-au modificat semnificativ în unele epoci; și s-au revoluționat în ultimul timp. Reducerea pe această cale a distanțelor, a „depărtărilor”, nu poate conduce însă automat la o mai mare apropiere, în sensul intimității, așa cum s-a comentat la început (Asupra acestui aspect a insistat, d.p.d.v. filosofic, Heidegger, în sec.XX). De aceea spațialitatea specifică psihismului uman nu poate ignora nici relaționarea interpersonal subiectivă și nici instanța teoreticului, specifică lumii umane.

În psihopatologie, aspectul fizico biologic al perturbării spațialității se evidențiază predominant în sindroamele psihoorganice, așa cum ar fi dezorientarea din delirium și demență. Depresia, mania și obsesionalitatea se exprimă și în această perspectivă, esențială fiind însă alteori orientarea din relaționarea interpersonală. În schizofrenie, odată cu dezorganizarea sinelui, întreg edificiul psihismului persoanei e deformat, inclusiv în spațiu temporalitatea sa.

9. Identitatea sinelui și persoanei

Identitatea psihică a oricărui om se dezvoltă și se afirmă între doi poli, pe care deși îi implică și îi depășesc: corporalitatea biologică și persoana socio culturală.

Individul uman este, la baza sa, unul biologic, care e conceput ca atare, se naște, crește, maturându-se, de obicei se reproduce biologic, îmbătrânește și

Psihologia interpersonală și psihologia profesiilor

Psihanaliza a stimulat, spre sfârșitul sec.XX, dezvoltarea unei psihoogii a relațiilor interpersonale. Tradiția psihanalizei freudiene avea în vedere relaționarea intrapsihică a subiectului cu imaginile parentale, în cadrul unor scenarii „complexuale” ce se structurează în primii trei ani de viață; între acestea rolul principal îl juca „complexul Oedip”. Către sfârșitul secolului, pedopsihiatria psihanalistă britanică acorda importanță relațiilor efective de maternaj (Winicotte); iar în corelație cu studiile etologice, Bowlby dezvoltă „teoria atașamentului”. Odată ce psihanaliza a ajuns să se centreze pe funcțiile eului, Sullivan susține studierea relaționărilor interpersonale iar caracteriologia americană dezvoltă circumplexul relațiilor interpersonale. Psihoterapiile familiale ce și-au luat ca sprijin teoria sistemelor, au avut apoi în vedere relaționările multifacetate dintre membrii familiei în cadrul interacțiunilor zilnice, conștiente și inconștiente, cu realizarea unor variate alianțe și o anumită dinamică a poziției de leader. În acest sens s-a dezvoltat și o psihologie a grupurilor mici și a rețelelor sociale, care s-au conectat cu tradițiile psihanalitice pentru a modela raportările interpersonale prin filtrul unor atitudini particulare, deseori distorsionate, în raport cu ceilalți (Benjamin). O teorie lărgită a atașamentului transgenerațional a deschis calea legăturii dintre psihologia individuală și cea a microgrupurilor.

În altă perspectivă, către sfârșitul sec.XX s-au dezvoltat multiple direcții a psihologiei profesionale. Psihologia situației de om bolnav, cu multiplele ei fațete – incluzând psihosomatica, colaborarea medic pacient etc. – s-a conectat cu psihologia profesiei de medic. Apoi, s-a acordat atenție diverselor aspecte a psihoterapiei. N-au încetat să apară psihologii centrate pe aspecte profesionale, cum ar fi cea a carierei militare, a artistului sau leaderului organizațional. În cele din urmă, însăși organizarea muncii în instituții și întreprinderi a ajuns obiectul unor studii psihosociologice. Se realizează astfel o deschidere spre articularea problematicii psihologiei cu cea a inserției subiectului în practica instituționalizată.

Pe acest fundal, psihologia talentelor și creativității se impune și ea.

moare. El poartă cu sine toate caracteristicile bio psihice ale unui corp biologic, fapt ce implică și aspecte de individualitate. Pentru om acestea au chiar, pe lângă markeri biologici cum ar fi configurația, unele caracteristici aparte, cum ar fi amprenta digitală, caracteristicile irisului, configurația imunitară etc. Corpul conține encefalul, ce stă la baza tuturor trăirilor și manifestărilor psihice. Prin corp se definesc specificitățile de sex și vârstă. El are caracteristici care-l definesc drept frumos sau diform, athletic sau astenic, mai mult sau mai puțin vulnerabil la boală. Corpul poate fi lezat și amputat; dar și protezat și înlocuit în diverse sectoare. Uneltele și instrumentele civilizației au putut fi interpretate ca o corporalitate lărgită, prelungită în anonimitatea agoriei publice.

În perspectiva psihismului său specific, subiectul se resimte pe sine, preconștient și conștient, ca „înrădăcinat” în propriul corp, care-i asigură un locus (cvasispațial) de inserție în lume. De aceea corporalitatea asumată și trăită face parte din propria identitate a psihismului uman. Prin intermediul ei, lumea exterioară este resimțită și percepută; iar orice acțiune asupra lumii implică propriul corp. Corpul e utilizat în vorbire, dans, rugăciune, scris, deplasare, dragoste. Limbajul exprimat corporal, îl dublează pe cel verbal și scris. El face uz de haine și podoabe. Prin corporalitate subiectul se relaționează socio-cultural și se definește identitar. Sinele psihismului conștient este „încorporat”.

La alt pol, identitatea subiectului e definit în plan socio-cultural. În acest sens intervine numele, actele de identitate și diverse caracteristici ale „persoanei socio-juridice”: dată și loc de naștere, origine (etnică, de naționalitate, prin familie), statut instructiv profesional, și familiar, cazier judiciar. Tot din această perspectivă, persoana este caracterizabilă, temperamental, caracterial și moral și biografic. În principiu orice om poate beneficia de o biografie mai scurtă sau mai lungă, de un curriculum vitae. Dar efectiv, orice persoană umană este în mod continuu percepută și comentată, evenimential și caracterial de comunitate din care face parte. Tot în acest plan se inventariază realizările unei persoane, fie în planul creației de bunuri culturale sau prin isprăvi memorabile.

În perspectivă propriu zis psihologică, subiectul își asimilează și afirmă statutele și rolurile sale sociale, pe care le parcurge. El interacționează cu alții și își desfășoară existența, rezolvând situații problematice actuale, în mijlocul unor rețele sociale anume, a unei comunități umane, a unei culturi. Existența sa se desfășoară într-un timp și loc dat. Evenimentele trăite sunt integrate în istoria sa biografică, susținută de durată sa identitară.

Orice raportare situațională actuală – înțeleasă ca act de rezolvare a unei probleme – e încadrată de eventualitatea evocării, a relatării. Memoria e o colecție de evenimente, ea fiind străbătută de identitatea sinelui, care le produce și le asimilează. Proiectele de acțiune, mai mult sau mai puțin îndepărtată, sunt

constant dublate de preocupări identitar relaționale, ce gravitează în jurul identității și stimei de sine. Subiectul se raportează constant la alții, la lume în general și la sine, din perspectiva unui personaj, pentru care trăirea nemijlocită e dublată de re-prezentare.

În fundalul acestei structuri a persoanei, se plasează sinele reflexiv nuclear, ce se raportează doar la propria-i identitate. Ax identitar, al unui sine delimitat în raport cu alții și cu lumea, care-și originează în el însăși intențiile, atitudinile și acțiunile, pe care le efectuează cu permanentul sentiment că „sunt ale sale”. Acest ax străbate întreg edificiul. Dar, el deschis în permanență constitutiv spre reduplicare și creație.

ÎNCHEIERE

Un rezumat al poveștii depănate în paginile acestei cărți e necesar. S-a pornit de la ideea lansată în Europa secolului al XIX-lea și cultivată în sec.XX, că bolile neuropsihice ar putea fi interpretate ca un „experiment natural” ce scoate la iveală aspecte infrastructurale ale psihismului uman, ce au fost achiziționate evolutiv, ca mecanisme comportamentale adaptative. Pe parcursul desfășurării vieții cotidiene a unui om o parte din acestea sunt ținute sub control și filtrate de funcțiile care asigură integrarea subiectului în existența comunitară și în practicile instituționalitate ale culturii. Sindroamele psihopatologice ne atrag atenția asupra acestui nivel al psihismului. Pentru a reflecta astfel asupra principalelor sindroame psihopatologice avem la dispoziție în zilele noastre sintezele realizate de manualele internaționale de diagnostic așa cum sunt DSM-5 și ICD-11. Dar acum, la peste 200 ani de la Kant și Hegel, nu putem ignora cu nonșalanță că ceea ce noi cunoaștem privitor la lume și la noi înșine e rezultatul unor dezvăluiri, cercetări și instituii istorice.

Dacă privim deci din perspectiva genezei cunoașterii ne putem gândi azi că, doar după ce antropogeneza s-a diferențiat până la faza de homosapiens, iar acesta a ajuns în perioada sa de existență sedentar agricolă, construind orașe, închinându-se la zeii cuprinși în mitologii și începând să folosească banii și scrisul alfabetic vocalic, în zona mediterană a Terrei a apărut o preocupare speculativă numită filozofie. Iar în cadrul acesteia un gânditor numit Aristotel a elaborat un tratat despre psihismul animal și uman; în timp ce corpul medical al acelei epoci a început să caute explicații raționale pentru manifestări comportamentale aberante, etichetându-le ca boli mentale. Astfel a apărut printre preocupările oamenilor și aceea de a cerceta tulburări psihice așa cum sunt epilepsia, histeria, melancolia, mania. Desigur, în cei aproximativ 2500 ani ce au trecut de atunci, această orientare medicală, care încerca să depășească interpretarea tradițională a intervenției forțelor supranaturale în condiționarea bolilor omenești, s-a diferențiat și a beneficiat de variate interpretări între care și

cea evoluționistă actuală. Să rezumăm acum câteva domenii de patologie psihică ce au fost comentate din această perspectivă.

Medicina grecoromană a fost în mare măsură bazată pe o doctrină umoralistă a echilibrului dintre cele patru umori: sângele, pituita, bila galbenă și cea neagră. Melancolia își găsea o explicație prin predominanța bilei negre, de unde și denumirea sa: *melanos* = negru, *chole* = bilă. Boala avea în vedere oameni ce ajungeau să fie retrași, inhibați, marcați de tristețe și gânduri suicidare; precum și de anxietate și frici, inclusiv de alți oameni. Ideea ajungea să fie aberantă, astfel încât se includeau probabil și multe cazuri de delirați paranoizi. Dar hipocrații acordau eticheta de melancolie și unor persoane cu temperament aparte, retrași și meditativi. Întreg acest complex de etichetare antropologico medicală a fost reluat și reactivat de medicina europeană postrenascentină, adăugându-se caracterului melancolic o interpretare zodiacală, saturniană. Treptat a fost sistematizată și intuiția antică a polarizării, dar și a consubstanțialității, dintre melancolie și manie. În secolul XVIII varianta hipocondriacă a acesteia a ajuns un fel de versiune masculină a histeriei feminine. În sfârșit s-a constatat că din punct de vedere evolutiv nu e vorba de o boală cronică ci de una episodică recurentă, ce se poate manifesta predominant afectiv-comportamental, fără ideea delirantă. Sub noua denumire de depresie ancestrală melancolie a fost astfel integrată de către Kraepelin în constructul bolii maniaco-depresive, una din cele două psihoze endogene ce stăteau în centrul sistemului sănătos logic al psihiatriei.

Acesta ar fi în rezumat istoria conceptului medico psihiatric de melancolie depresie. Dar în sec. XX s-a avansat, odată cu Freud și Jaspers, în direcția comparării acestor stări psihopatologice cu normalitatea doliului și a reacțiilor la pierderi importante. Doliul normal e firesc și într-un fel necesar fiind o condiție care e recunoscută și ritualizată socio-cultural. E vorba de o perioadă în care subiectul, amputat existențial prin pierderea persoanei de atașament, nu e solicitat de comunitate pentru a se putea redresa. La fel

după pierderi sau eșecuri semnificative, starea de retragere inhibată se impune ca necesară o perioadă de timp, pentru refacere energetică și reorganizarea strategiilor personale, în vederea unor noi proiecte.

La cumpăna dintre sec. XX și XXI odată cu apariția psihologiei și psihopatologiei evoluționiste, cercetătorii au căutat și în biologie modele de comportament adaptativ de tipul depresiei. Pe lângă perioadele de hibernare în condiția reducerii resurselor de hrană și a frigului, a fost invocat și „reflexul de moarte” prin care unii indivizi biologici pot scăpa de agresiunea predatorilor. Precum și comportamentul de sumisiune din conflictul intraspecific, prin care cel care se simte mai slab, „se predă”, expunându-și pasiv vulnerabilitățile corporale adversarului. Aceste modele biologice necesită însă o reformulare fundamentală pentru contextul cultural în care se desfășoară psihismul uman pentru care pierderea unei persoane familiare este un eveniment al colectivității ce cultivă cultul strămoșilor, înmormântarea reunindu-i pe cei apropiați sub patronajul unui ritual sacral. În plus, persoana de atașament e „încorporată” în psihismul subiectului. Iar pierderile și eșecurile necesită reelaborarea unor strategii de viitor complexe, fapt ce pretinde retragerea pentru un timp din prezența la prezentul comunitar.

Înțelegerea psihopatologiei stării melancolico depresive din perspectiva evoluționist culturală, sugerează derivarea ei din mecanisme psihoantropologice adaptative; care însă scapă de sub control, manifestându-se intens și rigid, acaparând subiectul și decontextualizându-l.

Având în vedere o astfel de poveste se poate trece la o altă boală psihică identificată de medicina greacă, mania.

Mania pe care a circumscris-o medicina antică grecească era o stare de agitație furioasă, deseori agresivă și însoțită de idei anormale. Așa e prezentat de ex. eroul Ajax în piesa lui Sofocle, supărat de faptul că nu i s-au acordat armele lui Ahile; și care confundă oamenii cu o turmă de oi, masacrându-i. Trimiterile

ce s-ar putea face în prezent la comportamentele dezinhibat agresive pe care ni le relevă antropologia culturală și istoria, sugerează o apropiere de conduita războinicilor ce decid să lupte până la moarte, sub patronajul unui zeu. Dar descrierile medicale grecești au în vedere și variante de manie neagresivă, însoțite de idei megalomane. Astfel Areteusevocă cazul unor maniaci ce se cred mari astronomi sau poeți, apărând în agora cu o cunună de lauri, ce și-o pun singuri pe cap. Și la fel, cazul maniacilor veseli, care cântă și dansează zi și noapte; evocând astfel petrecerile sărbătorești dezinhibate de tip carnavalesc.

Modelul de comportament dezinhibat, expansiv, agitat, tahipsihic, megaloman al maniacilor, a fost reținut și de medicina modernității europene care a comentat mania ca opusul melancoliei, până la menționata sinteză a lui Kraepelin. Privitor la echivalentul în normalitate a stării maniacale avem însă mai puține comentarii. Renașterea nu descrie un tip caracterial hipomaniacal, similar melancolicului saturnian meditativ, înclinat spre înțelepciune; deși în epocă funcționa din plin bufonul regelui, ce întreținea o atmosferă veselă și destinsă, susținând sociabilitatea gregară a petrecerilor sărbătorești. Iar în sec. XX nu s-au făcut pe marginea maniei comentarii similare celor care comparau depresia psihopatologică cu doliul sau reacția la pierderi sau eșecuri. În sfârșit, conceptualizarea din DSM III-5 a maniei pune accentul pe hiperactivitatea și proiectele nesăbuite ale unui om dezinhibat și tahipsihic, selectând parcă țintit doar maniaci derivați din participanții la proiectele concurențiale a unei societăți fascinate de acțiune și productivitate.

Totuși nu e imposibil ca mergând pe urmele celor evidențiate de psihopatologi – și reactivând observații ca cele ale lui Areteus privitoare la maniacii care cântă și dansează toată noaptea sau documentele ce le avem despre bufonii Renașterii și sărbătoarea nebunilor de la sfârșitul Evului mediu – să se coreleze manifestărilor stărilor maniacale (și hipomaniacale) cu ciclul comportamentelor umane externalizate; manifestări care includ, alături de munca realizatoare și creația artistică sau combativitatea beligerantă; dar și

sărbătorile vesele, dezlănțuite ce urmează victoriilor și succeselor. Dezinhibiția instinctivă și sociabilitatea gregară ce însoțesc deseori elafia și tahipsihiamaniacală, ne amintesc pregnant de petrecerile carnavalești întreținute de saltimbanci. Astfel încât, pentru a se putea manifesta înstări psihopatologice ca maniacali, omul trebuie să aibă în structura sa psihică disponibilitatea pentru raportăriexternalizate expansive, inclusiv pentru cea a sărbătorilor.

Putem trece acum la a treia boalăpsihică pe care antichitatea a circumscris-o, adică la histerie. Aceasta a fost comentată constant din antichitate până la sfârșitul epocii moderne, alături de boala convulsivă a epilepsiei, ce era etichetată în Corpusul Hipocratic ca *morbus sacer*. Raționalitatea medicinei grecești a respins credința tradițională privitoare la condiționarea crizelor convulsive epileptice de suspendare a conștiinței, de posedarea sau vizitarea acestora de către zei sau spirite; și a trimis spre suferință encefalului. Iar histeria, care în esența se exprima tot prin leșin convulsiv; dar precedat de multiple alte manifestări corporale hiperexpresive era acum interpretatăumoralist în felul următor: uterul nesatisfăcut al tinerelor fete se lichefiază și migrează prin corp, inducând variate simptome locale înainte de a ajunge la cap și a produce criza de leșin convulsiv. Cu alte cuvinte, histeria apărea ca o parodie feminină a respectatei boli masculine a epilepsiei care inducea teamă printre cetățeni; iar dacă cineva avea o crizăepileptică în timpul dezbaterilor pe comisii în Senatul roman, acestea se întrerupeau; de unde denumirea de „boalăcomițială”.

În perioada postrenascentină histeria își continuă cariera medicală de boalăfeminină, polimorfă, hiperexpresivă și convulsivă, în marginea epilepsiei; și a credinței populare a relației acesteia cu forțe supranaturale. În atmosfera de rec recrudescență a magiei și vrăjitoriei stârnite de Renaștere o parte din histerice – mai ales călugărițe din mănăstiri – erau considerate ca posedate de diavol, beneficiind de exorcizări. Medicina vremii a respins însă astfel de

interpretări precum și cea a migrației uterine. În sec.XVIII histeria feminină, cu manifestările sale corporale migratorii ce puteau mima cameleonic aproape orice altăboală, a fost polarizată cu plângerile corporale hipocondriace ale bărbaților. Iar la sfârșitul sec.XIX ea a fost circumscrisă de către Charcot, ca o patologie „psihică funcțională”, diferențiabilă prin semne obiective de patologia lezionalăneurologică. Istoria acestui cuplu histerie epilepsie cu trimitere explicită –deși nu medicală – la relația cu spiritele, se cere totuși interpretată.

În această direcția sugestia cea mai semnificativă trimite la personajul șamanului care era pentru societățile de vânători cel care se ocupa de vindecări, prin relațiile speciale ce le avea cu lumea spiritelor, responsabile de suferințele oamenilor. Scenariul standard pe care antropologii și istoricii religiilor l-au descifrat în legătură cu practica șamanică e următorul: în calitate de persoanăinițiată acesta desfășura un ritual prin care, în urma cântecelor, a muzicii întreținute de tobă și a dansului, leșina căzând în transă. În acest moment sufletul săupărăsea trupul călătorind în lumea spiritelor unde găsea sufletul celui bolnav; iar după negocierile avute cu spiritele se reîntorcea pe pământ cu sufletul bolnavului vindecat, reîntra în propriul său corp, și reda sănătatea bolnavului.

Criza de leșin semnifica deci călătoria sufletului său în lumea spiritelor cu obiective medicale în timp ce trupul săurămânea nemișcat, după episoade spasmodice. Nu e dificil de înțeles cum în societățile agrare vechiul ritual șamanicrămâne circumscris la epilepticii ce trăiesc leșinuri convulsive. Epileptici care sunt în continuare persoane divine dar aparte în legătură cu lumea supranaturală; și cu care e preferabil să nu ai contacte prea strânse. În schimb leșinul convulsiv histeric care e precedat de multiple simptome corporale hiperexpresive și migratorii, degradeazăaceastă imagine într-o variantămaladivăpasivă; care compromite însăși forța sexualității așa de respectată în societățile agrare. Dacă epilepticul amintește de șaman, tânărahistericăinvocăparcă multitudinea de boli corporale pe care acesta era

chemat să le vindece prin colaborarea sa cu spiritele. În plus, ceea ce mai atrage atenția în manifestările histeriei, e pasivitatea hiperexpresivă și captativă. În perspectiva psihologiei evoluționiste se poate aminti din nou comportamentul sumisiv al celui învins în confruntări dar și strigătul de ajutor a celui rănit. Chiar exagerarea simptomatologiei, pentru a fi îngrijit mai cu atenție. Atitudine ce se combină cu întregul ghem de comportamente prin care cel neajutorat tinde să impresioneze afectiv pe cel puternic pentru a sta lângă el și al proteja.

Dincolo de schița interpretativă propusă mai sus, merită atenție și un alt aspect, ce diferențiază complexul clinic al histeriei de pe vremea lui Charcot de cel creionat în medicina antică. Și anume, e vorba de încorporarea în acesta a stărilor de automatism ambulatorhipnice, de tipul somnambulismului, a celor ce s-au dovedit posibile prin sugestia hipnotică și posthipnotică și a celor care au făcut vogă în sec.XIX sunt denumite de dubla personalitate. O lumină asupra acestei probleme vine recent, odată cu globalizarea medicinei psihiatrice, prin includerea în tulburările disociative moștenitoare ale problematicii patologiei histerice – a stărilor de transă cu posesiune. În cadrul acestora subiectul resimte că se află sub controlul și dirijarea unor forțe supranaturale, spirite sau zei. În antichitatea grecoromană, astfel de stări erau activ practicate în religiile de mistere, care se plasau atunci în prim plan. Dar care nu au mai fost active în Europa epocii modernității.

Povestea histeriei se încheie în sec.XX, ea dispersându-se acum în categorii nosologice multiple precum cea a tulburărilor disociative, a celor somatoforme și a celor corelate stresorilor; nu înainte însă de episodul Spiritismului, ce se declanșează în a doua jumătate a sec.XIX. Oamenii acelei perioade devin interesați și se cred capabili să comunice direct cu spiritele celor decedați, prin intermediul unor persoane cu sensibilități speciale numite „medium-uri”. Nu e vorba acum de diavoli, zei sau spirite din instanțe supranaturale, ci de foști muritori, aflați acum într-o lume a morților. Inițial au fost invocate spiritele celor ce au locuit într-un anumit spațiu sau a celor din

familie. Apoi s-a recurs însă la comunicarea, prin intermediul dicte-ului automat, cu spiritele unor personalități istorice; iar Swedenborg comunică cu spiritele celor decedați de pe altăplanetă. Și, din când în când, aceste spirite se lăsau fotografiate.

Revenind la histerie, ea s-a păstrat până către sfârșitul veacului XX în nosologiapsihiatrică mai ales în cadrul nevrozelor. Se cere reamintit că manifestarea conversivăhysterică a stat la baza inițierii de către Freud a doctrinei inconștientului psihanalitic, în care sunt refulate tendințe sexuale interzise de instanța Supraeului. Dacă în antichitate romanii păstrau într-un colț al casei măștile mortuare ale strămoșilor decedați, psihanaliza susține căimagourilepărinților sunt depozitate în inconștient, într-o relaționare cu subiectul ce derivă din atașamentul și pulsionile sale fantasmatică în primii ani de viață. Ar rezulta astfel „complexe” care întrețin, ca un corp străinintrapsihic, tendințe, motivații și tensiuni inconștiente, din care ar rezulta simptomele nevrotice. Simptomele histericeconversive ar fi expresia unor astfel de pulsioni libidinale neintegrate armonice în funcționarea persoanei.

Expresia de histerie nu se mai folosește în medicina psihiatrică a ultimilor ani. Iar mimarea simptomatologiei histerice de pe vremea lui Charcot nu se mai întâlnește decât rar în ultimele decenii, în lumea postmodernă în care oamenii comunicăpredominant prin telefon și internet și se deplasează rapid dintr-un loc în altul. Leșinul și simptomele spectaculare nu mai funcționează în această societate ca limbaj captativ prin care omul săatragă atenția altora asupra suferinței sale.

A patra secvență ce merităreamintită la nivelul acestui bilanț se referă la patologia obsesiv compulsivă, ce se desfășoară la un pol opus hiperexpresivitățiicaptative a histeriei, predominant în intimitatea subiectivității. Obsesiile sunt gânduri, intenții și reprezentări ce-i apar subiectului fără voia sa, de care se desolidarizează și împotriva căroraluptă. Iar compulsiile sunt acte mentale sau motorii simple, corelate obsesiile, cu tendința de a le contracara.

Patologia obsesiv compulsivă nu a fost descrisă de medicii antichității. Ea e menționată în Europa renascentină inițial în mediul religios al examenului de conștiință pe care-l propune protestantismul, într-o perioadă în care începe să se dezvolte. Subiectivitatea conștiinței, stimulată de ideea augustiniană a prezenței lui Dumnezeu în adâncurile minții fiecărui om. Odată cu înființarea Ordinului Iezuiților Ignatio de Loyola împarte posesiunea demoniacă în inconștientă, care s-ar manifesta prin zvârcolirea histericului; și conștiință, prin însușirea tentației diavolului în adâncurile intimității conștiinței. Scrupulozitatea obsesivă conduce acum la spovedanii interminabile. Iar comportamentele compulsive repetitive tot mai complexe, care sunt repetate de un număr finit de ori, sunt denumite ritualuri.

D.p.d.v. psihopatologic, patologia obsesiv compulsivă a început să fie descrisă sistematic începând cu sec.XIX, în corelație cu unele fobii. Dar în scurt timp patologia anxios fobică s-a delimitat de cea obsesiv compulsivă, prin fixarea sa pe teme și obiective exterioare, ce pot fi evitate sau urmărite prin asigurare. Pe când principalele frici obsesive nu au un clar domeniu de exte.....; ele se referă la frica de.....

Patologia obsesiv compulsivă se polarizează față de cea histerică nu doar prin accentul pus pe analiza și controlul subiectivității, ci și prin caracteristicile personalității aferente. Spre deosebire de persoana histerică, hiperexpresivă, cu imaginar bogat și orientată spre captarea atenției sociale, persoana obsesională e preocupată de acțiunea solitară, fiind marcat de nehotărâre și o anormală tendință la control. El își ocupă timpul mai mult cu preparativele acțiunii și cu verificările, finalizând cu greu cele începute. În sfârșit, particulară e și preocuparea anormală a acestuia cu numerele, numărătoarea și simetria.

Dacă privim comparativ patologia histerică, așa cum s-a impus ea tradițional în raport cu cea obsesiv compulsivă, atunci avem în față două teritorii aparte ale specificului psihismului uman. Pe de o parte teatralismul histrionic,

În sfârșit, a cincea condiție psihopatologică pe care o recapitulăm e cea a delirului. Subiectul poate ajunge să fie convins că are o nouă identitate. El e Napoleon sau strănepotul acestuia, e cavalerul rătăcitor Don Quijote, e trimisul special pe pământ a lui Dumnezeu pentru a învinge diavolul și a instaura pacea eternă. Sau, ajunge într-o stare deosebită: e bolnav de Ebola și va contamina întregul continent, e iubit de comentatoarea de la TV, a descoperit perpetuum mobile, corpul să s-a deformat și toată lumea îi percepe urâtenia. Conținutul delirurilor se referă deci la o identitate relațională sau stare aparte a subiectului în raport cu sine și cu alții. El se identifică cu rolul unui personaj dintr-un scenariu fictiv și absurd, ce se derulează după regulile basmelor sau romanelor de ficțiune. Tematica cea mai frecventă este cea de personaj persecutat, urmărit și manipulat de la distanță, nu doar de cei din jur ci și de personaje politico istorice, de instituții, de Mafia internațională, de diavol sau de spirite. Acestea operează cu mijloace speciale, inclusiv supranaturale și intenționează să-l distrugă.

Odată cu intrarea în lumea delirantă relaționarea cu viața cotidiană trece în plan secund. Tranziția se petrece ca o cădere pe altă orbită, mediată de procesul psihopatologic al delirului primar. Se instalează inițial o dispoziție delirantă în cursul căreia subiectul se simte în centrul unor mesaje misterioase, purtate de percepții banale, care parcă anunță că i se va întâmpla ceva. Pentru ca apoi, o percepție relativ banală, să-i releve brusc tematic scenariului delirant. Ca urmare a acestui proces de transpersonalizare el intră într-un univers în care percepțiile situaționale sunt dublate de halucinații; iar uneori gândurile par a-i fi cunoscute și manipulate. La condiția de personaj cuprins de convingeri aberante se poate ajunge și în condiția alunecării din prezența la actualitatea situațională pe care o induce distorsiunea temporospațialității antropologice din stările dispoziționale maniacale și delirante. Sau în continuitatea unor preocupări identitar relaționale anxios fobice, obsesiv prevalente. Dar varianta

transpersonalizării ce o induce delirul primar subliniază căderea pe o orbită psihică deficitară, psihotiformă.

Tematica paranoidă de persecuție e semnificativă pentru dimensiunea interpersonal socială a psihismului uman, ce poate exista doar prin cooperare cu alții și cu o comunitate organizată. Excluderea din aceasta echivalează cu moartea; nu doar posibilitatea cooperării, a integrării, permite realizarea de sine. Suspiciunea încearcă să detașeze posibilitatea cooperării; iar anxietatea obică a ostilității și rejecției e un fundal arhetipal ce zace în spatele integrării socio culturale.

Capacitatea de a juca diverse roluri sociale standardizate și circumstanțiale în cursul vieții cotidiene se manifestă și în comportamentul anormal al personalității histrionice și psihopate. Patologia delirantă ne indică însă faptul că dimensiunea de personaj potențial e esențială și pentru scenariile fictive, prin care persoana imaginează și exersează în plan metareprezentational derularea proiectelor și preocupărilor sale. Prin faptul că persoana umană există într-o lume susținută de limbajul narativ, ea se definește și prin condiția de personaj, pe care subiectul se autoreprezintă în amintiri și relatări despre sine și în proiectele imaginate; oar alții pot să-l evoce și să-l comenteze.

Psihologia persoanei umane pe care o pretinde psihopatologia prin experimentul natural al tulburărilor psihice, evocă un subiect capabil de proiecte de acțiune pe termen lung și de relaționări interpersonale, ce includ asimilarea imaginilor altora în propria-i identitate și operarea cu dimensiunea de personaj, angrenat în scenarii fictive. Odată cu acestea, psihismul persoanei se articulează nu doar cu alți subiecți, în rețele interpersonal sociale ci și cu instanțele umane supraindividuale, ce funcționează prin structura practicilor instituționalizate. Și cu universul cultural al teoreticului, ce cuprinde țesătura narativității și teoriilor despre lume. Persoana concretă, în carne și oase, va avea astfel și o existență secundă: ca erou de poveste, ca exemplu și caz, ca spirit al strămoșilor,

ca autor de opere culturale etc. Un astfel de înțeles ridică problema delimitării persoanei umane, a psihismului individului uman conștient, centrat de corporalitatea sa.

Psihologia a devenit o disciplină științifică în sensul modern al termenului doar din a doua jumătate a sec.XIX. Dar preocuparea gândirii speculative în direcția psihologiei datează de aprox. 2500 ani, de când Aristotel a redactat **Tratatul De Anima**, în cadrul efortului său de a descifra bazele cunoașterii omenești. Demersul stagiritului rămâne exemplar deoarece el evidențiază că la nivelul individului uman se realizează articularea a două dimensiuni esențiale ale lumii: cea fizico biologică și cea antropologică. Psihismul biologic, atât în dimensiunea sa vegetativă cât și în cea mișcătoare a animalelor, se articulează la om cu *nousul* („intelectus” în latină) pasiv și activ. Individul uman participă atât la autoreproducerea biologică sexuală prin cadrul familiei sale, cât și la cea socio culturală, prin educație, comportament practic etico politic și prin creativitate științific culturală. Redusă la nivelul psihologiei, această dichotomie va ridica în perioada modernității problema relației dintre minte și corp, odată cu provocarea dualistă a lui Descartes.

În sec.XX fenomenologia a insistat, pe urmele lui Husserl, asupra faptului că psihismul conștient al omului este încorporat. Se relua astfel o temă ce fusese lansată de Kant. Filosoful german se mulțumise însă doar să semnaleze o distincție, mai precisă dintre: pe de o parte deschiderea transcendentă a eului conștient ce întâlnește și prelucrează, prin categoriile esteticii și intelectului, datumul perceptiv al lumii exterioare, sub cupola reglatoare și sintetizatoare. Și, pe de altă parte, psihismul omenesc de esență biologică, ce poate fi studiat de științele antropologice. Doar că, anunțatul domeniu al științelor antropologice, după ce la începutul sec.XX stârnise un interes metodologic aparte prin Dilthey, a tot eșuat în repetatele sale încercări de a se configura într-o unitate, care să fie fundată speculativ și să includă și psihologia omului. Un ultim apel a fost, poate, cel al lui Mircea Eliade, care pleda spre sfârșitul veacului trecut, cu un

optimism aproape juvenil, pentru o antropologie filosofică organizată în jurul istoriei religiei.

Mai recent, la cumpăna dintre sec.XX și XXI, odată cu intersecția metodologică dintre neofenomenologie și psihologia cognitivă sprijinită de filosofia minții, tradiționalul dualism minte/corp părea depășit. Dar o coerentă știință a psihismului uman își caută în continuare un context propriu, dincolo de microsintezele pe care diverse grupuri de cercetători le furnizează, bazate pe variate doctrine, perspective de abordare și metodologii. Pretenția și presiunea pentru un cadru unitar al psihismului persoanei conștiente nu e cerută doar de practici specializate așa cum sunt pedagogia sau psihiatria, ci și de exigența teoretică de a descifra un echivalent antropologic de unitate autoreproductivă expandantă, similar genelor din biologie. Sugestia „memelor” făcută de Dawkins, a rămas în faza de proiect. În măsura în care un astfel de proiect va fi continuat – iar presiunea exercitată de ipoteza întâlnirii cu alte ființe raționale din cosmos nu scade – atunci dintr-odată psihologia omului va trebui să-și precizeze limitele și cadrul de afirmare în însăși structura antroposului. Și odată cu aceasta, însăși limitele psihismului persoanei, în cadrul unui eventual proiect al memelor.

Psihologia relațiilor interpersonale, perspectiva rețelelor sociale de diverse dimensiuni în care persoana e variabil inclusă, și dimensiunea intersubiectivității intercorporeale sugerată de fenomenologie, se cer articulate acum pentru a contura un profil al limitelor persoanei în direcția interacțiunilor interpersonal sociale. La circumscrierea unor astfel de limite contribuie, desigur, și întreg dispazonul de statute și roluri sociale pe care subiectul le asimilează și le exersează de-a lungul ciclurilor vieții, parcurgând diverse instanțe ale practicilor instituționalizate, dintr-o socio cultură dată. În plus, pe parcursul biografiei, subiectul introjectează și asimilează în structura sa proprie imagourilor persoanelor de atașament cu care se identifică. Iar fenomenologia existenței sale curente presupune și împărtășirea opiniilor, dorințelor,

proiectelor și secretelor cu una sau câteva persoane apropiate. Modelul extinderii duale a propriului psihism, caracterizat prin rezonare afectivă și empatie, face ca în intimitate zona delimitării personale să fie mai vag conturată. Alte aspecte ale relaționărilor bazate pe obiceiuri, interese sau normativitate socială susțin și ele un contur variat creionat a acestor limite, centrate de motivația agenției proprii. Implicarea altor persoane în propria dimensionare psihică e prezent la majoritatea persoanelor, chiar și la cei cu răceală afectivă și lipsiți de atașament rezonat.

O delimitare, cel puțin aproximativă, se cere configurată și în perspectiva funcțiilor executive, prin care subiectul acționează în lume, producând modificări în ambianță. În această direcție el utilizează și artefacte produse de oameni, care amplifică capacitățile sale de receptare a informațiilor și de acțiune, printr-un fel de „corporalitate instrumentală culturală” suprapersonală, cu care face „corp comun”. Apoi se cere a nu se ignora instanța teoreticului, pe care limbajul narativ o induce. Prin intermediul limbajului omul produce nu doar unelte ci și discursuri, istorii, mituri, opere literare. Precum și teorii științifice. Aristotel când a dat un contur psihismului omenesc, l-a tratat până la un punct separat de problematica adevărului noțional, propozițional, silogistic și al discursurilor, pe care a dezvoltat-o în *Organon*. Dar aceste aspecte ale logosului sunt consubstanțiale și individului uman. De aceea, întreaga dezbateră noetică a scolasticii a combinat psihologia lui Aristotel cu logica sa. O ultimă mare sinteză în această direcție o realizează Kant, într-o vreme în care antroposul se dimensiona deja clar prin eul conștient din *Critica Rațiunii Pure*; eu care avea acces la fenomenalitatea lumii prin intermediu; teoriilor științifice. De aceea pentru Kant eul și conștiința are în permanență un dublu sens, individual și general. Iar sensul neindividual, pe de o parte deschide subiectul cunoscător spre transcendentalitate, pe de altă parte susține elaborarea adevărului mediat de teoriile științifice. Acest aspect al eului implicat în epistemologie, a reajuns în sec.XX în atenția lui Husserl, care a vrut să păstreze însă și

dimensiunea individual psihologică a egoul cercetătorilor cuprinși în practica științifică. Dar astfel, problema subiectului cunoscător” din teoriile științifice – la elaborarea căroră participă nenumărate persoane, transgenerațional – nu a fost automat clarificată. O viitoare psihologie înțeleasă ca și cadru general pentru psihismul omului individual, trebuie să nu ignore diversele valențe ale acestuia și variatele dimensionări ale lumii umane în care el e implicat; acceptul în același timp o delimitare și un contur pentru psihismul individual concret, centrat de sinele său intențional și reflexiv.

Cu alte cuvinte, formularea acutizată de filosofia minții privitoare la raportul minte/corp, se cere reformulată ca relație între instanța Biosului și a Antroposului. Iar o psihologie antropologică are a se așeza, la locul său, într-o viziune coerentă a Antroposului, înțeles ca o variantă de ființă rațională posibilă.